



Proiect finanțat de
UNIUNEA EUROPEANĂ



MINISTERUL JUSTIȚIEI ȘI
PROTECȚIEI SOCIALE
AMFOSODRU



FONDUL SOCIAL EUROPEAN
POSD DRU
2007-2013



INSTRUMENTE STRUCTURALE
2007-2013



ADMINISTRAȚIA NAȚIONALĂ A
PENITENCIARELOR

GHID DE BUNE PRACTICI

pentru psihologul care lucrează în sistemul penitenciar



Proiect cofinanțat din Fondul Social European
INVESTEȘTE ÎN OAMENI !
Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007 - 2013

**GHID DE BUNE PRACTICI
PENTRU PSIHOLOGUL CARE LUCREAZĂ ÎN SISTEMUL PENITENCIAR**

Coordonatori

dr. Cristina Pripp
dr. Alina Decsei-Radu

Coordonatori științifici

dr. Daniel David
dr. Florian Gheorghe

Colectivul redacțional

Răzvan Amărăscu
Emanuel Andelin
Alina Aron
Diana Balazs
Lorena Bolfă
Ileana Boncilă
Delia Borza
Mirela Brînzan
Alina Boteanu
Elena Cârnaru
Nicoleta Cernica
Natalia Ciobanu
Loredana Corduneanu
Adriana Docea
dr. Alina Decsei-Radu
Mircea Dreghici
Corina Dumitrescu
Simona Dumitrescu
Maria Gruică
Doru Hazaparu
Liliana Hurezan
Cristina Ionescu
Sorin Iuga
Angela Kosma

Viviana Leordean
Andreea Lini
Diana Manțoc
Ioana Morar
Erika Moldovan
Bogdan Moisuc
Ana Maria Mucioniu
Mihaela Negru
Marian Nicolae
Viorel Nicolăescu
Vasilica Petcu
Sița Popa
Ecaterina Preda
dr. Cristina Pripp
Ioana Reuț
Marcela Simon
Oana Sorescu
Andreea Szasz
Claudiu Ștaier
Otilia Țîrțocă
Magdalena Toma
Emilia Topală
Eliza Vulpescu
dr. Alina Zamoșteanu

Reproducerea conținutului acestei publicații, integrală sau parțială, în forma originală sau modificată, precum și stocarea în format electronic și transmiterea sub orice formă și prin orice mijloace sunt interzise fără autorizarea scrisă a Administrației Naționale a Penitenciarelor. Utilizarea conținutului acestei publicații în articole, studii, cărți este autorizată numai cu indicarea clară și precisă a sursei.

ISBN

CUPRINS

CUVÂNT ÎNAINTE

Ioana Morar, Andreea Lini

7

TITLUL I – ORGANIZAREA ACTIVITĂȚILOR DE ASISTENȚĂ PSIHOLAGICĂ

9

Secvența 1: STATUTUL ȘI ROLUL PSIHOLOGULUI

Cristina Pripp, Liliana Hurezan

9

TITLUL II – ASISTENȚA PSIHOLAGICĂ CU CARACTER GENERAL

29

Secvența 2 – EVALUAREA ÎNȚIALĂ

Alina Zamoșteanu, Otilia Țîrtoacă, Corina Dumitrescu,
Mircea Dreghici

29

Secvența 3 – EVALUAREA DE PARCURS

Alina Zamoșteanu, Nicolae Marian, Sița Popa, Mircea Dreghici

41

Secvența 4 – EVALUAREA FINALĂ

Alina Zamoșteanu, Alina Decsei-Radu, Emilia Topală, Nicoleta Cernica,
Eliza Vulpescu, Mircea Dreghici

46

Secvența 5 – RELAȚIA TERAPEUTICĂ

Cristina Pripp, Alina Decsei-Radu, Maria Gruică

53

Secvența 6 – ASISTENȚA PSIHOLAGICĂ ACORDATĂ ÎN REGIM INDIVIDUAL

Ioana Morar, Alina Decsei-Radu, Alina Zamoșteanu, Angela Kosma,
Mihaela Negru

68

Secvența 7 – ASISTENȚA PSIHOLAGICĂ ACORDATĂ ÎN REGIM DE GRUP

Alina Zamoșteanu, Nicolae Marian, Erika Moldovan, Magdalena Toma,
Elena Cârnu, Bogdan Moisuc, Adriana Docea

84

TITLUL III – ASISTENȚA PSIHOLAGICĂ CU CARACTER SPECIFIC

95

a) Intervenții psihologice în funcție de vârstă și sex

Secvența 8 – DESFĂȘURAREA INTERVENȚIILOR DE TIP PSIHOLAGIC CU MINORI ȘI TINERI

95

Alina Zamoșteanu, Alina Aron, Sița Popa, Mircea Dreghici

Secvența 9 – DESFĂȘURAREA INTERVENȚIILOR DE TIP PSIHOLAGIC CU

99

PERSOANELE VÂRSTNICE

Oana Sorescu, Alina Boteanu

Secvența 10 – DESFĂȘURAREA INTERVENȚIILOR DE TIP PSIHOLOGIC CU FEMEILE PRIVATE DE LIBERTATE (ȘI CELE AFLATE ÎN SITUAȚII SPECIALE - GRAVIDE ȘI LĂUZE)

Viviana Leordean, Vasilica Petcu, Ecaterina Preda, Cristina Ionescu, Lorena Bolfă

107

b) Intervenții psihologice în funcție de situația juridică

Secvența 11 – PARTICULARITĂȚILE ACTIVITĂȚILOR DE TIP PSIHOLOGIC DERULATE CU ARESTAȚII PREVENTIVI

Ioana Morar, Liliana Hurezan, Delia Borza, Andreea Szasz, Ileana Boncilă, Viorel Nicolăescu, Diana Balazs

113

Secvența 12 – DESFĂȘURAREA ACTIVITĂȚILOR DE TIP PSIHOLOGIC CU PERSOANELE CONDAMNATE DEFINITIV CARE EXECUTĂ PEDEPSE PRIVATIVE DE LIBERTATE ÎN REGIMUL ÎNCHIS/ MAXIMĂ SIGURANȚĂ

Maria Gruică, Ioana Reuț, Diana Manțoc, Răzvan Amărăscu

123

Secvența 13 – DESFĂȘURAREA ACTIVITĂȚILOR DE TIP PSIHOLOGIC CU PERSOANELE CARE EXECUTĂ PEDEPSE PRIVATIVE DE LIBERTATE ÎN REGIMUL SEMIDESCHIS/DESCHIS

Liliana Hurezan, Doru Hazaparu, Sorin Iuga

132

c) Intervenții psihologice în funcție de condiția medicală

Secvența 14 – DESFĂȘURAREA ACTIVITĂȚILOR DE TIP PSIHOLOGIC CU BOLNAVII CRONICI

Oana Sorescu, Simona Dumitrescu

138

d) Intervenții psihologice în funcție de nevoile specifice

Secvența 15 – DERULAREA ACTIVITĂȚILOR PSIHOLOGICE CU PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE CU ANTECEDENTE ÎN TOXICOMANIE

Oana Sorescu, Cristina Ionescu, Ana Maria Mucioniu, Natalia Ciobanu, Nicolae Marian Loredana Corduneanu

142

Secvența 16 – ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ ACORDATĂ PERSOANELOR PRIVATE DE LIBERTATE CU AFECȚIUNI PSIHICE

Maria Gruică, Răzvan Amărăscu, Diana Manțoc

151

Secvența 17 – DERULAREA INTERVENȚIILOR PSIHOLOGICE CU PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE CU RISC CRESCUT DE SUICID

Cristina Pripp, Alina Decsei-Radu

157

Secvența 18 - DERULAREA INTERVENȚIILOR PSIHOLOGICE CU PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE CU CONDUITĂ AGRESIVĂ

Maria Gruică, Claudiu Ștaier, Bogdan Moisuc, Marcela Simon, Loredana Corduneanu

172

Secvența 19 – DERULAREA INTERVENȚIILOR PSIHOLOGICE CU PERSOANELE CARE AU SĂVÂRȘIT AGRESIUNI SEXUALE	180
Cristina Pripp, Alina Decsei-Radu, Liliana Hurezan, Emanuel Andelin	
Secvența 20 – DERULAREA INTERVENȚIILOR PSIHOLOGICE CU CATEGORIILE DE PERSOANE PRIVATE DE LIBERTATE CU RISC DE VICTIMIZARE	190
Emilia Topală, Răzvan Amărăscu, Mirela Brînzan, Simona Dumitrescu	
TITLUL IV – INTERVENȚIA PSIHOLOGICĂ ÎN SITUAȚII DE CRIZĂ	200
Secvența 21 – SITUAȚIILE DE CRIZĂ –DEBREFINGUL PSIHOLOGIC	200
Bogdan Moisuc, Oana Sorescu, Loredana Corduneanu	
Secvența 22 – CONDUITA DE URMAT ÎN CAZUL ALTOR EVENIMENTE NEGATIVE	207
Bogdan Moisuc, Oana Sorescu, Loredana Corduneanu	

CUVÂNT ÎNAINTE



Unul dintre obiectivele prioritare ale Administrației Naționale a Penitenciarelor vizează dezvoltarea cadrului metodologic specific planificării, organizării, derulării, monitorizării și evaluării activităților specifice domeniului psihologic, social și educațional.

Specialiștii Direcției Reintegrare Socială au elaborat *"Ghidul de bune practici pentru psihologul care lucrează în sistemul penitenciar"*, cu sprijinul grupului de lucru constituit din psihologi de la nivelul unităților penitenciare subordonate administrației centrale, care au contribuit la o reflectare cât mai reală a activităților specifice, acoperind, astfel, ariile de competență.

Acest *Ghid* asigură un cadru unitar în ceea ce privește metodologia activităților desfășurate de către psihologii din sistemul penitenciar conform prevederilor legale care reglementează executarea pedepselor privative de libertate.

Cadrul normativ care reglementează activitățile psihologului din unitățile sistemului penitenciar este constituit din:

- *Legea nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică și Normele metodologice de aplicare;*
- *Norme privind organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, conform Anexei la Hotărârea Comitetului director al Colegiului Psihologilor din România 1/2010 pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România;*
- *Codul deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică;*
- *Codul de procedură disciplinară al profesiei de psiholog;*
- *Ghid de practică clinică în psihologie - Ministerul Sănătății Publice, Colegiul Psihologilor din România, Comisia de Psihologie, Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie (2010);*
- *Legea nr. 275/2006 privind executarea pedepselor și a măsurilor dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal, cu modificările și completările ulterioare;*

- Legea nr. 83/2010 pentru modificarea și completarea Legii 275/2006 privind executarea pedepselor și a măsurilor dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal;
- *Hotărârea Guvernului 1897/2006 pentru aprobarea Regulamentului de Aplicare a Legii 275/2006, cu modificările și completările aduse de Legea nr. 83/2010 pentru modificarea și completarea Legii nr. 275/2006 privind executarea pedepselor și a măsurilor dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal;*
- *Legea nr. 293/2004 privind statutul funcționarilor publici din Administrația Națională a Penitenciarelor, completată și modificată prin Ordonanța de Urgență nr. 47/2006 și Ordinul Ministrului Justiției nr. 2794/C/2004 pentru aprobarea Codului Deontologic al personalului din sistemul administrației penitenciare;*
- *Culegerea de documente privind desfășurarea activităților de educație și asistență psihosocială;*
- *Manualul de proceduri al sistemului penitenciar.*

La realizarea *Ghidului* s-au avut în vedere și procedurile de atestare, acreditare și certificare ale *Comisiei de Psihologie pentru Apărare, Ordine Publică și Siguranță Națională* și ale *Comisiei de Psihologie Clinică și Psihoterapie* din cadrul Colegiului Psihologilor din România precum și alte lucrări în domeniu.

Ghidul include elementele de specificitate ale profesiei de psiholog exercitate în așezămintele de detenție și în beneficiul persoanelor private de libertate. Documentul urmărește să îmbunătățească standardele calitative ale serviciilor furnizate de psihologi.

Ghidul este un reper metodologic, o premisă a respectării standardelor profesionale naționale, particularizate competențelor specifice mediului carceral și exigențelor executării pedepselor privative de libertate în diferite tipuri de regimuri. Astfel, ghidul diferențiază ariile de activitate și metodologia unitară, care va fi utilizată în asistarea psihologică a persoanelor private de libertate, prin activități desfășurate direct cu persoanele private de libertate (individual, în grup, de grup), cât și în cadrul comisiilor sau a echipelor multidisciplinare, din componența cărora psihologul face parte.

Activitatea psihologului se desfășoară unitar în toate instituțiile penitenciare și se bazează pe principiul egalității în drepturi, a respectului demnității umane, indiferent de sexul, rasa, etnia, naționalitatea persoanelor private de libertate. Scopul activității desfășurate de către psiholog este de stimulare a statusului funcțional psihologic și comportamental al persoanelor custodiate, pe parcursul traseului execuțional, cu respectarea particularităților psihosociale ale acestora, precum și a regimului de executare a pedepselor privative de libertate.

Fiecare psiholog va particulariza acest set de bune practici în activitatea specifică, coroborând riguros și responsabil prescripțiile prezentului ghidul, respectând practica normelor care organizează profesia de psiholog cu drept de liberă practică, precum și exigențele impuse de legislația ce reglementează executarea pedepselor privative de libertate și activitatea funcționarilor publici cu statut special din sistemul administrației penitenciare.

Ioana Morar, Andreea Lini

TITLUL I

ORGANIZAREA ACTIVITĂȚILOR DE ASISTENȚĂ PSIHOLOGICĂ



SECVENȚA 1

STATUTUL ȘI ROLUL PSIHOLOGULUI

Cristina Pripp, Liliana Hurezan

Motto:

„Psihologul care lucrează în mediul penitenciar are o contribuție însemnată în reforma și umanizarea proceselor corecționale, în restructurarea sistemelor penitenciare, în stimularea schimbărilor în organizații și în societate” - conf. univ. Gheorghe Florian

I. Argumentație

Capacitatea de progres a instituției penitenciare este asigurată în mare măsură și prin competențele *specialiștilor care furnizează asistență psihologică persoanelor private de libertate*. În absența specialiștilor cu astfel de competențe, evoluția instituțională poate fi prejudiciată, deoarece, trebuie să recunoaștem, avem o contribuție însemnată în a pune în mișcare și a orienta teoria și practica specifică. Un lucru verificat în practică este sigur: cu cât numărul specialiștilor în psihologie este mai mare, cu atât cresc șansele de funcționare optimă a instituției, pe termen lung, și se reflectă prin dezvoltarea funcției de recuperare psihosocială a persoanelor private de libertate.

În calitate de *organizatori și manageri ai propriului timp* destinat asistării și pregătirii persoanelor private de libertate pentru revenirea în comunitate, psihologii sunt percepuți ca persoane mature și angajate, preocupate de ceea ce literatura de specialitate în domeniul dezvoltării sociale definește ca fiind: *competența de sporire a capacității instituționale de a*

*formula ea însăși în mod cât mai adecvat problemele proprii și de a găsi soluțiile eficiente*¹. Formulată ca și obiectiv, această competență poate fi realizată fie prin *furnizarea de informații sistematice asupra problemelor identificate*, fie prin implicarea directă, cu *asigurarea instrumentelor de înțelegere a proceselor social-umane*. Astfel, confirmăm înțelegerea faptului că *schimbarea formelor existente de organizare să fie realizată nu atunci când acestea nu mai pot funcționa, ci în momentul în care sistemul dispune de o alternativă mai bună*².

În funcție de diversitatea particularităților organizatorice și de funcționalitate ale așezămintelor penitenciare, psihologul cu atribuții în recuperarea psihosocială a persoanelor private de libertate este în măsură să aleagă metodele cele mai adecvate, dintre cele validate științific, pentru a-și eficientiza demersurile. Odată dezvoltată, metoda va putea fi utilizată și adaptată diferitelor situații, astfel încât practicianul să aibă la dispoziție o varietate de intervenții construite în funcție de criteriul utilității și eficienței.

STUDIU DE CAZ PRIVIND NECESARUL RESURSELOR UMANE

Am pornit de la bunele practici experimentate de către diverse sisteme penitenciare și explicitate, de abia după atingerea maximului de dezvoltare a domeniului resurselor umane, prin chiar eficiența funcției de reintegrare socială a persoanelor private de libertate.

În timp, experiența celorlalte instituții penitenciare relevă o dificultate comună cu care se confruntă în *recrutarea psihologilor*, datorită unor *aspecte neatractive* ale mediului penitenciar. Aceste aspecte au fost identificate încă la începuturile constituirii acestei categorii profesionale în sistemele penitenciare și se remarcă și pe măsura evoluției domeniului, până în prezent.

În anul 1934, Gluek a vorbit prima oară despre *condițiile rigide și inflexibile caracteristice sistemelor corecționale care sfârșesc prin a fi obstacole pentru dezvoltarea personală și profesională*.³

Odată cu identificarea principalelor dificultăți ale mediului carceral, în cadrul primului eveniment de gen, simpozionul intitulat sugestiv: Munca psihologului într-o instituție penitenciară americană – 1934, au început demersurile de conceptualizare a atribuțiilor psihologului.

Printr-o analiză realizată în anul 1973³, aceleași inconveniente au fost surprinse și în serviciul penitenciar canadian, fiind prezentate ca dificultăți de adaptare ale psihologilor la condițiile din penitenciare, avându-se în vedere rigiditatea și ierarhia asemănătoare unei structuri organizatorice militare, unde psihologii aveau ca superiori persoane cu alt tip de pregătire profesională. De asemenea, penitenciarele întâmpinau greutăți în integrarea specialiștilor care solicitau o anumită marjă de autonomie generată de deciziile specifice profesiei

Pentru aceste probleme s-a încercat soluția promovării în posturi de la nivelul administrației centrale, a unor psihologi cu calități de buni teoreticieni, cu simț practic, empatici și capabili să înțeleagă și să comunice cu personalul corecțional din unitățile subordonate, într-un limbaj ușor de înțeles.

Evoluția, în date și cifre, a resursei reprezentate de psihologii implicați în asistarea persoanelor private de libertate reflectă importanța pe care a câștigat-o, în decursul anilor, psihologul, ca specialist în mediul penitenciar, informațiile extrase din experiența altor sisteme custodiale fundamentând creșterea numărului de psihologi și la nivelul unităților penitenciare din România.

¹ C. Zamfir: „Strategii ale dezvoltării sociale”, E.P. București 1977, pag. 24

² *Ibidem*, pag. 29

³ S. Gluek: „The work of the psychologist in a penal institution – a symposium”, Psychological Exchange, 1934, 3, 51

S.U.A.

Prima mențiune despre implicarea psihologilor în serviciile penitenciare datează din anul 1909, când, un psihiatru a fondat o clinică pentru tribunalul de tineri din Chicago. Rezultatele nu au întârziat să apară: în 1911, a fost finalizat și publicat primul raport asupra inteligenței tinerilor contravenienți, iar în 1913, a fost realizată prima lucrare de cercetare, la „Reformatory for Women” din statul New York - cu ajutorul unei baterii de teste au fost selecționate deținutele pentru a urma programele de școlarizare oferite în închisoare și care, la expirarea pedepsei se puteau întoarce în societate fără riscuri.

În anul 1945, 100 de psihologi angajați lucrau cu 200.000 de deținuți (raportul psiholog/deținuți fiind de 1 la 2.000).

În anul 1966, s-a stabilit raportul de 1 psiholog la 200 deținuți și de 1 psiholog la 25, în cazul persoanelor cu nevoi speciale (delincvenți sexuali recidiviști, bolnavi psihic etc.) – conform datelor furnizate de „Manual of Correctional Standards”, editat de American Correctional Association.

În anul 1980, normele generale de etică și practică pentru serviciile de psihologie din penitenciarele pentru adulți utilizau raportul de 1 psiholog la 200, până la 250 deținuți, iar în unitățile care asigurau custodia persoanelor vulnerabile (de ex.: a toxicomanilor etc.), raportul recomandat era de 1 până la 100 sau 125 – conform prevederilor stipulate de American Correctional Association. În anul 2010, ultimele date indică raportul de 1 psiholog la 100.

Canada

În anul 1955, a fost angajat primul psiholog cu atribuții în reintegrarea socială a deținuților. În anul 1973, serviciul penitenciar abilita raportul de 1 psiholog la 150-200 deținuți în închisorile cu securitate mare sau medie și 1 la 40 în centrele medicale sau de primire regională. Ultimele date, din anul 1990, menționează raportul de 1 psiholog la 100-150 deținuți.

În anul 2010, în statele europene:

- | | |
|-----------------|---|
| Ungaria | - raportul este de 1 psiholog la 344 deținuți (47 de psihologi la o populație carcerală de 16.209); |
| Lituania | - raportul este de 1 la 234 (38 de psihologi la 8.915 deținuți); |
| Franța | - raportul este de 1 la 210; |
| Italia | - raportul este de 1 la 210; |
| Spania | - raportul este de 1 la 200. |

România - în anul 1975, a fost angajat primul psiholog, printre ale cărui atribuții erau menționate și cele de reintegrare socială a deținuților.

În anul 2000, 10 psihologi lucrau cu 44.000 de deținuți, respectiv 1 la 4.400 de deținuți, iar în anul 2010, 75 de psihologi lucrează efectiv⁴ cu 30.000 de deținuți (efectiv rulat aproximativ), raportul fiind de 1 la 400 de deținuți.

Obiectivul vizat este reprezentat de atingerea standardului de 1 psiholog la 200 persoane private de libertate.

Concluzii

Pentru o funcționare eficientă a sistemelor penitenciare se identifică, astfel, un raport optim de un psiholog la 150 sau 200 de deținuți, respectiv un psiholog la 40 de beneficiari, în cazul așezămintelor speciale (centre de reeducare, medicale etc.)

Limite

Asistența psihologică a persoanelor private de libertate a evidențiat, din perspectivă practică, anumite limite:

- realizarea cantitativă și calitativă a intervențiilor de asistență psihologică este dependentă de personalul încadrat (sub 50% dintre posturi sunt ocupate);
- numărul specialiștilor activi care desfășoară efectiv activități cu persoanele private de libertate este diminuat semnificativ prin responsabilizarea cu alte atribuții care nu corespund domeniului (purtător de cuvânt, șef de secție, ofițer cu disciplina, personal de însoțire și supraveghere etc.), precum și datorită

⁴ la care se adaugă 12 psihologi care au întrerupt activitatea pentru o perioadă de 2 ani de zile (aflați în concediu pentru creșterea copilului), 9 împuterniciți cu atribuții de șef serviciu și 4 împuterniciți cu atribuții de director adjunct

efectuării concediilor pentru îngrijirea copilului, a participării la cursurile de formare profesională;

- specialiștii sunt implicați în numeroase comisii legal constituite, în echipe interdisciplinare sau în implementarea activităților specifice proiectelor cu finanțare europeană;
- personalul este responsabilizat cu atribuții suplimentare, colaterale și nespecifice pregătirii profesionale;
- numărul documentelor care reflectă activitatea de asistență psihologică acordată persoanelor private de libertate (fișe, dosare, registre, procese verbale, tabele, caracterizări etc.) s-a multiplicat, acestea având semnificația de „martor” grăitor al demersurilor întreprinse;
- insuficiența personalului de supraveghere și a celui medical, care sprijină activitatea de asistență psihologică din unitățile penitenciare, nu este în măsură să ne susțină eforturile;
- creșterea numărului de raportări și de situații centralizatoare solicitate de alte instituții (raportare zilnică, raportări trimestriale, evaluări intermediare, raportări punctuale etc.).

Riscuri

Au fost identificate anumite riscuri generate de:

- *statutul relațiilor din organizație* (de ex.: în instituția custodială având o istorie săracă în îmbunătățirea relațiilor profesionale, orice tactică managerială este privită cu suspiciune, deoarece tendința personalului este de a caracteriza noii coordonatori prin prisma celor vechi);
- *claritatea cu care sunt diagnosticate problemele/cât de mult se dorește cunoașterea acestora* (de ex.: se recomandă ca motivarea non-financiară să fie folosită cu predilecție în cazul personalului a cărui aparentă lipsă de motivație se datorează suprasolicitării, dar pentru o astfel de finalitate este nevoie de o cunoaștere și înțelegere a evoluției fiecărui subordonat);
- *stilul de management adoptat* (de ex.: o organizație cu un stil de management autoritar va avea o forță de muncă mult mai apatică și lipsită de dorința de cooperare / relaționare, în comparație cu cea având un stil de management participativ);
- *modul în care este aplicată tactica de motivare a personalului* (de ex.: practică impusă de coordonator, va fi întâmpinată cu mai multă rezistență decât cea în care a existat o consultare prealabilă);
- *dificultăți în respectarea standardelor de asistență psihologică* (de ex.: timpul alocat intervențiilor de asistență psihologică a persoanelor private de libertate este diminuat în favoarea unor activități conexe domeniului de specialitate, devenind dificilă și, uneori, chiar imposibilă desfășurarea unor atribuții, în special cu persoanele vulnerabile – cu afecțiuni psihice sau cu grad sporit de risc etc.),
- *numărul mare de împrumuturi și numiri prin decizia zilnică a directorului unității* (de ex.: principalul efect se măsoară prin instabilitatea organizațională, diminuarea funcționalității și a motivației personalului).

II. Funcționarea administrativă și managerială

Psihologul *are obligația* de a cunoaște și de a respecta *relațiile prevăzute prin organigramă*, și anume: ierarhice, funcționale, de control, de reprezentare. Colaborarea cu specialiștii din mediul penitenciar și din comunitate se desfășoară în baza acestor prevederi, ca premisă pentru realizarea optimă a activității.

Furnizarea de asistență psihologă penitenciară ridică trei probleme care vizează:

- structura organizațională;
- gradul de autonomie;
- reprezentativitatea (nivelul administrativ responsabil cu acest domeniu).

Performanța fiecărei **structuri organizaționale** este condiționată de **stimularea, implicarea și integrarea personalului**.

Cu scopul realizării unei specializări distincte a activităților, a fost aplicat modelul unitar de funcționare a structurii organizaționale de asistență psihosocială și a celei de educație, ambele situate la același nivel ierarhic și aflate în coordonarea directorului adjunct educație și asistență psihosocială. Din perspectiva funcționării administrative:

- *șeful serviciului asistență psihosocială* asigură coordonarea specializată la nivel ierarhic intermediar prin organizarea asistenței psihologice și sociale, monitorizarea și implementarea activităților desfășurate de cele două categorii de specialiști,
- *directorul adjunct educație și asistență psihosocială* asigură reprezentativitatea sectorului reintegrare socială la nivelul unității prin organizarea domeniului, implementarea politicilor educative și de asistență psihosocială.

Coordonarea administrativă a serviciilor de psihologie, atât cea intermediară (șef serviciu asistență psihosocială), cât și cea de top (director adjunct) – se realizează prin *două modalități*:

- prezență recunoscută și remunerată (șefi servicii numiți sau împuterniciți) și
- reprezentare prin decizia zilnică a directorului unității și neremunerată, pe modelul de tip colegial (un membru al serviciului acceptă să-și asume o parte din sarcinile administrative inevitabile și esențiale).

Pornind de la **structura organizațională** identificăm **gradul de autonomie al asistenței psihologice**, care este determinat de existența serviciilor de asistență psihosocială și indică independența administrativă față de domeniul medical sau pază din sectorul operativ, precum și **reprezentativitatea** asigurată de **nivelul administrativ responsabil cu acest domeniu**, prin funcția de director adjunct. Putem populariza ca bune practici autonomia și reprezentativitatea administrativă, ce oferă psihologilor posibilitatea de a influența organizarea domeniului și a demersurilor specifice.

Existența cabinetelor de psihologie

Activitatea de asistență psihologică este condiționată de existența cabinetului, un spațiu special destinat și amenajat intervenției, care să permită activități individuale, dar și de grup.

Astfel, înființarea cabinetelor de psihologie în fiecare unitate penitenciară a fost validată *prin avizul de funcționare nr. 34/decembrie 2007*, de către Colegiul Psihologilor din România.

Limite

- în fiecare instituție penitenciară, **existența mai multor centre de autoritate** (director, șef serviciu/birou, ofițer, agent) este însoțită de suprapuneri ale atribuțiilor și generează confuzie, în special la personalul situat de la mijlocul ierarhiei spre bază. În consecință, ambiguitatea rolului profesional este cauza insatisfacțiilor profesionale ale personalului, iar acumulările de frustrări dezvoltă rezistența la schimbare.
- **provizoratul împuternicirilor** în funcțiile de coordonare, fie intermediare, fie de top, menține vidul de putere prin neasumarea rolurilor.

Particularități

- **particularitățile legate de specificul așezămintelor spitalicești** din sistemul penitenciar – dintre care menționăm doar câteva: fluctuația mare a pacienților, durata relativ scăzută a timpului petrecut în aceste unități, disconfortul generat de boală sau perioada de repaus circumscrisă tratamentului – orientează spre alegerea unor intervenții educative și de asistență psihosocială mai puțin dinamice și solicitante, adaptate statusului psihosomatic al persoanelor private de libertate aflate sub îngrijire medicală.
- având ca punct de plecare **specificul categoriilor de persoane custodiate în centre de reeducare, respectiv penitenciare de minori și tineri**, la momentul actual se află în curs de desfășurare un amplu proces de reorganizare, pentru a fi asigurată resursa umană necesară intervenției specializate.

III. Competențele profesionale ale psihologului din cadrul structurii de reintegrare socială

Psihologul din cadrul structurii de reintegrare socială de la nivelul fiecărei unități penitenciare, care asigură asistență psihologică persoanelor private de libertate are studii superioare cu diplomă de licență în domeniul *psihologiei sau psiho-sociologiei* și atestat de liberă practică în specialitatea *psihologie aplicată în domeniul securității naționale*.

a) Competențele legiferate de organismul profesional

Exercitarea profesiei în sistemul penitenciar este condiționată de obținerea atestatului de liberă practică în cadrul *Comisiei de Psihologie pentru Apărare, Ordine Publică și Siguranță Națională a Colegiului Psihologilor din România*.

Atestatul în specialitatea psihologie aplicată în domeniul securității naționale conferă mai multe **competențe profesionale** (specificate în *Procedurile privind desfășurarea atestării dreptului de liberă practică în domeniul apărării, ordinii publice și siguranței naționale, art. 4*), dintre care am selecționat pe cele specifice psihologului care lucrează cu persoanele custodiate:

- identificarea și gestionarea factorilor de risc și a vulnerabilităților psihologice individuale și de grup,
- cunoașterea și asistența psihologică, conform legislației în vigoare și competențelor profesionale,
- managementul stresului,
- managementul situațiilor de criză și negocierea,
- asigurarea psihologică a situațiilor operative,
- asigurarea suportului psihologic al misiunilor și activităților specifice,

- cercetarea metodologică,
- formarea și (re)orientarea pe ruta profesională,
- formarea profesională a psihologilor în domeniul de specialitate.

În funcție de experiența profesională, forma de atestare și treptele de specializare ale psihologului – atestatul de liberă practică pentru activitate în condiții de supervizare, atestatul de liberă practică autonomă obținut (practicant, specialist, principal) – sfera de competențe se diversifică, până la maximum de atribuții.

Exercitarea atribuțiilor specifice asigurării asistenței psihologice, în calitate de psiholog angajat al sistemului penitenciar, este condiționată de susținerea unui concurs de ocupare a funcției de psiholog, întrucât interviul de obținere a atestatului de liberă practică (în orice specialitate a psihologiei) nu echivalează cu un examen de validare a cunoștințelor de specialitate în domeniul psihologiei. Atribuțiile specifice de evaluare - psihodiagnoză, de consiliere psihologică, precum și cele de tip psihoterapeutic se dobândesc printr-un anumit număr de ore, într-un tip de formare și impun standarde ridicate de performanță.

Astfel, direcția de specialitate, luând în considerare și legislația privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică a stabilit un standard minim (între 3 și 5 ani), ca perioadă în care experiența acumulată să permită exercitarea unei funcții de coordonare și îndrumare a activităților de asistență psihosocială.

Stabilirea și respectarea limitelor de competențe pentru funcțiile de specialitate, de execuție sau de coordonare, constituie un imperativ, care se impune în specificul organizațional și se reflectă în gradul de autonomie al serviciilor de asistență psihologică.

Respectarea competențelor trebuie să constituie criteriul fundamental pentru desfășurarea activităților de psihologie. Această recomandare nu constituie o noutate, nu necesită un efort de voință, nu implică asumarea unui risc, dar constituie un imperativ al reglementării profesiei de psiholog în mediul penitenciar, prin:

- respectarea competențelor corespunzătoare acestor funcții specializate;
- asigurarea unei structuri organizaționale echilibrată numeric la cerințele domeniului.

Formarea profesională

Cariera unui psiholog debutant, nou-încadrat în sistemul penitenciar, începe printr-un curs de pregătire inițială, în care sunt prezentate elemente de organizarea și funcționarea întregului sistem penitenciar, a componentelor sale (instituțiile penitenciare), rolurile și specificul diverselor compartimente (în special a celor implicate în monitorizarea și reintegrarea socială a persoanelor private de libertate), principalele dificultăți care se ivesc în munca personalului, dar și metode și tehnici de lucru cu categorii de persoane vulnerabile.

Periodic, fiecare psiholog, angajat într-o funcție de execuție sau de conducere (șef de serviciu sau directori adjunct) beneficiază de *cursuri de formare continuă*, care oferă modele de elaborare, planificare și gestionare eficientă a activităților, modele de diagnoză și evaluare ori de utilizare a programelor specifice, cu suport informatic, statistic sau managerial de motivare a personalului, de dezvoltare a profilului ocupațional al managerului etc.

Reputația psihologilor are rolul decisiv în a stimula preocuparea profesională, în cele mai diversificate competențe, astfel încât, dorința de fi la curent cu literatura de specialitate este echivalentă oricărei obligații profesionale sau administrative.

Formarea legiferată de organismul profesional

Codul Deontologic al profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, la art. IV.8. stipulează că: *„Psihologii au obligația să depună permanent un efort de menținere și dezvoltare a competențelor lor prin informare permanentă, programe de formare profesională de specialitate, consultări cu ceilalți specialiști din domeniu ori prin cercetări care să conducă spre creșterea competenței profesionale”*.

Psihologii care lucrează în mediul penitenciar oferă asistență psihologică și desfășoară studii privind diverse categorii ale populației penitenciare și în domeniile în care au dobândit competențe profesionale, în funcție de educația, formarea, experiența supervizată sau profesională.

Cerințele formării profesionale:

- conștientizarea limitelor pregătirii și a experienței dovedite;
- clarificarea și acordul cu privire la drepturile și responsabilitățile psihologului și ale persoanei custodiate în relația profesională (cu mențiunea că instituția și, extrapolând, societatea, în ansamblul ei sunt principalii beneficiari ai serviciilor acordate de psiholog);
- eliminarea riscurilor cu privire la relațiile duale care pot apărea în procesul recuperativ al persoanei custodiate;
- înregistrarea datelor referitoare la activitatea profesională (cu precizarea că înregistrările trebuie să fie acurate și protejate din punctul de vedere al confidențialității, cu respectarea responsabilității față de prevederile legale în vigoare și ținând cont de drepturile persoanei custodiate);
- evaluarea periodică a serviciilor oferite și revizuirea acestora, în funcție de scopurile intervenției;
- menținerea interesului constant pentru cercetările recente și modificările în circumstanțe (interesul trebuie să se concretizeze prin implicare în activități de dezvoltare profesională și formare continuă);
- munca în grupul de co-terapeuți.

Modele de abordare teoretică

Indiferent de sistemul penitenciar la care facem referire, în situațiile prezentate anterior, modelul teoretic abordat era cel al *psihologiei clinice*. Este binecunoscut faptul că, după al doilea război mondial, psihologia s-a dezvoltat sub influența *psihologiei clinice și a disciplinelor care se ocupau de sănătatea mentală*.

În anul 1971, este pusă, prima oară, sub semnul întrebării „utilitatea modelului medical” pentru psihologul care lucrează în mediul penitenciar. *R.C. Rahn* propune modelul psihologiei industriale, care urmărește modificarea comportamentului prin *metode psihosociale*: *„în închisoare trebuie să se transmită și să formeze deținuților capacități pentru viața din colectivitatea liberă și competențe profesionale și să nu fie considerați doar sub unghiul tratamentului pentru comportamentul lor deviant (ca în modelul medical)”*⁵.

Studiile realizate în SUA, în anii '70, au acreditat ideea că psihologii care lucrează în sistemul penitenciar necesită completarea pregătirii în psihologie clinică cu cea de psihologie socială. La aceste concluzii au contribuit și rezultatele obținute în așa-numitele

⁵ Rahn R.C.: *„The Role of the Correctional Psychologist in an Industrially Oriented Institution”*, lucrare prezentată la 101-st Congress of Corrections, Miami Beach, 1971.

„unități rezidențiale” sau în „internatul terapeutic” de care vorbește Maxwell Jones”⁶ – în ambele aplicații, ameliorarea comunicării între personal și deținuți fusese posibilă printr-o învățare socială care a permis întărirea selectivă a comportamentelor pozitive.

Multitudinea rolurilor, a relațiilor și contextelor în care psihologul este angrenat, creează *trăsături situaționale*, care vor influența comportamentul specialistului. Fundamentarea teoretică pentru o reală și adecvată asistență psihologică în mediul penitenciar este asigurată de abordarea multidisciplinară, predominant din perspectiva modelelor oferite de psihologia clinică și psihologia socială, decizia de orientare spre aceste modele fiind fundamentată de:

- adaptarea demersurilor specializate,
- construirea relațiilor în triada instituție - persoană instituționalizată - psiholog,
- gestionarea rezistenței la influențele sociale.

Sursa tradițională a tensiunilor se află în antagonismul încarcerare – recuperare psihosocială, psihologului revenindu-i responsabilitatea de a intermedia între instituție și persoana instituționalizată. Printr-o restrânsă reprezentare, *rolul psihologului este și acela de a-i ajuta pe deținuți să se adapteze matur și eficace la stresul din închisoare*⁷.

Statutul și rolul psihologului din penitenciar

Sprăjim scopurile și obiectivele sistemului penitenciar prin oferirea unor principii sănătoase și standarde profesionale ridicate. Utilizând experiența dobândită, evident, susținută de legislația în domeniul psihologiei și al penologiei și respectând standardele de acordare a asistenței psihologice, în contextul actual, putem defini, cu o mai mare acuratețe, statutul și rolul psihologului în mediul penitenciar.

Statutul stabilește locul specialistului în sistemul penitenciar, pe de o parte prin apartenența la sistemul organizațional ierarhic de relații sociale, iar pe de altă parte, prin demersurile specializate acordate persoanelor custodiate.

Rolul este construit din comportamentele efective ce reies din statutul psihologului și se realizează prin punerea în aplicare atât a drepturilor, cât și a datoriilor prevăzute. În cel mai **general și concludiv** mod, *rolul psihologului este:*

- a) de a contribui la planificarea executării pedepselor persoanelor private de libertate prin recomandările de specialitate formulate, inclusiv a reevaluărilor periodice;
- b) de furnizare a serviciilor **de evaluare și intervenție specializată** a persoanelor custodiate, la standarde ridicate de performanță (evaluare - psihodiagnoză, consiliere psihologică, psihoterapie în limitele competenței, intervenție în situații de criză);
- c) de consultanță acordată **fie personalului instituției penitenciare** – din cadrul echipelor multidisciplinare/comisiilor de individualizare a regimului sau de propunere a liberării condiționate – pentru cazurile aflate în diferite perioade ale executării pedepsei, **fie partenerilor cu atribuții în procesul de asistare specializată din domeniul politicilor de sănătate mintală;**
- d) de expertiză la fundamentarea proiectelor cu finanțare externă și chiar la furnizarea de intervenții specializate;
- e) de gestionare a documentelor administrative ce îi revin.

⁶ Jones M.: „*Learning as Therapy in Toch, H (ed.) Psychology of Crime and Criminal Justice*”, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.

⁷ Bodemar O.A.: „*Correctional Psychology in Wisconsin*”, in Journal of Correctional Psychology, 1956, 1 (3-4), 7-15

Limite

- Pentru a fi un psiholog eficient este esențială păstrarea obiectivității și rezistența la acei factori, specifici sistemului corecțional, care ar putea perturba asigurarea intervenției psihologice în mod profesionist, cu respectarea standardelor promovate în domeniu.
- Datele de evaluare/psihodiagnoză reprezintă proprietatea instituției, acestea fiind administrate și utilizate doar de către psihologi calificați în folosirea acestor instrumente.
- În funcție de riscurile pe care persoana privată de libertate le poate prezenta pentru propria persoană, alte persoane custodiate, personalul cu care intră în contact sau pentru siguranța penitenciarului poate fi resimțit, în plan personal, de către psiholog, un disconfort generat de dilema morală a confidențialității actului psihologic, în condițiile în care primează siguranța. Elementele ce țin de *confidențialitatea datelor* sunt reglementate prin documentele normative.
- În mod similar, se poate pune și problema imparțialității specialistului, în condițiile în care, pe de o parte, asigură asistență psihologică persoanei custodiate iar, pe de altă parte, în calitate de reprezentant al instituției, constatând o abatere disciplinară a acesteia, este pus în situația de a întocmi un raport de incident.
- În sfârșit, mai există și situația în care volumul mare de sarcini ce revin psihologului, în condițiile unei structuri de reintegrare socială subdimensionată afectează calitatea serviciilor psihologice asigurate.

Riscuri

- Planificarea și realizarea demersurilor de asistență psihologică trebuie să se realizeze luând în calcul resursele umane existente. Așa încât, stabilirea unei ordini de priorități la nivelul tuturor atribuțiilor va constitui principiul judicios și real de planificare.
- În ceea ce privește problemele personale și conflictele circumscrise mediului carceral psihologii trebuie să-și conștientizeze propriile limite, să acorde atenție, să recunoască și să evite inițierea unor activități care au legătură cu problemele lor personale și care pot interfera cu realizarea competentă a sarcinilor. În aceste situații, se recomandă adoptarea măsurilor adecvate pentru soluționarea situațiilor dificile (apelarea la suport profesional sau consultanță, decizia de a limita, suspenda sau finaliza activitatea profesională existentă).

STUDIU DE CAZ

referitor la bune practici internaționale care susțin „în date” aportul psihologilor la evoluția instituției penitenciare:

- jumătate din subvențiile acordate pentru cercetările penitenciare sunt în domeniul psihologiei;
- în revistele de criminologie, între 30 și 47% din articolele scrise sunt realizate de către psihologi;
- analiza eficienței programelor de reintegrare socială a deținuților nu poate fi realizată fără contribuția psihologilor;
- la congresele pe probleme penitenciare, ponderea comunicărilor aparține psihologiei.

IV. Particularitățile domeniului

Conceptualizarea termenilor în domeniu

Conceptele de *vulnerabilitate*, *nevoi speciale*, *risc pentru siguranța penitenciarului*, *situații de criză* au fost delimitate în practica de zi cu zi și au fost definite în diverse prevederi normative și legislative referitoare la metodologia de desfășurare a activităților de asistență psihosocială.

Din perspectiva intervenției educative, psihologice și sociale, sunt considerate persoane private de libertate, **cu cerințe speciale de asistență și protecție: minorii, tinerii și femeile**. Intervenția recuperativă destinată categoriilor de persoane menționate, necesită activități și metode de lucru specifice, integrate într-un demers recuperativ adaptat particularităților psihosomatice și nevoilor de dezvoltare personală ale acestora.

Activitatea de recuperare socială și morală a minorilor, tinerilor și femeilor din sistemul penitenciar se circumscrie, cu prioritate, următoarelor obiective: asigurarea unui climat cu potențial educativ în locurile de deținere, conferirea de utilitate timpului petrecut în detenție, reducerea vulnerabilității psihologice și sociale a celor custodiați, precum și implicarea acestora în activități destinate creșterii șanselor de reintegrare socială.

Pentru minori, tineri și femei, direcția de specialitate elaborează programe de educație, asistență psihologică și socială speciale, adaptate particularităților psihosomatice și nevoilor de dezvoltare personală identificate.

Totodată, persoanele private de libertate care, în urma unei evaluări psihologice, au fost identificate ca aparținând, în principal, următoarelor categorii: cu dificultăți de gestionare a impulsurilor sexuale, cu antecedente în adicții, consum de droguri ori alte substanțe psihotrope, cu dificultăți de gestionare a agresivității, diagnosticate cu afecțiuni psihice, cu risc de suicid sau cu risc de vulnerabilizare/marginalizare beneficiază de programele de **asistență psihologică specifică**.

Regulamentul de aplicare a legii de executare a pedepselor privative de libertate, la art. 93¹ stipulează că riscul pentru siguranța penitenciarului este determinat de existența potențialului de „*a periclita siguranța misiunilor desfășurate de administrația penitenciară, în interiorul sau exteriorul locului de deținere, respectiv de a pune în pericol viața, integritatea corporală ori sănătatea personalului sau a altor persoane, de a afecta în mod direct sau indirect siguranța comunității*”.

Manualul pentru gestionarea incidentelor critice, în cele două volume, definesc și descriu „*situațiile de criză*”, precum și atribuțiile specifice ale psihologului.

Persoanele private de libertate care prezintă caracteristicile speciale menționate vor fi încadrate în această categorie și vor fi evaluate în vederea stabilirii nevoilor de intervenție specifică, urmând ca specialistul să formuleze recomandările pentru fiecare caz în parte.

Stabilirea priorităților de intervenție

Având în vedere atribuțiile multiple în activitatea cu persoanele private de libertate prevăzute în fișa postului, fiecare specialist are obligația de a-și stabili prioritățile, pentru asigurarea asistenței psihologice a beneficiarilor, în condiții de eficiență profesională.

Recomandările de prioritizare a activităților cu persoanele custodiate urmăresc:

- evaluarea în perioada de carantină și observare;
- intervenția în situații de criză;
- intervenția în funcție de nevoile specifice;
- intervenția pe dimensiunea de autocunoaștere și dezvoltare personală.

Consultanța profesională/intervizarea/supervizarea în mediul penitenciar

Pregătirea continuă este o obligație a psihologului cu drept de liberă practică, reprezentând o condiție necesară pentru abordarea cu profesionalism a situațiilor dificile apărute în activitate.

Psihologii au responsabilitatea de a se asigura că activitatea profesională desfășurată nu se face în detrimentul sănătății sau a stării lor de bine, că se derulează în condiții de siguranță și că pot apela la suport profesional adecvat ori de câte ori apare această nevoie.

În acest sens, este important să precizăm ca fiecare psiholog să fie atent la nevoile sale profesionale, să monitorizeze periodic și să-și revizuiască activitatea, să manifeste interes pentru formarea continuă, să fie deschis la feedback-ul colegilor, la evaluările și la recomandările acestora.

Activitățile de intervizare și supervizare:

- vizează protejarea specialistului;
- asigură desfășurarea activității profesionale la un standard profesional ridicat;
- trebuie să pună accent pe aspectele pozitive și pe abilitățile profesionale ale psihologului, nu pe limitele acestuia;

Asigurarea activităților de intervizare și/ sau supervizare recomandă:

- realizarea acestor două tipuri de demersuri independent de orice relație managerială;
- desfășurarea într-un cadru neutru, altul decât cel penitenciar, inclusiv cu participarea specialiștilor care activează în comunitate.

Intervizarea/consultanța profesională este o activitate bazată pe prelucrarea experienței profesionale personale, prin care sunt analizate situațiile de impas profesional și se identifică soluții alternative. Activitatea de intervizare nu poate să substituie responsabilitatea personală pentru actul decizional.

Supervizarea clinică este o metodă de evoluție profesională, realizată în cadrul unor întruniri periodice ale psihologului cu un alt psiholog, în general cu un nivel de expertiză mai ridicat, pentru a discuta cazuri sau alte probleme profesionale, într-o formă structurată. Scopul acestor activități este acela de a îndruma psihologul să învețe din experiența personală, în vederea dezvoltării abilităților și a deprinderilor profesionale. Supervizorul are datoria de a exercita un control asupra activității persoanei supervizate.

Implicarea psihologilor în domeniul accesării și implementării proiectelor cu finanțare europeană

Chiar dacă trebuie să se limiteze doar la competențele specifice, care vizează calitatea conținutului, acuratețea și noutatea temei abordate, importanța acestora este evidentă. Exemplificăm cu câteva astfel de atribuții specifice:

- definirea domeniului asistență psihologică corespunzător proiectului;
- justificarea necesităților care impun acordarea asistenței psihologice;
- identificarea materialelor (instrumente psihologice, publicații) în vederea achiziționării.
- etc.

Dubla subordonare la legislația psihologului și a funcționarului public cu statut special

Pentru realizarea serviciilor psihologice la standarde ridicate de performanță, este necesară cunoașterea și respectarea tuturor prevederilor legale care definesc cadrul de exercitare a profesiei de psiholog în mediul penitenciar.

Caracteristicile mediului penitenciar interferează și pot bloca scopurile terapeutice, dar și relația formată între psiholog și persoana privată de libertate care beneficiază de serviciile de consiliere. Acesta este motivul pentru care psihologul trebuie să acorde atenție posibilelor probleme etice care pot apărea prin interferarea cu personalul instituției.

De asemenea, trebuie să țină cont de rolul evaluărilor în luarea deciziilor cu privire la situația deținutului, în cadrul comisiilor reglementate de Legea de executare a pedepselor privative de libertate, atribuție care poate interfera cu rolul de consilier sau de psihoterapeut.

Documentele legiferaute de legislația psihologului

Consimțământul informat și Contractul terapeutic reprezintă documente:

- ce respectă principiile profesiei de psiholog și legislația în vigoare în colaborarea cu persoana privată de libertate, deoarece oferă subiectului toate informațiile despre intervenția la care va participa (drepturile, serviciile disponibile, aspectele legate de confidențialitate și de limitele acesteia etc.);
- prin care, persoana privată de libertate are posibilitatea de a refuza evaluarea sau intervenția specifică;

Particularizarea utilizării documentelor specifice activității psihologului din sistemul penitenciar este reglementată prin ordin al ministrului justiției privind *Condițiile de organizare și desfășurare a activităților educative, culturale, terapeutice, de consiliere psihologică și asistență socială*, respectiv prin decizii ale directorului general al Administrației Naționale a Penitenciarelor.

În continuare, prezentăm modele recomandate ale acestor două documente specifice.

MODEL CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT			
<p>Subsemnatul(a) _____, născut în data de _____, părinții _____ și _____, arestat / condamnat pentru infracțiunea _____, declar pe proprie răspundere că am luat la cunoștință scopurile, durata, procedurile utilizate, riscurile, beneficiile și limitele confidențialității serviciilor psihologice.</p> <p>Data _____</p> <table style="width: 100%; margin-top: 20px;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: bottom;">Psiholog (semnătura și parafă)</td><td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: bottom;">Persoana privată de libertate (semnătura)</td></tr></table>		Psiholog (semnătura și parafă)	Persoana privată de libertate (semnătura)
Psiholog (semnătura și parafă)	Persoana privată de libertate (semnătura)		

Conținutul prezentului consimțământ este adaptat conform modelului elaborat de Colegiul Psihologilor din România

MODEL CONTRACT TERAPEUTIC*	
de participare la Programul specific de asistență psihosocială	
Nume: _____ Prenume: _____ Data nașterii _____ Părinți _____ / _____	
Prin prezentul document, declar că am fost informat despre caracteristicile, obiectivele, regulile și criteriile de participare/excludere din program și sunt de acord cu respectarea acestora.	
Concret, accept voluntar următoarele reguli: 1. să particip la activitățile programului , la toate și fiecare din domeniile de intervenție și să realizez temele stabilite de specialiști, Activități: 2. să nu provoc niciun fel de incident care ar putea afecta buna derulare a activităților, 3. să fiu de acord ca, în perioada includerii în program, specialiștii care intervin în procesul meu terapeutic să aibă acces la datele personale cuprinse în <i>Fișa medicală, Dosarul individual, Dosarul de evaluare și intervenție educativă și terapeutică</i> , cele privind regimul penitenciar și orice alte informații de interes pentru desfășurarea activităților specifice, 4. să respect regulile de desfășurare a programului, iar în cazul în care le încalc voi fi exclus temporar/definitiv din program și sancționat conform reglementărilor în vigoare. <div style="text-align: right;">Data: _____</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> Semnătura beneficiarului: _____ _____ </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> Semnătura coordonatorului de program _____ </div> </div>	

V. Atribuțiile psihologului și normarea activităților

a) Funcție specializată

Componenta specializată din activitatea șefului serviciului asistență psihosocială

Șeful serviciului asistență psihosocială are obligația de a facilita și de a menține bunele practici ale psihologului, de a proteja persoanele custodiate de servicii lipsite de profesionalism și de a-și dezvolta atitudini, deprinderi și cunoștințe adecvate rolului asumat.

Adiacent atribuțiilor menționate în fișa postului, *psihologul care îndeplinește funcția de șef serviciu* trebuie să acorde atenție următoarelor aspecte:

- să sprijine și să faciliteze activitățile de dezvoltare personală și de formare continuă;
- să cunoască abilitățile și limitele pregătirii și experienței specialiștilor din serviciu și să țină cont de acestea în repartizarea sarcinilor;
- să sprijine și să încurajeze procesul de intervizare și debriefing.

* Modelul se regăsește în fiecare program specific de asistență specifică, fiind particularizat în funcție de necesitățile identificate.

Fișa postului trebuie să reflecte atribuțiile psihologului referitoare atât la activitatea directă cu persoanele private de libertate, cât și la cele administrative.

Atribuțiile legiferate de organismul profesional:

- psihodiagnostic și evaluare clinică (se evaluează atât tabloul clinic/mecanismele etiopatogenetice psihologice, cât și starea de sănătate/mecanismele de sanogeneză);
- intervenție psihologică (atât pentru promovarea sănătății și dezvoltare personală, cât și pentru tratamentul tulburărilor psihice și/sau a celor care implică în etiopatogeneza mecanismelor psihologice);
- cercetare;
- educație și formare profesională.

Modul de abordare a intervențiilor psihologice

Intervențiile psihologice în mediul penitenciar implică utilizarea metodelor și a tehnicilor din diferite orientări, acreditate de organismul profesional, Colegiul Psihologilor din România, după cum urmează:

- psihoterapii cognitiv-comportamentale (de ex.: psihoterapie rațional - emotivă și comportamentală, psihoterapie cognitivă, psihoterapie comportamentală etc.);
- psihoterapii dinamic-psihanalitice (de ex.: psihoterapie psihanalitică, psihoterapie analitică, terapii dinamice de scurtă durată etc.);
- psihoterapii ericksoniene (de ex.: psihoterapie ericksoniană, hipnoză ericksoniană etc.);
- psihoterapii scurte (de ex.: psihoterapie scurtă focalizată pe soluție, orientarea pe competențe și resurse, abordările constructivist-colaborative și narative etc.);
- psihoterapii umanist - existențiale - experiențiale (de ex.: gestalt terapie, logoterapie, psihodramă, psihoterapie experiențială, analiza tranzacțională etc.).

Competențele și formarea fiecărui specialist constituie un indicator important, dar nu și suficient în utilizarea intervențiilor de tip psihoterapeutic.

Adiacent limitelor referitoare la competențe și formare, metodele vor fi adoptate în funcție de un complex de factori, care vizează:

- problemele identificate la persoanele custodiate și prioritizarea nevoilor specifice;
- timpul mediu necesar finalizării eficiente a unei metode;
- resursa umană existentă în unitatea de detenție;
- contextul penitenciar (tipul regimurilor de deținere - mai restrictive/mai puțin restrictive).

De asemenea, se recomandă aplicarea eclectismului metodologic în practică, în sensul utilizării unor proceduri/metode din diferite abordări psihoterapeutice, cu condiția unei conceptualizări clinice riguroase.

La nivelul competențelor profesionale dovedite, psihologii vor decide alegerea și aplicarea celor mai potrivite metode și tehnici psihologice. Psihologii răspund personal de alegerile și consecințele directe ale acțiunilor lor în funcție de atestarea profesională primită.

Psihologul își asumă răspunderea profesională pentru calitatea muncii prestate și răspunde în fața comisiilor abilitate ale Colegiului Psihologilor din România.

Particularități

Decizia psihologului intervine în particularizarea anumitor activități:

- extinderea perioadei de intervenție (consiliere/psihoterapie), în funcție de evoluția persoanei/grupului și de necesitățile specifice identificate în perioada respectivă;
- stabilirea desfășurării activităților în regim individual sau de grup, în funcție de nevoile existente și de modalitățile considerate adecvate de abordare a acestora;
- durata ședințelor de consiliere/psihoterapie depinde de severitatea problemei discutate și de obiectivele stabilite.

Limite

- Eficiența unei metode este condiționată și de limitări generate de aplicarea acesteia în mediul penitenciar. Menționăm ca și factori care pot influența eficiența metodei:

- restricțiile impuse de timp;
- restricțiile impuse de resursa umană redusă;
- abordarea unui număr limitat de probleme dintre cele ce necesită intervenția specialiștilor, respectiv a categoriilor prioritare din punctul de vedere al riscurilor psihologice identificate.

Aceste limitări trebuie luate în calcul pentru a ne defini corect prioritățile: utilizăm metoda ca și scop în sine pentru aplicarea teoriei sau suntem interesați de selectarea și utilizarea mijloacelor a căror aplicare își dovedesc eficiența și din perspectiva timpului și a resurselor umane?

Riscuri

- Neglijarea anumitor activități individuale sau de grup, pentru asigurarea, în condițiile resurselor umane și de timp limitate, a intervențiilor psihologice pentru categoriile de persoane private de libertate identificate ca prioritare, din punctul de vedere al riscurilor și nevoilor psihologice.

b) Aspecte tematice și generice ale asistenței psihologice

Standardele pentru asistența psihologică acordată în mediul penitenciar sunt indisolubil legate de înțelegerea și conștientizarea rolului ce revine psihologului, în condițiile privării de libertate a beneficiarilor serviciilor sale.

Asigurarea asistenței psihologice persoanelor private de libertate presupune abordarea și din perspectiva funcțiilor:

- *normativă* – de planificare, elaborare și raportare a activităților, cu respectarea reglementărilor din domeniul de activitate;
- *aplicativă* – de desfășurare conform rigorilor profesionale a activităților specifice cu persoanele private de libertate și de analiză a datelor despre evoluția acestora;
- *de administrare* – de gestionare eficientă a timpului, pentru ca specialistul să-și utilizeze eficient propriile resurse la organizarea activităților domeniului de competențe specifice profesiei de psiholog;
- *de reprezentare* – de creștere a vizibilității și de recunoaștere a activităților derulate cu deținuți, precum și de promovare a unor lucrări statistice, de cercetare ce impun transferul de cunoștințe, în sistemul penitenciar, cât și cu reprezentanții comunității;
- *de comunicare* – cu persoana privată de libertate, cu rudele/membrii rețelei de suport a acesteia, cu instituțiile publice și nonguvernamentale ale comunității care se pot implica în reinserția socială, cu celelalte compartimente din unitate.

Completarea/elaborarea documentelor în diverse etape

Datele rezultate în urma activităților desfășurate cu persoanele private de libertate, sunt consemnate de psiholog în documente specifice, al căror conținut este asumat de specialist prin semnare și parafare. Documentele completate de specialist sunt prevăzute atât pentru activitatea de evaluare, cât și pentru cea de intervenție (fie individuală ori de grup) și fac parte din fondul documentar al specialistului.

Documentele specifice au rol de structurare a activității, de înregistrare a modificărilor semnificative intervenite în situația psihosocială (în sensul identificării unui progres sau regres) și contribuie ca surse de informații de specialitate consemnate în alte documente de uz intern (note interne, adrese, caracterizări).

Principii de completare a documentelor specifice:

- informațiile să fie punctuale, concrete, consemnate cu acuratețe;
- se precizează contextul spațio-temporal, triggeri și momentele de apariție a simptomelor;
- se va scrie data, atunci când se aduc modificări semnificative;
- nu se va utiliza un limbaj defăimător, abrevieri, caracterizări abstracte, comentarii ce nu au legătură cu evaluarea;
- nu se vor consemna speculații, indiferent de felul acestora sau de situație;
- pot fi menționate și informații declarative, neverificate, dacă relevă date semnificative pentru caz, cu asumarea și consemnarea faptului că nu reprezintă o certitudine, acordându-se atenție modului de formulare.

Colaborările psihologului

Rolul principal al psihologului este de relaționare și mediere în interiorul și în exteriorul locului de deținere (comunitate).

Cu alte compartimente/participarea la comisiile multidisciplinare

Psihologul colaborează cu personalul serviciilor de pază, asistență medicală, precum și cu cel din sectorul administrativ, în cadrul echipelor multidisciplinare. De asemenea, colaborează cu reprezentanții organizațiilor guvernamentale și neguvernamentale, care au ca obiect de activitate acordarea de asistență psihologică persoanelor custodiate.

Atribuțiile de colaborare și relațiile dintre specialiști sunt menționate în *Fișa postului*.

Activitățile de colaborare vizează:

- gestionarea informațiilor;
- asigurarea continuității intervenției specifice;
- facilitarea procesului decizional, prin formularea recomandărilor de specialitate.

Cu ceilalți specialiști

Este important ca psihologii să colaboreze cu colegii lor specializați pe probleme similare sau în echipe multidisciplinare.

În cazul activităților terapeutice de grup, se recomandă ca modalitate eficientă de lucru, să fie prevăzuți doi facilitatori, chiar dacă au profesii diferite. Această abordare antrenează beneficii multiple atât pentru activitatea desfășurată (psihologul poate observa dinamica de grup din exteriorul acestuia, poate ajusta periodic procesul terapeutic, atenție mai mare acordată grupului, în sensul surprinderii unor elemente suplimentare), cât și pentru specialist (poate primi feedback cu privire la activitatea sa, posibilitatea de a limita și de a controla procesul de contagiune în grup).

Caracteristicile indicatorilor de eficiență ale demersurilor de asistență psihologică

Indicatorii de eficiență pot fi stabiliți în *plan subiectiv* (prin declarațiile persoanei custodiate) și în *plan obiectiv* (înregistrarea datelor comportamentale, frecvența și intensitatea simptomelor pe parcursul intervenției și a nivelului de funcționare socială).

Indicatorii de eficiență obiectivi:

- se stabilesc, se operaționalizează în funcție de obiectivele și de tipul intervenției,
- se ține cont de caracteristicile mediului și de factorii complementari care influențează demersul recuperativ;
- sunt mășurați prin intermediul diferitelor instrumente de evaluare (scale și chestionare pentru simptome depresive, anxioase, nivel de distres emoțional, capacitatea de relaționare interpersonală, scale de evaluare a nivelului de funcționare etc.);

Rolul indicatorilor de eficiență:

- oferă un feedback cu privire la evoluția intervenției, atât pentru psiholog, cât și pentru persoana custodiată,
- permite revizuirea periodică a obiectivelor intervenției.

c) Detalierea și normarea activităților

I. Minimum patru ore destinate activităților directe desfășurate cu persoanele private de libertate – în funcție, evident și de distribuția sarcinilor în corelație cu regimul de deținere, respectiv categoriile în care sunt clasificate persoanele private de libertate, precum și alte particularități ale unității penitenciare:

- cunoașterea și evaluarea psihologică a persoanelor private de libertate, valorificarea potențialului favorabil, prioritizarea nevoilor și planificarea executării pedepsei (recomandările specialistului);
- furnizarea de asistență și intervenție specializată (consiliere psihologică, psihoterapie în limitele competenței, intervenție în situații de criză);
- derularea programelor de grup destinate nevoilor de intervenție generală și specifică.

II. Maximum patru ore destinate pregătirii și întocmirii documentelor administrative, precum și celor necesare procesului de lucru cu deținuții:

- elaborarea documentelor administrative, de planificare sau de raportare (*de ex.*: stabilirea obiectivelor, completarea fișelor posturilor și alte atribuții ale personalului de execuție sau conducere etc.);
- completarea documentelor și a câmpurilor specifice din aplicația informatică (*de ex.*: fișe psihologice, registre, fundamentarea documentelor necesare comisiilor de individualizare a pedepselor, gestionarea dosarului de educație și asistență psihosocială, prioritizarea nevoilor persoanelor custodiate pentru motivarea fundamentată a programelor specifice la începutul fiecărui an calendaristic etc.) prin sistematizarea informațiilor, elaborarea și clasarea documentelor de specialitate;
- monitorizarea cazurilor realizată prin colaborare cu alte sectoare sau parteneri externi (*de ex.*: o oră alocată întâlnirilor lunare ale membrilor echipei multidisciplinare din programele specifice de asistență psihosocială, pentru a discuta evoluția / rezultatele fiecărui caz etc.);
- menținerea colaborărilor cu comunitatea (*de ex.*: proiecte de activități, solicitări punctuale din partea colaboratorilor),

Din timpul programat documentelor administrative, o parte se alocă și altor tipuri de activități, astfel încât se impun câteva particularități.

Activități particularizate, a căror ritmicitate nu este zilnică:

- participarea la comisiile stipulate de legislația executării pedepselor privative de libertate;
- colaborarea la grupurile de lucru constituite prin decizie a directorului general al Administrației Naționale a Penitenciarelor pentru elaborarea diverselor documente strategice;
- susținerea pregătirii pentru educație și formare profesională continuă și pentru documentarea punctuală necesară elaborării diverselor materiale și timpul alocat evaluării anuale (două ore/săptămână);
- completarea culegerii datelor de la rudele/membrii rețelei de suport a persoanei custodiate (în limitele competențelor, prin solicitări scrise/cu ocazia vizitelor programate în penitenciar, discuția poate aduce un plus de date absolut necesare evaluării/stabilirii traseului execuțional penal, medierii relațiilor cu familia);
- participarea la evenimente tematice/cursuri de perfecționare;
- coordonarea activităților de practică a studenților/a absolvenților;
- contribuția adusă la studiu și cercetare.

Prevederile stipulate de Colegiul Psihologilor din România cu privire la durata ședinței de intervenție psihologică sunt în măsură să normeze activitatea zilnică a specialistului.

Recomandarea privind durata unei ședințe este de 50 de minute, indiferent de tipul consilierii/psihoterapiei ori de tehnicile utilizate. Astfel, numărul persoanelor care pot beneficia de consiliere/psihoterapie pe unitate de timp și care să respecte normele de specialitate, poate să fie de maximum 10 la un psiholog.

În sistemul penitenciar, pentru psiholog, timpul unei zile de lucru este împărțit în:

- minimum 4 ore de activități directe cu persoanele private de libertate și
- maximum 4 ore numite generic administrative și de formare profesională,

recomandarea direcției de specialitate pentru valorificarea optimă a timpului alocat asistenței psihologice a beneficiarilor fiind de:

- 5 ore de activități directe cu persoanele private de libertate și
- 3 ore de activități administrative și de formare profesională.

Prevederile organismului profesional, aplicate la particularitatea sistemului penitenciar (respectiv, cel puțin 4 ore de lucru direct cu persoanele private de libertate) pot fi respectate prin stabilirea unui număr de maximum 5 persoane private de libertate care pot fi consiliate ori incluse în terapie individuală de un psiholog.

În cazul în care se acordă intervenții terapeutice (de grup organizate în cadrul programelor), cuantificate prin 5 activități de grup, numărul participanților se calculează prin însumare. Este evident faptul că activitățile psihologului nu pot fi restricționate pe parcursul unei zile, la a fi doar individuale sau numai de grup, așa încât, normarea se realizează prin însumarea categoriilor de intervenții menționate, la fel procedându-se și pentru cuantificarea participanților.

Așa încât, pentru specialistul care are ca atribuții în fișa postului toate cele trei tipuri de activități, la planificarea *programelor specifice de asistență psihologică* (de grup) *trebuie să se țină cont atât de prioritățile nevoilor persoanelor custodiate, cât și de timpul efectiv alocat celorlalte activități specifice și prioritare (de evaluare și de consiliere).*

Normarea activităților psihologului constituie o preocupare a direcției de specialitate din cadrul Administrației Naționale a Penitenciarelor, urmând a se concretiza în varianta

revizuită a *Culegerii de documente privind desfășurarea activităților de educație și asistență psihosocială*.

VI. Bibliografie

*** *American Academy of Psychiatry and the Law* (2005) – Ethics Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry.

*** *Mental Health and Substance Use Services in Correctional Settings* (2009) – A Review of Minimal Standards and Best Practices, International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy.

Florian, G.(1996). *Psihologie penitenciară*, Editura „Oscar Print“ București.

Florian, G. (2003). *Fenomenologie penitenciară*, Editura „Oscar Print“, București.

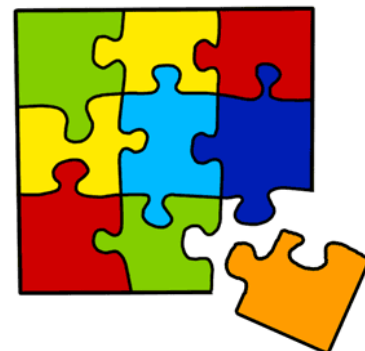
Goffman, E. (2004), *Aziluri, eseuri despre situația socială a pacienților psihiatrici și a altor categorii de persoane instituționalizate*, Editura Polirom, București

Tribe, R., Morrissey, J. (2005). *Handbook of Professional and Ethical Practice for Psychologists, Counsellors and Psychotherapists*

Zimbardo, Ph. (2009). *Efectul Lucifer, de la experimentul concentraționar Stanford la Abu Ghraib*, Editura Nemira, București

TITLUL II

ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ CU CARACTER GENERAL



SECVENȚA 2

EVALUAREA ÎNIȚIALĂ

*Alina Zamoșteanu, Otilia Țirțoacă,
Corina Dumitrescu, Mircea Dregheci*

I. Considerații teoretice

Prin **evaluarea psihologică inițială** investigăm, imediat după depunerea într-un așezământ de deținere, a oricărei persoane aflată într-o situație problematică datorită noului statut generat de privarea de libertate, astfel încât informația „extrasă” să ajute psihologul și pe ceilalți specialiști ai echipei multidisciplinare în elaborarea recomandărilor și a planificării traseului execuțional penal, în funcție de nevoile, riscurile, abilitățile și deprinderile identificate.

Analizăm datele obținute în perioada de observare și carantinare dintr-o perspectivă globală, accentul punându-se pe rezolvarea situației de risc imediat, major, cu care se confruntă persoana privată de libertate, în scopul evitării apariției unor comportamente disfuncționale. În urma screeningului și a evaluării psihologice inițiale cunoaștem personalitatea persoanei custodiate și facem demersuri pentru rezolvarea unor probleme de viață, ținând cont de faptul că acestea au o cauzalitate variată, că se datorează unor influențe interacționale și unor relații multiple. În acest sens, urmărim:

- identificarea și diagnosticarea corectă a problemelor de natură psihologică;
- identificarea nevoilor de intervenție și formularea recomandărilor, cu accent pe situațiile de criză (identificarea riscului suicidar etc.);
- menținerea nivelului optim de funcționare și evitarea exacerbarii problemelor de natură psihică;

- identificarea situațiilor care prezintă risc pentru siguranța locului de deținere, a personalului sau a celorlalte persoane private de libertate;
- evaluarea potențialului adaptativ al persoanei private de libertate.

La finalul evaluării, se întocmește o descriere a nivelului actual al funcționării persoanei private de libertate, se face o prognoză și se emit recomandările de intervenție pentru fiecare caz în parte. Datele obținute în urma activităților specifice evaluării sunt utilizate pentru a dezvolta un plan eficient de intervenție.

Psihologul acordă atenție implicațiilor pe care le are validitatea evaluării și ține cont de limitele și posibilele erori în judecățile clinice.

În scopul unei evaluări inițiale corecte, în așezămintele de deținere se respectă *standardele minime pentru evaluare*:

- informarea și pregătirea personalului pentru identificarea corectă și adoptarea comportamentelor adecvate în cazul problemelor de sănătate mintală;
- screening inițial la primirea persoanei în penitenciar, pentru identificarea problemelor acute de natură psihică;
- formularea recomandărilor de intervenție, în funcție de dimensiunile evaluate.

Pentru desfășurarea în bune condiții și la standarde de calitate a procesului de evaluare inițială a persoanelor private de libertate, psihologul respectă *bunele practici* cu referire la:

- consultarea personalului de specialitate (educativ, medical, de pază și supraveghere) și analiza documentelor specifice (dosarul de penitenciar, recomandările din perioada de arest, aplicația informatizată etc.) constituie o etapă adiacentă interacțiunii cu persoana privată de libertate, dar extrem de importantă;
- utilizarea unor *instrumente adecvate mediului*, care prezintă calitățile psihometrice adecvate, validate științific și pentru care psihologul are competența necesară;
- adaptarea modului de evaluare la caracteristicile populației (flexibilitate în abordare, dar fără a renunța la standardele profesionale);
- cunoașterea caracteristicilor generale ale etapei de observare-carantinare din traseul execuțional.

II. Demersuri

Principalele intervenții pe care le realizăm în cadrul evaluării inițiale constau în *identificarea factorilor psihologici* relevanți pentru funcționarea persoanei și anume: nivelul intelectual, dinamica funcționării afective, capacitatea de gestionare a conflictualității interne, capacitatea de funcționare adaptativă, resursele de dezvoltare personală, eventualele patologii psihice.

Ca *obiective ale evaluării inițiale* recomandăm utilizarea următorilor indicatori:

- stabilirea nivelului de dezvoltare cognitivă, socială și emoțională, raportat la mediul de proveniență și nivelul de educație;
- evaluarea dinamicii afective a persoanei, cu rol în funcționarea socială și relațională;
- identificarea mecanismelor etiopatogenetice implicate în geneza disfuncțiilor psihice;
- identificarea situațiilor care prezintă risc pentru siguranța individului sau a celorlalte persoane private de libertate, a personalului sau a locului de deținere;
- evidențierea resurselor personale pe care se poate baza intervenția;
- identificarea riscului de victimizare sau de apariție a unor vulnerabilități;

- construirea unei prognoze privind evoluția persoanei în contextul actual de viață și în eventualitatea participării la un program profilactic sau terapeutic.

Metodologia de lucru

Pentru realizarea obiectivelor evaluării inițiale foarte importante sunt: *administrarea și interpretarea testelor psihologice* validate științific, acreditate de Colegiul Psihologilor din România și pentru care psihologul are formarea adecvată și licență de utilizare.

Deși conexe, la fel de importante sunt și activitățile de colectare a datelor din: *studierea dosarului, aplicarea interviurilor semistructurate sau structurate, conturarea observațiilor comportamentale* asupra subiectului aflat în contextul carceral de viață, *observarea relațiilor interpersonale, evaluarea comportamentală, anamneza, înregistrările medicale, reactualizarea informațiilor în registrul specialistului* și, nu în ultimul rând, observarea/intervievarea membrilor rețelei de suport a subiectului (în limitele competențelor, prin solicitări scrise/cu ocazia vizitelor programate în penitenciar, discuția poate aduce un plus de date absolut necesare evaluării/stabilirii traseului execuțional penal, medierii relațiilor cu familia) etc.

Pentru a identifica și utiliza în mod eficient toate informațiile, dar și pentru a emite o judecată clinică acurată, psihologul responsabil cu evaluarea inițială trebuie să aibă cunoștințe solide centrate pe:

- tulburările de personalitate, stress și coping - schimbări de viață, sindromul burn-out, resurse de coping existente (la subiect);
- sănătatea psihologică;
- resurse de adaptarea la noi culturi și
- schimbările asociate cu modernizarea continuă a vieții sociale.

precum și cunoștințe referitoare la:

- interacțiunile specifice sistemelor familiale,
- relațiile dintre o persoană și mediul său de viață – climat social, sisteme de suport social,
- procesele cognitive asociate cu tulburările comportamentale,
- nivelul de control personal (auto-eficiență).

Procesul complex de percepție, analiză și sinteză prin care se construiește judecata clinică (raționamentul clinic) este controlat în mod profesionist de psiholog, prin selecția adecvată din multitudinea surselor de informare, capacitatea de a crea o descriere acurată a persoanei custodiate. Iar rezultatul se concretizează într-un raport psihologic adecvat.

III. Particularități

Evaluarea inițială a minorilor și tinerilor custodiați se focalizează pe identificarea trăsăturilor dominante ale personalității acestora, pe măsurarea factorilor cognitivi, aptitudinali și stabilirea intereselor, precum și a evidențierii factorilor psihologici cu relevanță pentru menținerea stării de sănătate și înlăturarea disfuncțiilor apărute.

Ca *obiective ale evaluării inițiale*, ce vin să particularizeze și să completeze tabloul adultului, recomandăm utilizarea următorilor indicatori:

- *stabilirea nivelului intelectual* raportat la stadiul de dezvoltare cognitivă, socială și emoțională;
- *măsurarea calității interacțiunilor cu părinții* prin stadiul carențelor structurate,

- *evaluarea dinamicii volitive*, ca factor de mobilizare socială și relațională;
- *evidențierea potențialului sanogenetic*, care să stimuleze intervenția de tip recuperativ;
- *etapizarea evoluției subiectului* în contextul actual de viață și în eventualitatea participării la un program profilactic sau terapeutic.

Realizarea obiectivelor se face prin aplicarea instrumentelor de psihodiagnoză validate științific, aplicabile categoriei de vârstă evaluate, impunându-se corelarea și coroborarea informațiilor obținute prin mai multe metode.

Evaluarea psihologică optimă trebuie să cuprindă mai multe etape:

1. *interviul* cu adolescentul custodiat și, în situațiile care necesită o evaluare la nivel familial, pe cât este posibil, trebuie realizat interviul și cu părinții;
2. *măsurarea* nivelului de dezvoltare cognitivă și a structurii de personalitate, inclusiv detectarea tulburărilor psihice sau a condițiilor de patologie utilizând instrumente psihologice validate științific;
3. *observarea* comportamentului adolescentului în diverse situații.

1. Interviu

La stabilirea diagnosticului prezumtiv, contribuie *interviul*, prin completarea *informațiilor generale despre subiect* – date biografice, informații despre familie și relațiile cu aceasta, despre activitatea și nivelul de școlarizare, factori de natură socio-economică, prezența unor boli somatice sau psihice, stare generală etc. – cu cele *specifice componentelor psihice*: percepție, comportament, memorie, dispoziție afectivă, inteligență, volitiv, gândire etc.

În primele ședințe, psihologul realizează o *evaluare diagnostică globală*, cu accent pe funcționarea intrapsihică, dinamica relațională, analiza interacțiunilor familiale și sociale. În funcție de rezultatele evaluării se structurează cele trei coordonate ale intervenției psihologice: *diagnosticul*, *prognosticul* și *abordarea terapeutică*.

Stabilirea *diagnosticului psihologic în perioada adolescenței* implică o particularitate specifică față de diagnoza adulților, și anume: particularitățile specifice vârstei și modificările pulsionale, fluctuația afectelor etc.

Din acest motiv, interpretarea rezultatelor obținute în urma aplicării unor probe psihologice se realizează după etaloane diferite față de cele pentru adulți. În plus, rezultatele obținute în urma aplicării testelor proiective trebuie interpretate cu prudență. *De exemplu: profilul pulsional* relevat prin intermediul *Testului Szondi* sau elementele simptomatologice evidențiate prin indicii specifici ai *Testului Rorschach* diferă semnificativ în interpretare la subiecții adolescenți față de cei adulți.

Prin interviul cu subiectul adolescent urmărim evaluarea psihologică detaliată a:

- dinamicii și structurii personalității;
- comportamentului interpersonal;
- principiilor morale și atitudinilor sociale;
- mecanismelor defensive și de coping precum și a conflictelor și dinamicii lor;
- identității și imaginii de sine;
- determinantilor sociali și situațiilor curente de viață;
- problemelor de ecologie socială și familială;
- controlului și autocontrolului comportamentului și emoțiilor etc.

De asemenea, în cadrul interviului cu adolescentul custodiat, acordăm o importanță deosebită *evaluării complexe a relațiilor părinte - minor*, care trebuie să țină seama de:

- atașamentul față de părinți;

- gradul de acceptare a separării de părinți;
- nivelul de încredere;
- calitatea relației,
- natura identificării cu părinții,
- modalitățile de coping,
- gestionarea anxietății.

Interviul cu părintele are drept scop obținerea unor date despre adolescent (de ex.: referitoare la relațiile intra-familiale etc.) și de a iniția ipoteze, care pot fi confirmate sau nu pe parcursul întregii evaluări.

Datele obținute pe parcursul interviului cu părintele trebuie să includă: istoricul dezvoltării adolescentului, evaluarea cunoștințelor părintelui în ceea ce privește dezvoltarea acestuia (fizică, emoțională, școlară și socială). Aceste informații sunt foarte importante în etapa evaluării inițiale, deoarece contribuie la înțelegerea mediului din care provine minorul/tânărul (sistemul familial, comunitatea).

Interviul cu părinții adolescenților internați în centrele de reeducare, de cele mai multe ori, este dificil de realizat datorită absenței acestora sau a numărului redus de vizite. În aceste condiții sursa cea mai bună de informare continuă să rămână Referatul de evaluare elaborat de Serviciile de Probațiune de pe lângă Tribunale, care cuprinde o serie de date furnizate de familie sau persoane cunoscute subiectului în cauză.

2. Măsurarea personalității

Investigarea personalității adolescenților, prin intermediul instrumentelor psihologice, contribuie la elaborarea concluziilor și stabilirea diagnosticului.

3. Observarea

Observarea adolescentului custodiat în diverse situații, a reacțiilor acestuia, furnizează noi informații, care contribuie la conturarea unui diagnostic acolo unde este cazul, precum și la stabilirea direcțiilor de intervenție.

Limite

Limitele în evaluarea inițială a adolescentului sunt centrate pe următoarele aspecte:

- nivelul intelectual diminuat al adolescentului evaluat;
- starea generală a adolescentului evaluat;
- capacitatea redusă de autoanaliză a adolescentului evaluat;
- capacitatea de concentrare scăzută a adolescentului evaluat.

Riscuri

Riscurile evaluării inițiale a adolescentului se focalizează pe următoarele aspecte:

- dificultatea receptării corecte a întrebărilor de către adolescentul evaluat;
- dificultatea exprimării corecte a adolescentului custodiat;
- dificultatea realizării unei evaluări psihologice obiective datorită obținerii unor informații insuficiente despre adolescentul și despre familia acestuia;
- obținerea unor informații eronate din cauza nivelului intelectual scăzut și a capacității reduse de autoanaliză și reflectare.

IV. Limite

Dificultățile în evaluarea inițială a persoanelor custodiate, adulte ori adolescente, sunt generate de:

- nivelul intelectual scăzut al persoanei evaluate;
- starea generală a persoanei evaluate, care poate contribui la diminuarea capacității de concentrare a persoanei evaluate;
- capacitatea redusă de autoanaliză / introspecție a subiectului evaluării;

- reacțiile posttraumatice în urma evenimentului privării de libertate.

V. Riscuri

- *Dificultatea de a dezvolta un nivel optim al relației interpersonale* – datorită specificului mediului, potențialului său traumatic pentru persoana privată de libertate și, foarte des, susceptibilității crescute a acesteia în raport cu reprezentanții sistemului. Calitatea relației sporește probabilitatea ca persoanele evaluate să funcționeze la un nivel optim de performanță. Dacă relația nu este suficient dezvoltată, datele obținute despre persoană vor fi inexacte;
- *Riscul de apariție a tendinței de dezirabilitate a persoanei și eventualei sale dorințe de a manipula relația cu reprezentanții sistemului* în vederea obținerii imaginii dorite și a beneficiilor secundare acestei imagini;
- *Dificultatea receptării corecte a întrebărilor* de către persoana evaluată sau dificultatea de a găsi un limbaj comun, accesibil, datorită nivelului său educațional, de înțelegere sau modelelor culturale diferite, a stării de sănătate fizică și psihică a persoanei evaluate, posibil riscului de reacție traumatică post privare de libertate etc;
- *Dificultatea exprimării corecte* a persoanei evaluate, care, de obicei, are aceleași cauze ca și dificultățile de receptare corectă a întrebărilor;
- *Obținerea unor informații eronate* din cauza nivelului intelectual scăzut, a unei stări psihice deteriorate a persoanei și a capacității reduse de autoanaliză și reflectare;
- *Irelevanța răspunsurilor, interviul în sine este ghidat de răspunsurile persoanei evaluate și de reacțiile psihologului la acestea*, datorită unor factori, anumite condiții tranzitorii (o zi stresantă, somn insuficient etc.) sau disimulare conștientă/inconștientă. Răspunsurile subiectului trebuie să fie interpretate de către clinician. La rândul lor, interpretările acestuia depind de un complex de factori care include: formarea teoretică a psihologului, datele obținute din investigație și experiența profesională și personală a acestuia. Procesul poate fi alterat de o serie de factori, cum ar fi tipul de întrebări adresate subiectului, impresiile inițiale, nivelul raportului sau perspectiva teoretică a psihologului;
- *Efectul de halou*, la psiholog, rezultă din tendința intervievatorului de a dezvolta o impresie generală asupra unei persoane (de ex.: generate de posibile reacții afective ale psihologului în legătură cu anumite tipuri de infracțiuni) și de a infera apoi alte trăsături pornind de la aceasta;
- *Erorile confirmatorii* pot avea loc atunci când psihologul face o inferență despre un client și apoi derulează interviul în așa fel încât să obțină informații care să o confirme.

STUDIU DE CAZ I - evaluare inițială adult

S.D. are 19 ani și a fost condamnat la 3 ani și 6 luni pentru tâlhărie.

În urma aplicării screening – ului de evaluare psihologică au reieșit următoarele date anamnestice: provine dintr-o familie organizată, cu 7 copii (el fiind al treilea), în care atmosfera era marcată de violență emoțională („părinții se certau, nu erau bani suficienți”). A parcurs 4 clase, dificultățile de ordin material ale familiei fiind principala motivație pe care o aduce în discuție. Nu are calificare, dar muncea ocazional, în construcții. Este implicat într-o relație de concubinaj și are deja un copil. Este vizitat de concubină și mamă; tatăl a decedat când el era închis, în pedeapsa anterioară (se simte vinovat pentru moartea acestuia, considerând că i-a făcut și el destule necazuri).

Nu au fost decelate elemente de risc suicidar („n-am avut în cap așa ceva niciodată!” – la întrebarea referitoare la gândurile de moarte, de inutilitate sau sentimente de culpă excesivă) și nici dificultăți în gestionarea agresivității, dar riscul pentru abuz de substanțe s-a evidențiat ca fiind unul foarte înalt.

A răspuns afirmativ la consumul de heroină, afirmând un consum de 4-5 bile zilnic; i-a fost afectată capacitatea de a munci; a intrat în sevraj la momentul arestării (internat la spital-penitenciar, secția dezintoxicare); consumul l-a continuat, în ciuda problemelor de sănătate apărute (slăbire severă, pierderea danturii, 3 supradoze); nevoia acută de drog l-a condus la săvârșirea de infracțiuni. De 8 luni, de când se află în detenție, spune că nu a mai consumat, dar își dorește să poată beneficia de sprijin pentru a și le „scoate din cap”, întrucât nu știe cum va reacționa după liberare. Stabilește locusul de control în afara sa: „anturajul mi-a creat mie problemele astea cu drogurile”.

Așadar, în urma aplicării, atât a screening-ului psihologic, cât și a fișei E din SCID I – tulburări legate de uzul de substanțe a fost decelat un risc crescut pentru abuzul de substanțe, recomandând parcurgerea programului destinat persoanelor cu antecedente în toxicomanie (în condițiile în care subiectul și-a manifestat îngrijorarea referitoare la perioada de după liberare, ca și recunoașterea explicită a nevoii de ajutor pentru tratarea dependenței psihice).

STUDIU DE CAZ II – evaluare inițială minor

a) Ancheta socială

Aceasta conține următoarele:

- familie organizată, formată din tatăl, 48 ani, la momentul respectiv neîncadrat în muncă, mama, 36 ani, casnică, trei copii – subiectul, fiind fratele cel mai mare, de 18 ani (la momentul comiterii faptei avea 17 ani, era elev), un frate de 16 ani și o soră de 15 ani;

- relațiile de familie: din relatările părinților reiese că în familie domnește o atmosferă de afecțiune, înțelegere, încredere și ajutor reciproc, părinții oferind condiții afective și comportamentale de calitate pentru creșterea și educarea copiilor, în localitatea de proveniență familia respectivă fiind „respectată și cunoscută ca lipsită de viciul alcoolului” (afirmația tatălui);

- starea de sănătate: conform medicilor de familie ai părinților și copiilor niciun membru al familiei nu este trecut în evidențele de boli cronice sau psihice;

- situația materială: bugetul familiei se compune din alocația de stat pentru copii, alte venituri fiind obținute din munca pământului și de pe urma animalelor din gospodărie, astfel că „din munca lor reușesc să-și asigure cele necesare traiului” (afirmația tatălui);

- locuința: casa în care locuiește familia este proprietatea personală a celor doi părinți, este compusă din 3 camere, bucătărie, hol închis – modest mobilate, dar curat întreținute;

- concluzii: familia este puternic afectată de cele întâmplate, dar „au venit material în sprijinul familiei îndoliate (familia victimei) și suflătește sunt alături de aceasta”;

- completări rezultate din heteroanamneză: tatăl a fost muncitor, fiind disponibilizat prin restructurarea întreprinderii și în felul acesta este neîncadrat în muncă, dar la ora de față se ocupă cu munca câmpului, fiind proprietarul a circa 10 hectare de pământ.

b) Interviu structurat

Au fost evidențiate mai multe aspecte:

1. Date de identificare ale subiectului

- Vârstă: 18 ani (17 ani în momentul comiterii faptei)
- Sex: bărbătesc
- Mediul de proveniență: rural
- Stare civilă: necăsătorit

- Ocupație / Profesie: elev, anterior comiterii faptei
- Nivel de pregătire școlară: 11 clase, școala fiind întreruptă, ca urmare a comiterii infracțiunii
- 2. **Date referitoare la tipul infracțiunii comise**
- Actul săvârșit: omor calificat (art 175 Cp)
- Recidive: nu
- 3. **Date referitoare la familie și climat familial**
- a. Tipul de familie: organizată.
- b. Tipuri de frontiere între subsisteme: clare între subiect și tatăl acestuia, precum și între frați, și frontiere difuze între subiect și mama acestuia.
- c. Reguli în familie: majoritatea regulilor în familie sunt de factură implicită, nu se discută pe față, dar totul decurge într-un anumit mod „pentru că așa se face” (subiectul consideră că a apărut onoarea familiei prin actul comis).
- d. Aplicarea regulilor: se face în mod rigid de către mamă și laissez-faire de către tată.
- e. Gradul de angajare afectivă și modul de relaționare intra-familială: angajament cu empatie - membri familiei se susțin și se sprijină reciproc.
- f. Patternurile de comunicare:
 - conținutul comunicării: domină comunicarea cu un conținut afectiv,
 - modul de rezolvare a conflictelor: negare sau retragere.

Expunerea situației generatoare a comportamentului evaluat: minorul avea 17 ani în momentul comiterii faptei (omor calificat):

- existența unui eveniment de o mare importanță socială (Revelion), la care participau tineri de aceeași vârstă, dar și de vârste mai mari,
- este primul eveniment de acest fel la care subiectul participă (fiind un subiect introvert evita participarea la manifestări de acest gen) și având un mare succes la persoanele de sex feminin,
- consum de alcool, fără a fi în cantitate mare, care generează o stare de ușoară dezinhibiție,
- elementul declanșator al evenimentelor este unul dintre participanți, care îl lovește pe fratele subiectului.

Prezentăm în continuare succint, firul desfășurării evenimentelor care au urmat:

- are loc un schimb de lovituri între subiect (care sare în apărarea fratelui mai mic) și atacatori (doi la număr), în urma cărora subiectul este lovit, umplându-se de sânge;
- subiectul se duce acasă, pentru a lua un cuțit, cu scopul de a-i ucide pe cei care i-au cauzat loviturile; în această perioadă, singurul său gând era să îi omoare pe cei doi, fiind în același timp marcat de modul în care arată (repetă mereu „uite în ce hal am ajuns”); își rănește mama care dorește să îl oprească, fără a ține cont de acest aspect;
- înarmat, se întoarce la local, unde îl rănește mortal pe unul dintre prietenii săi apropiați, care caută să îl dezarmeze;
- cu toate acestea, pornește în căutarea celor doi, fiind focalizat pe aceiași idee, de a-i ucide;
- în final este oprit de consăteni și de tatăl său.

4. Încadrarea juridică.

Una dintre faptele săvârșite a fost încadrată ca omor calificat (art.175 Cp).

5. Comportamentul criminal

- În optica martorilor

În seara de Revelion, în jurul orei 23,00 unul dintre participanți este văzut plin de sânge în regiunea gâtului (și dus ulterior la spital), fiind tăiat de către subiectul evaluat, cu ciobul unei sticle de bere, după care, același subiect este văzut „nu mult după aceea” izbind cu piciorul ușa localului și intrând în sală cu un cuțit tip baionetă în mână dreaptă; martorii afirmă că un alt participant a încercat să-l liniștească și să-i ia cuțitul, dar subiectul a țipat că îl taie și atunci victima l-a prins din spate de mâna stângă, răsucându-i-o la spate, moment în care, pe sub brațul stâng, subiectul l-a lovit de 3-4 ori „în zona stomacală”, astfel că victima abia a mai reușit să iasă până în fața barului și s-a prăbușit (fiind apoi dus și el la spital) – în timp ce autorul „a ieșit afară din și s-a plimbat pe străzi, căutându-i pe cei doi indivizi, care generaseră evenimentele, prin atacarea fratelui agresorului, pentru a-i bate”, dar „am auzit în cursul nopții că a fost prins pe stradă de alți consăteni, care l-au imobilizat și i-au luat cuțitul”; unii dintre martori îl descriu pe subiect ca fiind: „un tânăr liniștit, care nu s-a mai manifestat până atunci în mod violent”, „avea o stare foarte confuză și o privire disperată, pe care nu am mai văzut-o până atunci la el”, „avea un comportament ciudat și tulburat, parcă nu mai era el, așa cum îl cunoșteam eu” (tatăl subiectului), „era agitat, turbulent, stropit cu sânge, cu un cuțit în mână....supărat că era bătut și cu fața zdrobită.... eu cunoscându-l ca un băiat cuminte, liniștit harnic”. La școală este descris ca

„un copil sincer, cu o fire optimistă, deschisă, comportându-se normal, colegial cu toți elevii din clasă, fără a fi agresiv și brutal și fără gesturi de bravadă, cu un comportament stabil” (profesoară), „un băiat exemplar” (coleg), iar un coleg de detenție referindu-se la subiect afirmă că „are un orgoliu accentuat”, „o inteligență peste medie”.

- În optica aparținătorilor

Cei trei frați s-au dus să petreacă Revelionul, iar în jurul orei 22,00, mama subiectului a auzit „o bubuitură” în camera de jos, a coborât din camera de sus (unde privea la TV cu soțul) și l-a găsit în bucătărie pe fiul ei „plin de sânge pe haine și față, sânge ce i se prelingea dintr-o ureche” și „într-o stare de disperare, având ochii umflați și o privire pierdută”, având și „spume la gură” fiind „foarte tulburat și disperat” – aspect care a șocat-o, căci nu îl mai văzuse așa nicicând și, mai ales, văzându-l că a luat un cuțit, spunându-i: „vezi mamă în ce hal am ajuns!”; a încercat să-i ia cuțitul, dar nu a reușit (s-a și tăiat la mână, din greșală), iar fiul „a fugit din casă, ieșind în stradă și mergând spre bar”; cei doi părinți s-au luat după el, dar când au ajuns la bar mai mulți tineri țipau și spuneau că subiectul l-a înjunghiat pe unul dintre participanții la Revelion, care era acum în fața barului, inconștient și „toți ziceau că e mort” (totuși acesta a fost transportat la spital); „în cele din urmă” subiectul a fost dezarmat de doi consăteni, dar mama nu mai știe „unde a fost aruncat cuțitul” (care nu s-a mai găsit ulterior); în final, ea arată că fiul ei nu era consumator de alcool și nici agresiv.

- În optica inculpatului

Acesta declară că a consumat băuturi alcoolice (3 sticle de bere), suc și cafea până în jurul orei 22,30, când „unul din prieteni” s-a legat de fratele cel mic, el cerându-i atunci aceluia, printr-o „expresie jignitoare și plină de curaj”, să se măsoare „cu mine”, afară, la „interval”, dacă îl ține „brandu”; respectivul a ieșit pe coridor, împreună cu încă „unul dintre prieteni”, care l-a lovit cu pumnii și genunchii „în stomac” și, atunci, „fiind sub influența băuturilor alcoolice, l-am tăiat pe unul dintre cei doi la gât, după care am luat o mamă de bătaie...” și s-a dus acasă „după o armă”; întorcându-se cu un cuțit, i-a întrebat pe cei din local unde sunt cei doi, i s-a răspuns că au fost duși la spital, el a considerat că e mințit „și atunci i-am amenințat spunându-le că mint” și, în acest timp, „a sărit asupra mea” victima, „eu ripostând asupra lui cu cuțitul și înjunghindu-l”.

- În optica justițiarilor

Procesul verbal de cercetare la fața locului a indicat comiterea unui omor, victimei fiindu-i aplicate două lovituri cu cuțitul în „regiunea stomacală stângă” cauzându-i leziuni corporale ce au determinat decesul victimei; același text figurează și în mandatul de arestare preventivă pentru 30 de zile, emis în aceeași zi.

Constatarea medico-legală preliminară: medicul legist constată că moartea victimei a fost violentă și s-a datorat hemoragiei interne prin plăgi înjunghiate abdominale.

Fără a face vreo interpretare asupra comportamentului său, în acest moment, prezentăm în continuare datele relevate prin testarea psihologică. Menționăm că în evaluarea psihologică a subiectului au fost utilizate probe proiective, datorită necesității de sondare a aspectelor profunde ale personalității, și anume: Testul Szondi (un profil, apoi 10 profile), testul Rorschach, Testul Holtzman, Testul Rosenzweig, Testul Arborelui, precum și alte probe, și anume: Scala Stimei de Sine, Inventarul de Personalitate Revizuit NEO PI-R, Chestionarul pentru măsurarea modelelor parentale de educare EMBU. Analiza de caz a presupus evaluări multiple, având în vedere: analiza dosarului, examinarea psihodiagnostică, discuții purtate cu aparținătorii: mama, tatăl și frații subiectului.

c) Testarea psihologică

Prima testare psihologică (Testul Szondi – un profil, Testul Rorschach, Testul Arborelui)

- **evidențiază următoarele aspecte, prin Testul Szondi:**

- la nivelul pulsuniilor sexuale, manifestă trebuința de tandrețe; sexualitate pasivă (aspect confirmat și de șocul obținut la planșa „sexuală” explicabil prin vârsta subiectului);

- la nivelul pulsuniilor paroxismale, prezintă o reacție de descărcare a factorului e ($e = 0$), semnificând descărcarea afectelor brutale; pulsunea hy (nevoia de a se da în spectacol) este marcată de ambivalență; analiza vectorului indică: subiect care se lamentează;

- la nivelul pulsuniilor „Eu-lui”, prezintă un „Eu inhibat”, care folosește ca mecanisme defensive negația, dar și refularea; prezintă incapacitate de a-și forma un ideal de identificare; prezintă o accentuare a factorului p = inflație psihică, voință de putere; „Eu-l” subiectului este marcat de două tendințe antagoniste, care se impun în voința sa, determinând un haos și o inflație totală („criza inflativa”); profilul B2 (k-p+) este specific adolescenței, cele două tendințe antagoniste fiind reprezentate, în acest caz, de tandrețe versus agresivitate;

- la nivelul pulsuniilor de contact, prezintă introversie, orientare asupra unui „obiect” care e deja pierdut; însingurare, conservatorism.

- **evidențiază următoarele aspecte, prin Testul Arborelui:**

- indică: orientare spre trecut, introversie, inhibiție, închidere în sine, atitudine defensivă, tendință de

relaționare conflictuală, ca urmare a unei dificultăți de relaționare (ramuri tubulare închise la capete); prezența scorburii în desen permite calcularea indicelui Wittgenstein:

$I_1 = 6$ ani, 6 luni

$I_2 = 6$ ani, 9 luni – adică în jurul vârstei de 6 ani și 6 luni subiectul a trăit o traumă psihică pe care a prelucrat-o până în jurul vârstei de 7 ani, conflictul respectiv rămânând însă neconștientizat sau neexprimat.

• **evidențiază următoarele aspecte, prin Testul Rorschach:**

- răspunsurile subiectului s-au înscris pe linia dezirabilității, datorită numărului foarte mare de cotări „banal” (proiecția fiind blocată datorită inhibiției subiectului), dar aplicarea acestei probe a permis stabilirea absenței indicilor psihotici sau de organicitate; se remarcă doar șocul la planșa „sexuală”, ceea ce este explicabil, dată fiind vârsta subiectului.

Concluzia primei testări: subiect introvert, manifestă tendințe de refulare, inhibiție; personalitatea în formare explică ambivalența factorului hy și „criza inflativă” a Eu -lui.

Următoarele investigații psihologice, realizate de-a lungul mai multor luni (cu probele Szondi - 10 profile, Rorschach, Testul Arborelui, Holtzman și Rosenzweig, Scala Stimei de Sine, EMBU și NEO PI-R) au determinat mai multe rezultate.

1. Testul Arborelui (conform interpretării lui Koch și Denise de Castilla):

- **primul arbore**, care reprezintă „sinele social” al subiectului, are o plasare adecvată în pagină, ceea ce indică o relaționare socială corespunzătoare (la nivel perceptibil),

- **al doilea arbore** – reprezentând „sinele intim” – denotă dificultăți de adaptare, conflicte afective recente sau vechi, introversie;

- se remarcă dimensiunea redusă al celui de al doilea arbore (sinele intim) față de primul (sinele social), ceea ce indică o mascare în planul relațiilor sociale a sentimentelor de inferioritate; rădăcinile absente în ambele desene indică o dificultate de fixare; forma coroanei indică narcisism, autosuficiență – din perspectiva sinelui intim, în timp ce sinele social e caracterizat prin vivacitate și sociabilitate; prezența traumei psihice reapare la cel de-al doilea arbore, dar și la cel de-al treilea („arboarele de vis”, care este expresia proiecției aspirațiilor și nevoilor subiectului), ceea ce ar putea indica o refulare a traumei respective;

- dimensiunea mult mai mare a celui de-al treilea arbore arată nevoia subiectului de expansiune, de a atrage atenția asupra sa; analiza acestui arbore indică, de asemenea, inconstanța, confuzie (hașuri în coroană), disociere intrapsihică, labilitate.

2. Testul Holtzman:

- întrucât răspunsurile obținute la Testul Rorschach, cu ocazia primei investigații, nu au fost suficient de concludente, subiectul a fost investigat cu Testul Holtzman, obținându-se ca rezultat prezența indicilor de investire narcisică în propria schemă corporală, răspunsuri de natură complexuală, în timp ce răspunsurile CF indică o afectivitate egocentrică și sugestibilitate.

3. Testul Rosenzweig:

- a fost aplicat pentru a determina direcția agresivității (extrapunitivă, non-punitivă, intrapunitivă); majoritatea răspunsurilor sunt fie de factură non-punitivă, ceea ce înseamnă că nu atribuie nimănui cauzalitatea evenimentelor frustrante, fie de factură intrapunitivă, însemnând că își atribuie propriei persoane cauzalitatea acestora; indicele conformității la grup se înscrie în limitele normale, ceea ce înseamnă că nu există deviații privind adaptarea individului la grup (aspect ce corespunde și cu procentului ridicat de răspunsuri banale din testul Rorschach). O cotă peste valoarea medie este obținută pentru **tipul de reacție E-D**, de apărare a eului (63,85 cotă T), ceea ce indică un subiect defensiv, cu un Eu slab, pe care simte nevoia să îl protejeze, activând mecanismele defensive, în situații de lezare.

4. Testul Szondi (10 profile):

- interpretarea celor 10 profile, obținute în urma aplicării testului Szondi în zece zile distanțate în timp și la ore diferite, a dus la stabilirea următoarelor aspecte:

Formula pulsională completă:

$$\frac{s - e + s - e + hy - p + d -}{m - h + k -}$$

și formula pulsională prescurtată:

$$\frac{s -}{h +}$$

Primul rând al formulei reprezintă factorii simptomatici, care tind să fluctueze în personalitatea subiectului; se concretizează în simptome reale (ce se manifestă subiectiv) – în acest caz fiind vorba despre: inhibare a agresivității sau refulare a acesteia, întrucât nu este acceptată de către „ Eu ” ($s-$), acumulare inconștientă de afecte brutale și tensiune interioară ($e+$), dificultăți în exprimarea adecvată a sentimentelor, cenzor moral sever ($hy -$), inflație psihică, trebuință de contact afectiv cu mediul, specifică vârstei subiectului ($p+$), atașamentul față de obiectul primar (mama) nefiind depășit, pasivitate relațională, idealism, conduită

nonagresiva (d-).

Al doilea rând al formulei (m-) reprezintă factorii submanifești, cu tensiune medie, care nu au rol determinant în dinamica personalității subiectului.

Ultimul rând (h+, k-) reprezintă indicatori ai cauzalității, care explică factorii simptomatici; sunt factorii determinanți cei mai puternici ai personalității (cei mai stabili); subiectul manifestă o acută trebuință de tandrețe, ceea ce determină o imaturitate afectivă (datorită probabil unei atitudini hiperprotectoare din partea părinților, în special a mamei); factorul k- reflectă tendința de a menține integritatea narcisică a „Eu-lui” eliminând tensiunea din factorul p.

Clasa pulsională

Subiectul aparține clasei pulsionale Sh +, care are următoarele caracteristici:

- nesatisfacerea nevoilor de tandrețe;
- manifestările agresive pot fi îndreptate către sine sau către alții;
- clasa este larg răspândită la adolescenți.

Gradul de tensiune al factorilor simptomatici. Acesta are valoarea de 2,57, valoare ce indică faptul că subiectul se înscrie în limite normale din punct de vedere pulsional.

Gradul de latență:

Sh +	Schk -	Pe +	Cm -
5	4	1	1

h + este factorul cu cea mai mică frecvență a reacțiilor simptomatice, deci cu cea mai mare stabilitate în profunzimea personalității, factorul cel mai eficient din punct de vedere dinamic – reprezintă pericolul pulsional, iar calea de descărcare este e+ (afecte brutale).

5. Scala Stimei de sine:

- cota obținută de subiect la această scală este de 34, adică în clasa III, ceea ce indică un **nivel ridicat al stimei de sine**, peste valorile medii ale etalonului (etalonul fiind conceput pe trei clase).

6. Chestionarul pentru măsurarea modelelor parentale de educare EMBU:

a) Pentru **modelul parental matern** au fost obținute cote, la clase corespunzătoare:

A. Căldură emoțională	54	II
B. Supraprotecție	60	III
C. Rejecție (hiperautoritarism)	24	I

La modelul matern, subiectul obține o cotă peste valoarea medie a etalonului, pentru modelul supraprotectiv și o valoare sub media etalonului pentru modelul reactiv. Modelul generator de căldură emoțională se situează între limitele medii ale etalonului.

b) Pentru **modelul parental patern** au fost obținute cote, la clase corespunzătoare:

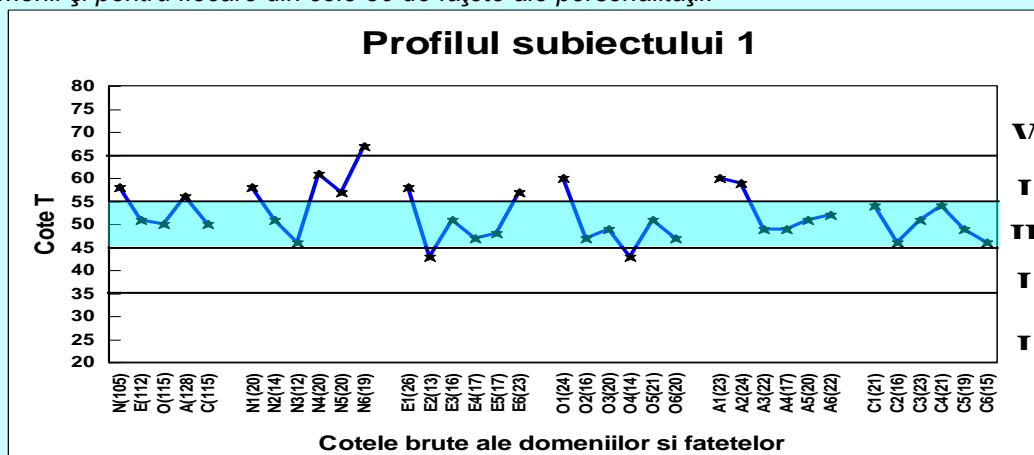
A. Căldură emoțională	44	II
B. Supraprotecție	32	II
C. Rejecție (hiperautoritarism)	28	I

Modelul patern înregistrează cote sub limita medie a etalonului pentru modelul reactiv, în cazul celorlalte modele, valorile fiind situate între valorile medii ale etalonului.

În concluzie, putem afirma că subiectul a beneficiat de un climat familial educațional bazat pe căldura emoțională, absența rejecției (a hiperautoritarismului) sau un nivel diminuat al acesteia și un climat hiperprotectiv din partea mamei.

7. Inventarul de Personalitate Revizuit NEO PI-R

Pentru a ilustra demersul interpretativ, figura de mai jos redă cotele obținute de subiect pentru cele cinci domenii și pentru fiecare din cele 30 de fațete ale personalității:



La nivelul celor cinci domenii de bază ale personalității, subiectul prezintă cote ridicate, peste valorile medii ale etalonului, pentru N (nevrozism) și A (agreabilitate), la celelalte trei domenii, E (extraversie), O (deschidere) și C (conștiință), cotele sunt situate între valorile medii ale etalonului. Cota N ridicată arată un autocontrol mai redus asupra nivelului instinctual, subiect cu dificultăți în a gestiona situațiile stresante. Cota A ridicată indică o persoană agreabilă, dar poate fi și un indicator al dependenței față de cei din jur.

La primul domeniu, al nevrozismului (N), subiectul a obținut cote ridicate, peste valorile medii ale etalonului, pentru fațetele N1 (anxietate) - fiind vorba despre o anxietate difuză, la N4 (timiditate socială) - arată un nivel ridicat al timidității sociale, subiectul simțindu-se sensibil față de ridicol și având tendința de se simți lezat cu ușurință, la N5 (impulsivitate) - un nivel scăzut de a tolera frustrarea și de a-și stăpâni pulsunile și la N6 (vulnerabilitate) - subiect vulnerabil la stres; la celelalte fațete, cotele s-au aflat la valori medii.

La al doilea domeniu, al extroversiunii (E), au fost obținute cote peste valorile medii la fațetele E1 (căldură) - subiect afectuos și amical, care poate stabili relații apropiate cu cei din jur și la E6 (emoții pozitive) - capabil să fie cuprins de emoții pozitive, precum bucuria, exaltarea etc. Cote scăzute, sub valoarea medie, au fost obținute pentru fațeta E2 (gregaritate) - nivel redus de căutare a companiei altora, de stimulare socială; la celelalte fațete, cotele s-au aflat la valori medii.

La al treilea domeniu, al deschiderii (O), au fost obținute cote ridicate pentru fațeta O1 (deschiderea spre reverie) - subiect deschis reveriei, cu o imaginație vie și activă, având o viață bogată și creativă și cote scăzute pentru fațeta O4 (deschiderea spre acțiune) - persoană reticentă la schimbări, nu necesită activități foarte variate și stimulante; la celelalte fațete, cotele s-au aflat la între valorile medii ale etalonului.

La al patrulea domeniu, cel al agreabilității (A), subiectul a obținut cote ridicate la două fațete, și anume: A1 (încredere) - persoană încrezătoare în cei din jurul său și la A2 (dreptate) - subiect deschis și sincer; la celelalte fațete, cotele s-au aflat la valori medii.

La ultimul domeniu, al conștiinței (C), toate fațetele au cote care se situează între valorile medii ale etalonului.

În urma prezentării datelor relevate prin evaluarea psihologică, precum și a circumstanțelor situaționale existente în momentul respectiv, punem în evidență concluziile care se impun pentru acest caz, având în vedere două categorii de factori: individuali și situaționali.

1. Factori de ordin situațional

- ❑ Evenimentul în sine, care generează o stare specifică de exaltare, ținând cont de faptul că este primul de acest gen în istoria individuală a subiectului.
- ❑ Consumul băuturilor alcoolice, care, fără a fi în cantitate mare, generează o stare de dezinhibiție.
- ❑ Subiectul participă la un eveniment, fără nici un fel de ipoteză prealabilă a unei manifestări neconforme cu normele sociale.
- ❑ La petrecere, tendințele de afirmare de sine îi asigură o bună integrare și comportare, fiind apreciat de persoanele de sex femeiesc, față de care își creează expentanțe firești. Deși este sensibil la alcool, nu a manifestat fenomene turbulente sau de agitație. Din momentul în care a fost agresat, are loc o tematizare a conștiinței pe ideea reparării narcisismului știrbit. Subiectul a dezvoltat o stare reactivă acută, în cadrul acestei situații-limită, însoțită de fenomene de dezinhibiție și de un comportament necontrolat. Ulterior, are un comportament homicidar selectiv, în sensul axării pe repararea eului lezat. Pe acest fond, dezvoltă multiple momente de regresie și confuzie.

2. Factori de ordin individual, personal

- ❑ Factori de ordin biografic: poziția triangulară în familie, în care subiectul devine preferat de mamă, tatăl preferându-l pe fratele cel mic, comportându-se uneori excesiv față de el. Subiectul dorește să mențină nivelul relațional; realizează o angajare involuntară în reabilitarea simbolică a tatălui său, după un eveniment traumatic semnificativ constatat.
- ❑ Factori legați de etapa de dezvoltare a personalității, în curs de formare și identificare a trăsăturilor caracteriale, de trecere de la atitudinile familiale spre atitudinile sociale consolidate și utile, în cazul subiectului predominând cele intrafamiliale.
- ❑ Tparele comportamentale intrafamiliale determină o oarecare ambiguitate și slăbiciune a identificării cu modelul patern.
- ❑ La această vârstă, a complexelor, predomină tendințele de afirmare și de protejare a stimei de sine. Tendințele subiectului de afirmare erau convergente cu cele ale mamei sale. Rănirea fizică generează o lezare narcisică a Eului, apărând astfel o regresie, care antrenează energia pulsională în direcția restabilirii integrității narcisice a Eului. Energia pulsională se poate descărca doar prin „obiectul” investit afectiv de către subiect, ca urmare, câmpul de conștiință al subiectului se îngustează și se polarizează asupra ideii prevalente de distrugere a factorului cauzator al situației respective. Raportat la simptomatologia psihiatrică este vorba despre o stare de afect patologic.

Motivația intenției agresiv-homicidare – recunoscută de către tânăr – nu se poate înțelege decât dacă admitem o reacție vindicativă la stresul psihic provocat de agresarea fizică, umilirea psihică și excluderea (alungarea) din grupul și mediul situațional, de către victime – pe care-l putem numi „stres victimologic”.

VI. Bibliografie

Nedelcea, C, (2008), *Evaluarea psihologică (psihodiagnoza personalității)- Note de curs*, Editura Credis, București.

*** , (2005), *Ghid de practici instituționale în instrumentarea cauzelor cu minori*, Asociația Alternative Sociale, Iași.

***, *Ghid de practică clinică în psihologie*, Colegiul Psihologilor din România, Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie.

SECVENȚA 3 EVALUAREA DE PARCURS

*Alina Zamoșteanu, Nicolae Marian,
Sița Popa, Mircea Dregheci*



I. Considerații teoretice

Prin *evaluarea psihologică de parcurs* reinvestigăm nevoile și riscurile fiecărei persoane custodiate, pe traseul executării pedepsei privative de libertate. Important este să asociem *reevaluarea persoanelor private de libertate*, în sensul în care cunoașterea se realizează prin aplicarea instrumentelor psihologice, cu informațiile completate de observație, modul de participare la programele și activitățile recomandate de specialiști etc.

Evaluarea periodică se realizează pe parcursul executării pedepsei și are rolul de a evidenția progresele ori regresele înregistrate de persoanele private de libertate în plan psihocomportamental, precum și, după caz, de a identifica alte riscuri și nevoi psihologice.

Pentru realizarea unei evaluări de parcurs a persoanelor private de libertate, psihologul *parcurge următoarele etape*:

- stabilirea scopului și a obiectivelor cu privire la evaluarea psihologică de parcurs;
- analiza datelor existente cu privire la persoana pentru care se realizează evaluarea psihologică – este foarte important nivelul de risc anterior și raportarea riscului actual la cel identificat în urma evaluării psihologice anterior realizate;
- stabilirea instrumentelor de evaluare, în funcție de gradul de urgență, timpul avut la dispoziție pentru evaluare, alte obiective cu același grad de urgență, timpul de cunoaștere și relația terapeutică cu persoana ce urmează a fi evaluată psihologic, particularitățile persoanei;
- stabilirea datei și a intervalului de timp în care se va realiza evaluarea psihologică;
- prezentarea scopului evaluării psihologice și obținerea consimțământului informat;
- evaluarea propriu-zisă;
- scorarea și interpretarea cantitativă și calitativă a rezultatelor obținute;
- elaborarea profilului psihologic sau a raportului psihologic;
- completarea formularelor tip cu concluzii și recomandări de specialitate – *Fișa psihologică*, rapoartele speciale, notele de informare, *Planul individualizat de evaluare și intervenție educativă și terapeutică*;
- completarea concluziilor psihologice în aplicația informatizată *PMSWEB*;
- informarea persoanei private de libertate, cu privire la concluziile evaluării psihologice și a recomandărilor necesare;
- arhivarea protocoalelor, a foilor de răspuns și a materialelor utilizate în activitățile de evaluare psihologică.

II. Demersuri

Evaluarea psihologică, realizată pe parcursul traseului execuțional al persoanelor private de libertate, investighează caracteristicile de personalitate cu influență asupra nevoilor criminogene, a factorilor de risc personal - raportați la siguranța individului, a celorlalte persoane private de libertate, a personalului, dar și la nivel instituțional - precum și al riscului de recidivă.

Poate avea ca scop individualizarea unor condiții legate de cazare, de trecere într-un alt regim de executare a pedepsei privative de libertate, de pregătire pentru liberare ori de măsurare a evoluției înregistrate ca urmare a implicării în programele recomandate anterior, respectiv de stabilire și includere a persoanei private de libertate în noi demersuri recuperative planificate pentru perioada următoare a traseului detenției.

Demersurile evaluării de parcurs oferă date despre evoluția persoanei custodiate, care, ulterior, sunt analizate în cadrul *Comisiei de individualizare a regimului de executare a pedepsei privative de libertate*, la solicitarea *Comisiei de selecție la muncă* în interiorul sau exteriorul spațiului de deținere, a *Comisiei de disciplină* sau la solicitarea instanțelor sau a altor terți, în condițiile Legii de executare a pedepselor privative de libertate.

Evaluarea de parcurs este un proces complex, ale cărui obiective vizează măsurarea evoluției și a modificărilor survenite în sens favorabil sau involutiv, de la ultima analiză a persoanei private de libertate, în special în ceea ce privește:

- *specificul dinamicii afective* a persoanei și a rolului acesteia în funcționarea socială și relațională a persoanei;
- *mecanismele etiopatogenetice* implicate în eventuale disfuncții psihice;
- *situațiile care prezintă risc* pentru persoana privată de libertate, pentru colegii acesteia ori pentru siguranța locului de deținere sau a personalului;
- *resursele personale* pe care se poate baza asistența psihologică și recomandarea unei intervenții de tip recuperativ optime;
- *riscul de victimizare* sau de apariție a unor *vulnerabilități*;
- *oferirea unei prognoze* privind evoluția persoanei în contextul actual de viață și în eventualitatea participării la un program profilactic sau terapeutic.

Investigarea de parcurs respectă **principiile evaluării**:

- *fidelitatea* - clasificarea deținuților trebuie să fie precisă;
- *validitatea* - prognoza acurată a nivelului de risc și a nevoilor subiectului;
- *echitatea* - aplicată în același fel fiecărui individ.

Metode și demersuri investigative

Este necesar ca nevoile și gradul de risc să fie *reevaluate periodic*, conform prevederilor legale, dar și atunci când se pot obține *noi informații relevante domeniului cognitiv, afectiv, comportamental* – îmbunătățirea sau deteriorarea comportamentului, o criză în viața persoanei (generată de hotărârile instanței, mediul de suport familial), urgențe legate de sănătatea mentală sau fizică.

Utilizarea instrumentelor de măsurare specifică:

- *Screeningul de evaluare psihologică*;
- *Interviul clinic semistructurat* SCID I și II;
- *Scala de evaluare globală a funcționării* (GAF);
- testele de determinare a nivelului intelectual – necesare pentru identificarea retardului;
- chestionarele de personalitate;

- chestionarele de sociometrie – pentru identificarea elementelor și a rolurilor în diferite grupuri.

Cu precizarea că *instrumentele de evaluare a riscului sunt cele construite pentru a prognoza comportamentul viitor*, iar *cele de evaluare a nevoilor pentru a descrie cerințele curente*.

În *evaluarea nivelului de risc al persoanei private de libertate*, psihologul ia în calcul factorii a căror evoluție este monitorizată și de către ceilalți membri ai echipei multidisciplinare (educator, preot, ofițer de pază și supraveghere etc. În acest sens, menționăm:

- severitatea condamnării prezente;
- comportamentul în alte pedepse executate;
- statutul în ceea ce privește condamnarea (arestat preventiv, condamnat);
- istoric infracțional;
- tentative anterioare de evadare;
- istoricul abaterilor disciplinare;
- istoric educațional, vocațional;
- istoricul familial, social, relațional.

În *evaluarea nevoilor*, este importantă colaborarea psihologului cu echipa medicală, cu privire la:

- *condiția medicală* (fiziologică);
- *condiție mentală* (psihologică);
- *capacitatea intelectuală*;
- dependența de substanța (droguri, alcool sau substitute).

Consultarea personalului de specialitate (educativ, medical, de pază și supraveghere) și analiza *documentelor specifice* (dosarul de penitenciar, aplicația informatizată) constituie o etapă adiacentă interacțiunii cu persoana privată de libertate, dar extrem de importantă. Astfel, susținem:

- *studiul și analiza concluziilor psihologice* prezentate de specialist, asociate cu evoluția în domeniul educativ, cel al asistenței sociale – date susținute de specialiștii echipei multidisciplinare;
- *studiul produselor activității persoanei*;
- *analiza comportamentală a persoanei* pe timpul executării pedepsei privative de libertate și raportat la perioada evaluată.

III. Particularități

Evaluarea de parcurs a minorilor și tinerilor privați de libertate

Evaluarea de parcurs/periodică a minorilor și tinerilor privați de libertate se realizează în scopul actualizării planului individualizat de evaluare educativă și terapeutică și a asigurării regimului progresiv de executare a pedepsei.

Obiectivele unei astfel de intervenții specializate constau în:

- restructurarea factorilor de modelare negativă;
- reducerea factorilor de risc interni și externi, simultan cu restructurarea și compensarea personalității în condițiile dezvoltării acesteia în continuum social;
- compensarea nevoilor/carențelor personalității individuale;
- înregistrarea evoluției/regresiei;
- detectarea/prevenirea recăderilor.

Evaluarea de parcurs/periodică se realizează obligatoriu o dată la șase luni sau ori de câte ori apar schimbări notabile în comportamentul adolescentului privat de libertate. Din punct de vedere operațional menționăm *două etape* absolut necesare:

- a) *evaluarea periodică* a minorilor/tinerilor, din perspectivă educativă, psihologică, socială și moral-religioasă, consemnarea datelor în *fișele de specialitate* și a recomandărilor în *planul individualizat*, documente gestionate în *dosarul individual* – se realizează cel puțin odată la trei luni, în cazul minorilor sancționați cu măsura educativă a internării într-un centru de reeducare sau la șase luni pentru cei care execută pedepse privative de libertate în penitenciare și penitenciare pentru minori și tineri;
- b) *întocmirea și înregistrarea documentelor de planificare și raportare.*

Intervenția presupune:

- identificarea minorilor/tinerilor care urmează să fie analizați în *Comisia pentru individualizarea regimului de executare a pedepselor privative de libertate* sau în cadrul *Consiliului Profesoral*;
- aplicarea metodelor de evaluare psihologică în baza *Consimțământului informat* al minorului/tânărului privat de libertate;
- expunerea evoluției cazului din punct de vedere psihologic în rubrica specifică din caracterizare, urmărind gradul de îndeplinire a recomandărilor de asistare psihologică din planul individualizat;
- în funcție de rezoluția *Comisiei pentru individualizarea regimului de executare a pedepselor privative de libertate* sau a *Consiliului Profesoral*, se vor întreprinde următoarele demersuri:
 - consiliere psihologică și/sau intervenție în criză (dacă este cazul);
 - continuarea demersurilor specifice, în conformitate cu recomandările cuprinse în documentele menționate, până la reevaluarea subiecților.

IV. Limite

- *de personal* – numărul insuficient de psihologi în unitatea penitenciară;
- *de logistică* – numărul redus al spațiilor adecvate pentru derularea acestui tip de activitate;
- *de timp* – în sensul în care psihologul poate avea foarte puțin timp la dispoziție pentru desfășurarea etapelor de realizare a evaluării de parcurs;
- *de persoane evaluate* – în sensul în care solicitările de evaluare pe unitatea de timp sunt peste cele recomandate de *Colegiul Psihologilor din România* (*maximum 10 persoane evaluate de psiholog în 8 ore*).

V. Riscuri

- de a fi chemat în instanță pentru date și informații ce au fost formulate în calitate de specialist, în documentele oficiale;
- de suprasolicitare a specialiștilor, în acest caz, pe fondul limitelor mai sus amintite, fiind posibilă apariția unor erori predictive în actul de evaluare.

VI. Bibliografie

Șchiopu, U. (2002). *Introducere in psihodiagnostic*, Editura Fundatiei Humanitas.

*** (2006). *Manualul diagnostic si statistic al tulburărilor mintale*, Editura Medicală.

Sadock, B. J, Sadock V. A. (2007). *Manualul de buzunar de psihiatrie clinica*, Editura Medicală.

Dafinoiu, I. (2008). *Personalitatea – Metode de abordare clinica, observatia si interviul*, Editura Polirom.

David, D. (2006). *Tratat de psihoterapii cognitive si comportamentale*, Editura Polirom.

Tudose, F., colab. (2002). *Psihopatologie si psihiatrie pentru psihologi*, Editura Infomedica

Zlate, M. (2002). *Eul si personalitatea*, Editura Trei.

SECVENȚA 4 EVALUAREA FINALĂ

*Alina Zamoșteanu, Alina Decsei-Radu, Emilia Topală,
Nicoleta Cernica, Eliza Vulpescu, Mircea Dreghici*



I. Considerații teoretice

Evaluarea finală a persoanelor private de libertate reprezintă ultimul demers de specialitate realizat înainte ca persoana privată de libertate să fie analizată în cadrul *Comisiei de propuneri pentru liberare condiționată*.

În vederea evaluării finale, psihologul se focusează pe două aspecte:

- a) identificarea progreselor înregistrate de persoanele custodiate în plan atitudinal și comportamental în timpul executării pedepsei;
- b) întocmirea documentelor specifice ce urmează a fi prezentate *Comisiei de propuneri pentru liberare condiționată*.

II. Demersuri

Evaluarea finală se realizează la sfârșitul executării pedepsei și analizează evoluția persoanelor private de libertate ca urmare a parcurgerii demersurilor de asistență psihologică.

Scopul evaluării finale este circumscris identificării principalelor elemente de semnificație, din perspectiva modificărilor cognitiv-comportamentale, fiind totodată parte a procesului de facilitare a reinsertiei sociale a persoanelor private de libertate.

Obiectivele evaluării finale vizează:

- analiza evoluției indicatorilor calitativi și cantitativi stabiliți, consecutiv evaluării inițiale și a celor de parcurs, în sensul măsurării progresului sau a regresului înregistrat;

- analiza abilităților psihologice și sociale dobândite de persoanele private de libertate pe parcursul executării pedepsei, ca urmare a participării la demersurile recuperative sau, dimpotrivă, a comportamentelor disfuncționale dezvoltate.
- Eficiența intervenției psihologice acordată persoanei custodiata, la finalul traseului execuțional penal, măsoară:
- corectitudinea și adecvarea recomandărilor formulate în planul individualizat;
 - gradul în care obiectivele formulate au fost atinse;
 - relevanța clinică a tehnicilor de consiliere/terapeutice utilizate;
 - acuratețea aplicării practice a demersurilor.
- Așa încât, nereușita planului individualizat ne indică existența unor deficiențe la nivelul unuia sau mai multor parametri, dintre cei menționați mai sus.

Metodologia

1. Documentarea din surse specifice.
2. Aplicarea tehnicilor psihodiagnostice și a instrumentelor specifice de evaluare în baza consimțământului informat al persoanei private de libertate.
3. Formularea concluziilor evaluării finale, cu referire la evoluția înregistrată de persoana privată de libertate în plan psihologic, pe parcursul traseului execuțional, prin raportare la evaluarea inițială și evaluările intermediare, urmărind:
 - a) gradul de îndeplinire a recomandărilor de asistare psihologică din *Planul individualizat de evaluare și intervenție educativă și terapeutică*;
 - b) nivelul motivației pentru schimbare;
 - c) nivelul riscului pe care îl prezintă pentru comunitate și/sau pentru sine (risc de recidivă generală și specifică), în funcție de factorii statici și dinamici identificați,
 - d) strategiile de coping utilizate în condiții de stres/situații frustrante;
 - e) gradul în care persoana privată de libertate și-a construit pattern-uri comportamentale de răspuns pozitiv la factori activatori ai comportamentelor antisociale;
 - f) identificarea de soluții și resurse valide care să vină în întâmpinarea nevoilor individuale determinate de revenirea în comunitate;
 - g) informații legate de nevoile criminogene direct relaționate cu infracțiunea;
 - h) planurile de viitor ale persoanei private de libertate și perspectivele de reintegrare socială.
4. Prezentarea concluziilor evaluării finale *Comisiei de propuneri pentru liberare condiționată*.
5. În funcție de rezoluția *Comisiei de propuneri pentru liberare condiționată* și de decizia instanței de judecată, se vor întreprinde următoarele demersuri:
 - a) dacă propunerea comisiei a fost „*admis*”, persoana custodiată va finaliza programul de pregătire pentru liberare conform planificării prealabile și va beneficia de pregătire/consiliere psihologică în vederea diminuării influențelor negative ce se pot exercita asupra sa la revenirea în comunitate;
 - b) dacă propunerea comisiei a fost „*respins*”, se va asigura intervenția în criză (dacă este cazul) și vor fi continuate demersurile specifice în conformitate cu recomandările cuprinse în planul individualizat.

III. Particularități

Evaluarea finală a minorilor și tinerilor privați de libertate

Scopul este de a:

- măsura schimbările survenite în conduita minorului / tânărului asistat;
- analiza rezultatelor intervenției psihologice, în vederea surprinderii eficienței acesteia.

Obiectivele sunt centrate pe:

- analiza evoluției indicatorilor calitativi și cantitativi pe traseul execuțional penal;
- analiza riscului de recidivă.

În principiu, pentru a surprinde cât mai clar evoluția înregistrată de adolescentul custodiat, este necesar a se relua metodele și tehnicile din evaluarea inițială: interviul, observația, chestionarele standardizate, testele.

În cadrul acestei etape, un element important este cel de înregistrare a rezultatelor obținute. Evaluarea rezultatelor în această etapă se face prin două modalități:

- subiectiv (*de ex.*: declarațiile / autoevaluarea minorului / tânărului);
- obiectiv (înregistrarea manifestărilor comportamentale sau frecvenței simptomelor pe parcursul intervenției, utilizând un instrumentar psihologic riguros).

În vederea pregătirii demersurilor cantitative și calitative ale evaluărilor de final, luăm în calcul existența indicatorilor calitativi, cantitativi și ai riscurilor de recădere.

a) Indicatori calitativi

-*Indicatori generali*, care măsoară capacitatea de reechilibrare în plan psihocomportamental (cognitiv, comportamental, emoțional).

- *Indicatori specifici*, care măsoară:

- capacitatea de implicare în intervențiile specifice (individuale / de grup),
- capacitatea de autonomie individuală (deprinderi personale, rezolvare de probleme etc.),
- gradul de adaptabilitate la mediu,
- ameliorările în plan emoțional, afectiv, volitiv, motivațional, perceptual,
- acceptarea imaginii de sine.
- Efectele intervenției psihologice asupra adolescentului vizează următoarele transformări la nivelul personalității și comportamentului:
- evoluează spre o stare de acord intern complet, este deschis la experiența sa și mai puțin defensiv; devine autentic;
- percepțiile sale asupra lumii interne și lumii externe devin mai realiste, mai obiective;
- devine capabil să-și rezolve singur problemele;
- funcționalitatea psihică se ameliorează și se dezvoltă în sens optimal, schimbările producându-se în structura reprezentării eu-lui;
- percepția eu-lui ideal este mai realistă și în mare parte realizabilă, în felul acesta crescând acordul între eu și eul ideal;
- stima de sine crește;
- nevoia de a distorsiona experiențele scade;
- crește toleranța și acceptarea;
- cu cât numărul și varietatea experiențelor compatibile cu imaginea de sine crește, cu atât numărul comportamentelor acceptate crește, de asemenea, minorul se percepe ca fiind apt să se controleze și să-și dirijeze comportamentul;

- evaluarea comportamentelor minorului de către terțe persoane este favorabilă, minorul fiind considerat ca maturizat și socializat.

b) Indicatori cantitativi

Vizează numărul de abateri de la normele de conviețuire socială, pe parcursul intervenției, precum și numărul programelor finalizate în mod eficient de adolescent.

c) Indicatori ai riscurilor de recădere

În evaluarea finală a intervenției psihologice asupra unui adolescent privat de libertate, este necesară și analiza riscului de recădere / recidivă. Aceasta poate fi estimată însă doar cu o rezervă semnificativă. Există o serie de situații indeterminate, care pot favoriza sau precipita producerea unor fapte infracționale. Analiza comportamentului implică și precizări legate de: factori predispozanți, alegerea victimei, factori dezinhibitori, factori precipitatori etc.

În urma analizei acestor indicatori – calitativi, cantitativi, de risc de recidivă, se formulează concluziile psihologului responsabil de caz, concluzii ce vor fi susținute în cadrul *Consiliului Profesoral / Comisia de liberare condiționată*, în vederea propunerilor de punere în libertate a minorului/tânărului în cauză.

Limite

- Nivelul intelectual diminuat al minorilor asistați, inclusiv gradul scăzut de autoanaliză.
- Competențele profesionale ale specialiștilor implicați în intervenția psihologică a minorilor privați de libertate.
- În situațiile de reușită a intervenției psihologice, asistența post-penală foarte slab conturată în societatea românească nu oferă o continuitate și o consolidare a achizițiilor dobândite în timpul internării în centrul de reeducare/penitenciar de minori și tineri.

Riscuri

- Dificultatea de a finaliza relația terapeutică, conform obiectivelor stabilite.
- Riscul de reiterare a conduitei delincvente/risc de recidivă, care depinde și de factori conjuncturali și nu poate fi estimat cu exactitate, pentru a se putea interveni din timp.
- În timpul internării în centrul de reeducare se creează un anumit standard de viață pentru minorii asistați, standard pe care mulți dintre aceștia nu-l vor putea atinge după liberare, fapt ce creează tensiuni intrapersonale în perioada pregătirii pentru liberare. Aceste tensiuni se pot manifesta voluntar sau involuntar într-o serie de conduite neadecvate, care pot denatura evaluarea finală a intervenției psihologice.
- Minorul asistat se poate situa într-o relație de dependență în raport cu psihologul, datorită atenției pe care o primește din partea acestuia și pe care nu a mai experimentat-o în alte relații.

IV. Limite

Referitor la recidiviștii care săvârșesc același tip de infracțiuni, menționăm că aceștia dezvoltă un ansamblu de raționalizări pentru comportamentul lor antisocial, care se centrează pe neutralizarea aderării la normele sociale și pentru a putea comite faptele antisociale. Din această perspectivă, reușita recuperării psihosociale constituie o problemă.

- Evaluarea finală a persoanelor private de libertate nou venite prin transfer poate fi mai dificilă datorită necunoașterii exacte a evoluției lor pe parcursul traseului execuțional penal.
- Lipsa unor instrumente de evaluare psihologică care să reprezinte standardul minimal pentru evaluarea finală, prin care să se asigure o practică unitară în toate unitățile penitenciare.

V. Riscuri

- *Ruperea relației terapeutice*, mai ales în cazul persoanelor private de libertate pentru care a fost propusă amânarea de către Comisia pentru liberare condiționată.
- *Factorii majori de risc pentru recidivism* sunt: dependența persoanei de abuzul de substanțe, lipsa perspectivei unui loc de muncă, lipsa auto-controlului, tulburări mentale și de personalitate, deprinderi deficiente de relaționare, asocierea cu persoane deviante, lipsa rețelei de suport social (familie, locuință / un centru de adăpost permanent).
- *Formulăm atenționări speciale* cu privire la riscul pentru un comportament agresiv în tulburările de personalitate. *De exemplu:* tulburările de personalitate din clusterul B (tulburarea de personalitate antisocială și borderline) se asociază cu agresivitatea și comportamentul violent.

Recomandăm cele șase principii, elaborate de Taxman, Young și Byrne (2004), care se pot constitui în dimensiuni ale evaluării finale pentru persoana custodiată, prin următorii indicatori de risc:

1. este susținută sau nu de un suport social adecvat (familie sau prieteni ori sprijinul unor organizații neguvernamentale / instituții specializate);
2. a participat sau nu la programe cu o durată suficientă (spre un an de zile), ținând cont de faptul că schimbările comportamentale se petrec în timp;
3. durata, frecvența, intensitatea intervențiilor au fost ajustate sau nu în funcție de nivelul de risc și de nevoile individului;
4. intervențiile specializate, de care a beneficiat, au fost adecvate sau nu nevoilor speciale ale individului;
5. există sau nu posibilitatea continuării serviciilor primite, în penitenciar, la nivel de comunitate;
6. își asumă sau nu responsabilitatea pentru faptele comise și are așteptări legate de un stil de viață care să nu implice comiterea de infracțiuni.

STUDIU DE CAZ I - evaluare finală adult

Date personale

- Persoana privată de libertate C.D. are 48 de ani, stare civilă – căsătorit, 4 copii majori, studii – 6 clase absolvite, calificare profesională șofer, ocupația la arestare șofer, ortodox.
- Este condamnat la executarea unei pedepse privative de libertate de 8 ani pentru trafic de persoane (L.678/2001). Nu figurează ca având antecedente penale în fișa de cazier judiciar.

Mediul social de proveniență și antecedente comportamentale

- Subiectul provine dintr-o familie monoparentală, cu 2 frați, dintre care unul decedat, mediu familial de origine stabil, cu relații normale.
- Pe parcursul dezvoltării personalității deținutului nu au intervenit elemente cu semnificație deosebită, dar a declarat că tatăl său a executat o pedeapsă cu privare de libertate de 8 ani, pentru tentativă de omor, înainte de anul 1989. Neagă consumul de alcool sau droguri, de asemenea neagă antecedentele psihiatrice.

Istoricul cazului

- Pe perioada observării - carantinei, subiectul a fost evaluat psihologic inițial pentru întocmirea Planului de evaluare și intervenție educativă și terapeutică, utilizând interviul semistrukturat, observația directă, testul arborelui și i-a fost recomandată consiliere psihologică.
- Evaluarea inițială a relevat că este un subiect cu un nivel mediu de sociabilitate, fără tendințe de dominare sau autoritarism în relaționare.
- Evaluările intermediare realizate periodic (la 6 luni) nu au relevat modificări semnificative sau aspecte care să necesite intervenție pe problematică specifică, subiectul fiind stabil emoțional, cu o conduită de consimțire a normelor carcerale, fără manifestări psihopatologice evidente și observabile, fără dificultăți majore în plan cognitiv.

Evaluarea finală în vederea analizării în Comisia de propuneri pentru liberare condiționată a relevat următoarele aspecte:

- motivație pentru schimbare predominant intrinsecă, fapt demonstrat și de participarea continuă la programele de educație din oferta penitenciarelor care l-au custodiat (educație civică, educație prin sport, educație pentru sănătate, calificare profesională - legumicultor), pe care le-a finalizat cu calificativul „foarte bine”,
- pe parcursul executării pedepsei a fost preocupat de dezvoltarea abilităților prosociale și a dezvoltării deprinderilor lucrative,
- în cadrul evaluării finale a fost evidențiat riscul scăzut de recidivă, atât prin raportare la nevoile criminogene, cât și din perspectiva posibilităților de reintegrare socială,
- discutarea planurilor de viitor a relevat perspective reale de reintegrare socială, atât sub aspectul motivației, cât și sub aspectul capacităților și oportunităților personale, beneficiind de suport emoțional și instrumental după liberare,
- ca urmare a concluziilor evaluării finale, persoana privată de libertate a fost propusă pentru liberare condiționată, rezoluție menținută de instanța de judecată.

Problematica abordată în cadrul consilierii individuale a constatat în:

- identificarea funcțiilor îndeplinite de comportamentul infracțional și înlocuirea comportamentelor dezadaptative cu comportamente adaptative,
- dezvoltarea abilităților de relaționare socială ,
- dezvoltarea deprinderilor de luare de decizii responsabile în situații de presiune negativă a grupului și dezvoltarea deprinderii de a spune „NU”,
- explorarea consecințelor, beneficiilor și riscurilor acțiunilor alternative,
- dezvoltarea gândirii pozitive,
- dezvoltarea rețelei de suport social și întărirea relației cu familia.

STUDIU DE CAZ II - evaluare finală minor

Minorul M. F. este internat în centru de reeducare, în data de 07.10.2008, conform art.104 Cod Penal, pentru săvârșirea infracțiunii de tentativă de omor.

Minorul provine dintr-o familie legal constituită, cu o imagine bună în comunitate, însă cu o situație materială precară. Familia locuiește în casa bunicilor paterni, modestă, însă, corespunzător întreținută.

Tatăl, în vârstă de 38 ani, absolvent a 10 clase lucrează ca tractorist la o societate comercială, iar mama în vârstă de 35 ani, absolventă a 8 clase este casnică. Minorul mai are un frate, A., elev în clasa a doua. A fost crescut de părinți și bunicii paterni, într-un climat liniștit, însă fără un suport material corespunzător, fiind nevoit să presteze diverse munci.

În jurul vârstei de 14 ani, sub influența unui grup de prieteni cu conduite indezirabile, minorul a ajuns să consume tutun și alcool ocazional. De altfel, infracțiunea de tentativă de omor, pentru care i s-a aplicat măsura educativă a internării într-un centru de reeducare, a fost comisă sub influența băuturilor alcoolice. Menționăm că se află la prima abatere de la normele penale.

Încă de la începutul perioadei de internare, minorul M.F. a manifestat o conduită adecvată, adaptându-se cu ușurință la normele din centru. Este cooperant și respectuos, iar în relația cu colegii este tolerant și evită conflictele. Menține o bună legătură cu familia prin vizite, corespondență și telefon.

În urma solicitării minorului de a-și continua cursurile școlare în comunitate, conform Decretului nr. 545/1972, Consiliul Profesorat al centrului de reeducare și Consiliul Administrativ al Grupul Școlar X au aprobat înscrierea elevului în clasa a-IX-a la un liceu.

Astfel, începând cu data de 09.02.2009, elevul M.F. a urmat cursurile școlare în comunitate, la liceul amintit. Din discuțiile purtate cu cadrele didactice, am constatat că acesta dovedește interes pentru învățătură, se implică în cadrul activităților interactive derulate la clasă, este respectuos, întreține relații de

prietenie cu colegii, iar rezultatele la învățătură sunt bune.

Pentru conduita sa adecvată, minorul a fost învoit în familie în timpul vacanțelor școlare, conform art.22, lit.f) din Decretul nr. 545/1972.

În urma evaluării finale a Planului individual de intervenție recuperativă al adolescentului, precum și a perspectivelor de reintegrare în comunitate, specialiștii din echipa multidisciplinară au prezentat concluziile lor favorabile în Consiliul Profesorat al centrului de reeducare, stabilindu-se, astfel, sesizarea instanței în vederea liberării minorului înainte de împlinirea vârstei de 18 ani, conform art.107 C.P.

Din evaluarea finală realizată de psihologul centrului, reiese faptul că obiectivele propuse (stabilizarea impulsivității comportamentale, diminuarea riscului de recădere în consumul de alcool, învățarea tehnicilor de autocontrol, identificării și modificării raționamentelor eronate legate de ideea de a epata în fața semenilor, achiziționarea unor abilități adaptative de relaționare și rezolvare de probleme) au fost atinse. Minorul a participat cu interes la toate ședințele din programele de intervenție psihologică (programul destinat minorilor care au comis fapte cu violență și programul destinat minorilor foști consumatori de droguri).

VI. Bibliografie

Băban, A., colab. (2001). *Consiliere educațională, Ghid metodologic pentru orele de dirigiență și consiliere* Cluj-Napoca, Editura Ardealul, Cluj Napoca.

Durnescu, I. (edit.) (2001). *Manualul consilierului de reintegrare socială și supraveghere*, Editura Sitech, Craiova.

Păunescu, C. (1984). *Coordonate metodologice ale recuperării minorului inadapdat*, Editura Didactică și Pedagogică, București.

Pripp, C., Zamoșteanu, A. (2009). *Program specific de asistență psihosocială destinat persoanelor cu afecțiuni psihice*, Print&Grafic, București.

Tennant, A., Howells, K. (2010) *Using Time, Not Doing Time: Practitioner Perspectives on Personality Disorder and Risk*, John Wiley & Sons, Ltd.

SECVENȚA 5 RELAȚIA TERAPEUTICĂ

Cristina Pripp, Alina Decsei-Radu, Maria Gruică



I. Conceptualizarea perspectivei

Intervențiile specializate, realizate în regim individual sau de grup, fie că este vorba despre evaluarea psihologică a persoanelor private de libertate ori de furnizarea asistenței psihologice (consiliere și psihoterapie în limitele competenței, în situații de criză) sunt determinate de raportul de colaborare stabilit de specialist cu persoana privată de libertate.

Indiferent de numele pe care îl poartă – relație sau alianță terapeutică/de lucru ori raport de colaborare - este ingredientul activ al procesului de recuperare psihosocială a persoanei private de libertate, produsul negociat al influenței reciproce și necesită un efort personal din partea ambilor membri ai relației: psiholog și persoană custodiată.

Numărul membrilor diferă: astfel, în ședințele individuale se constituie diada terapeut - persoană custodiată, iar în cadrul grupurilor, prezența mai multor indivizi indică tot atâtea raporturi de colaborare cu psihologul. De asemenea, poate participa un terapeut sau este necesară prezența mai multor specialiști (co-terapeuți).

Relația terapeutică este procesul continuu de negociere între două subiectivități diferite, care are loc la nivel conștient și inconștient, fiind simultan precondiția pentru implementarea unor intervenții specifice, dar și calea de exercitare a persuasiunii și a influenței sociale a profesionistului.

Condițiile care fundamentează o relație terapeutică sunt: empatia, congruența, acceptarea necondiționată, profesionalismul (Rogers, 2003, apud Cungi, 2008).

Este datoria psihologului să stabilească o relație în cadrul căreia ambii membri să se simtă în siguranță pentru a interacționa autentic și spontan. Calitatea acestei relații poate fi terapeutică în sine, dar rămâne în esență o relație plină de responsabilități și incertitudini pentru ambele părți.

Psihologul observă și analizează persoana custodiată, modul în care decurg ședințele (emoții, sentimente, gânduri, la nivel verbal și nonverbal, reacții directe sau camuflete, inhibiții, reactanțe deoarece toate influențează direct sau indirect procesul terapeutic) și tipul de relație care se instalează (simetrică – subiectul și psihologul adoptă o relație în oglindă, simetriile putând fi prietenoase/agresive – și complementară –

comportamentul fiecăruia îl completează pe al celuilalt). O relație terapeutică funcțională presupune o alternanță adaptată procesului terapeutic, între limitele *simetriei* și *complementarității*.

Limite

- Blocajele în relație apar când sunt atinse extremele – cu predominanță *simetrică* ori *complementară* – însoțite fiind de creșterea exponențială a rezistențelor sau a reactanțelor.

Riscuri

- Pentru remedierea *simetriei* unei relații terapeutice se recomandă: calmarea și ascultarea empatică – pentru a facilita înțelegerea argumentelor interlocutorului și, mai ales, acolo unde are dreptate, a-i sublinia acest aspect.
- Dacă se accentuează *complementaritatea*, terapeutul poate opta pentru adoptarea unui comportament în oglindă cu cel al subiectului ori pentru varianta de a-i oferi poziția de specialist în legătură cu sine și cu situația în care se află.

Capcane de relaționare:

- interogarea într-o manieră administrativă;
- persuadarea excesivă a subiectului;
- dezbateră in-extenso;
- determinarea persoanei custodiata să spună ceea ce se așteaptă de la el;
- minimalizarea unei probleme realiste;
- lucrul în locul persoanei custodiata (*un terapeut care lucrează prea mult are, adesea, în fața lui un subiect neimplicat*);
- avansarea prea lentă sau prea rapidă.

Rolul psihologului în relație

Psihologul poate fi descris nu numai de *caracteristici pozitive* – empatie, cordialitate, flexibilitate, autenticitate, onestitate, securitate, integritate, răbdare, creativitate, intuiție, perseverență, obiectivitate, relaționare –, dar și de *particularități*, inerente unor contexte sau de durată, cum ar fi: rigiditate, critică, auto-dezvăluiri nepotrivite, ostilitate.

Aceste *limite, despre care vorbim ca și particularități*, țin de personalitatea psihologului în raport direct cu mediul penitenciar, dar *nu trebuie să depășească zona pragmatică a profesionistului*, care este caracterizată prin: profesionalism, competența în formare, statutul, capacitatea de expertiză (evaluare și conceptualizare), credibilitate. Particularitățile negative sunt în măsură să blocheze fluxul relației terapeutice.

Intervenții pozitive ale terapeutului:

- conștientizează reacțiile emoționale față de persoana custodiata;
- recunoaște problemele în cadrul relațiilor (terapeutice) stabilite,
- empatizează cu persoana custodiata;
- încurajează explorarea emoțiilor experimentate de persoana custodiata;
- cere scuze și își asumă responsabilitatea când este cazul;
- face interpretări relaționale când acestea se pretează;
- comunică faptul că furia este normală în contextul relațiilor apropiate.

Intervenții negative ale terapeutului:

- menține o poziție dogmatică și nu răspunde la emoțiile persoanei;
- învinovățește;
- presează persoana pentru a răspunde;
- schimbă prea des strategiile;
- nu răspunde, cere scuze nesincer, răspunde furios, se dezvăluie ostil;
- presează prea devreme pentru insight, spune subiectului ce să facă;
- nu conceptualizează acurat, este mult prea directiv pentru a putea susține persoanele custodiate.

Depășirea granițelor constituie deviații tranzitorii de la practica generală, care nu fac rău relației terapeutice, chiar pot promova sau facilita succesul. *De exemplu: a oferi persoanei care plânge un șervețel, a ajuta pe cineva să se ridice, a răspunde la întrebări selectate de natură personală.*

Violarea granițelor constituie deviații grave de la parametrii normali ai intervenției terapeutice, deviații care pot face rău persoanei custodiate. *De exemplu: a folosi persoana custodiată din punct de vedere financiar (a-l escroca, a-i condiționa un serviciu contra unei sume de bani etc.), a-l folosi pentru ca terapeutul să-și alimenteze nevoile narcisistice sau de dependență, a-i cere servicii sau a se angaja în relații sexuale.*

Întotdeauna este important să explorăm impactul acțiunilor, să maximalizăm utilitatea lor terapeutică, dar și să detectăm și să neutralizăm orice dificultăți ale subiectului (evident, în contextul terapeutic).

Factori de risc pentru terapeut: crize existențiale, situații de tranziție personală, boală, singurătate și impulsul de a se încrede în cineva, idealizarea unui pacient special, mândrie, rușine, invidie, probleme în stabilirea limitelor de relaționare, negare, *a lucra într-o comunitate mică unde toți membrii se cunosc și socializează*. Menționăm că factorii de risc sunt în măsură să perturbe *condițiile care determină relația terapeutică (empatia, congruența, acceptarea necondiționată, profesionalismul)*.

Rolul persoanei custodiate în relația terapeutică

La *persoana privată de libertate* s-au evidențiat factori care pot influența formarea și menținerea relației terapeutice în sens pozitiv sau negativ:

- severitatea patologiei, prezența unor tulburări de personalitate (borderline și antisociale), abuzuri severe suferite în copilărie, așteptările prea ridicate cu privire la terapie, locus-ul controlului extern și o capacitate scăzută de control al impulsurilor, ostilitate, răceală, evitare socială, lipsa de asertivitate - constituie *blocaje în alianța terapeutică*;
- motivația pentru terapie, nevoia de auto-dezvăluire, nivelul optim de autoeficacitate percepută, capacitatea de a stimula încrederea în relație, atașamentul sigur și complementaritatea stilului interpersonal dintre terapeut și pacient - reprezintă *asocieri pozitive*.

Persoana custodiată, după demararea colaborării, din perspectiva comunicării verbale și non-verbale, îl fixează mai puțin pe psiholog și atenția sa este orientată mai mult pe ceea ce povestește.

Contribuții pozitive ale persoanei custodiate:

- încredere în terapeut și nivelul ridicat de siguranță resimțit;
- comunică reacțiile negative;
- emoții cu privire la relație;
- acceptă scuzele terapeutului și înțelege perspectiva acestuia.

Contribuții negative ale persoanei custodiate:

- ostilitate;

- tulburări de personalitate (pentru mai mult de 50% dintre deținuți, acesta este, de altfel, motivul pentru care se află în terapie);
- probleme în legătură cu figurile centrale;
- defensivitate.

Sursele teoretice, Orlinsky și Howard (1986, apud. Trip, 2007), susțin că, asupra procesului de consiliere sau de psihoterapie, *influența cea mai mare o au factorii din exterior și cea mai mică, tipul de tehnică:*

- factori extraterapeutici - reprezintă 40% din reușite persoanei implicate.
- relația terapeutică - centrată pe 30%,
- expectanțele - situate la 15%,
- tehnicile - justifică doar 15%.

II. Demersuri

a) Scopul relației terapeutice este de a ficientiza intervenția prin activarea condițiilor și a factorilor facilitatori și de a delimita cadrul de exercitare a influenței sociale în asistarea persoanei custodiate.

b) Obiectivele relației terapeutice subscriu scopurilor asumate de intervenția în cauză și pot fi orientate:

- pe termen scurt – asigură rezolvarea problemelor imediate, situațiile de criză și intervenția propriu-zisă,
- pe termen lung – asigură menținerea progreselor înregistrate și prevenția recăderilor și a recidivelor.

c) Metodologia constituirii și dezvoltării unei relații terapeutice

Recomandăm *stadiile schimbării după Prochaska, DiClemente, Norcross (1992, apud Walters & colab., 2007)* în evaluarea atitudinii persoanei custodiate față de problema cu care se confruntă.

1) Precontemplarea – problema nu este conștientizată: „Nu cred că am o problemă, de ce sunt aici?”

Recomandare: insistarea pe formarea relației terapeutice, pe promovarea auto-dezvăluirii prin acceptare, pe distincția persoană - comportament.

2) Contemplarea – stadiu de ambivalență cu privire la schimbare, problemă sau impactul ei: „Am greșit puțin, dar ...”

Recomandare: funcționează analiza costuri-beneficii (balanța decizională) și interviul motivațional ca și modalitate de măsurare a creșterii motivației pentru terapie.

3) Determinarea – recunoaște problema și își ia angajamentul pentru schimbare: „Voi face ceva, dar întâi ...”

Recomandare: prezentarea mai multor opțiuni pentru a lua în calcul schimbarea.

4) Acțiunea – participare activă în modificarea comportamentelor.

Recomandare: acordarea de întăriri pentru pașii pozitivi înregistrați.

5) Mentținerea – perseverență și evoluție favorabilă

Recomandare: follow-up, planuri personalizate de prevenție a recăderilor.

6) Recăderea – reapariția vechiului comportament problematic.

Recomandare: identificarea motivului recăderii.

Succes sau nereușită

O relație terapeutică puternică este asociată cu succesul intervenției în: tulburările depresive, schizofrenie, dependența de substanțe, tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea bipolară, complianța la tratamentul medicamentos.

Dificultățile în stabilirea relației terapeutice sunt asociate în special cu anorexia, tulburarea bipolară, faza maniacală, în general, tulburările de personalitate și la persoanele cu dificultăți în a se deschide și a vorbi despre ele.

Exemplificăm: Intervenția în tulburările de personalitate este posibil să necesite mai mult timp pentru a construi alianța, persoanelor custodiate fiindu-le dificil să aibă încredere, deoarece sunt rezervate în a împărtăși gândurile și emoțiile pentru situații problematice, percepția asupra terapeutului poate fi uneori plină de prejudecăți, distorsionată, iar comportamentele interpersonale disfuncționale se vor manifesta și în relația terapeutică.

Susținem eficiența utilizării tehnicilor **Interviului motivațional**

De foarte multe ori, persoanele custodiate, chiar și atunci când solicită, dar cu atât mai mult când sunt îndrumate spre intervențiile terapeutice, își doresc prea puțin schimbarea, sunt destul de neîncrezătoare de ceea ce le poate „oferi instituția”, dar foarte importantă li se pare a fi activitatea prin diversificarea timpului carceral (*ambivalența cu privire la schimbare*).

Utilizarea *interviului motivațional de sorginte umanistă* se recomandă în fazele incipiente ale terapiei.

Scop: creșterea motivației pentru schimbare și reducerea ambivalenței (a temerilor, a ezitărilor, a ideilor contradictorii).

Recomandări (conform Taxman & colab., 2007):

- interviul motivațional trebuie să se bazeze, în mare parte, pe reflectarea punctului de vedere al persoanei custodiate;
- din perspectiva terapeutului este foarte important ca, pe parcursul interviului, să fim empatici cu persoana custodiată, să încercăm să vedem lucrurile prin prisma sa;
- trebuie să ne asigurăm că folosim cât mai multe întrebări deschise (ce, cum, care, ai putea, de ce, exemplu concret), dar că nu vorbim mai mult decât persoana custodiată;
- reflectăm emoțiile subiectului și parafrazăm informațiile pe care ni le transmite;
- foarte important este să fim suportivi și să nu intrăm în contradicție cu persoana custodiată și să nu o presăm pentru a face schimbarea (soluția este să activăm resursele persoanei și să o încurajăm pentru a face schimbarea în ritmul său - important este să se simtă susținută și nu presată).

Posibile întrebări adresate pe parcursul unui astfel de interviu motivațional:

1. Care este problema cu care se confruntă?
2. Când a apărut această problemă?
3. Cât de intensă este?
4. Un exemplu concret de situație în care problema se manifestă?
5. Ce părere are subiectul cu privire la problema aceasta?

6. Care este cauza pe care o consideră responsabilă de apariția și menținerea problemei?
7. Ce speră să obțină în urma intervenției de specialitate?
8. Care sunt dorințele și așteptările cu privire la consiliere/intervenția de tip psihoterapeutic?
9. Care sunt resursele pe care clientul le are pentru a obține schimbarea? Punctați aceste resurse.
10. În ce măsură, subiectul consideră că are controlul asupra problemei sale? Punctați ideea că are control asupra acesteia.
11. Cât de convins este subiectul că poate realiza schimbarea?
12. Cât de mult își dorește schimbarea?
13. Ce alți beneficiari ar fi, în cazul în care subiectul obține schimbarea?
14. Care dintre persoanele semnificative din viața lui (ei) ar beneficia de pe urma schimbării?
15. Ce are de pierdut dacă lasă problema să se manifeste?
16. Ce are de câștigat pe termen scurt sau în aparență din manifestarea problemei?
17. Care sunt lucrurile cele mai importante pe care le pierde prin această problemă?
18. Ce are de câștigat dacă nu se mai manifestă?
19. Cum ar arăta o zi din viața sa dacă problema nu ar mai fi?
20. Dacă ar decide să facă ceva, care ar fi pașii concreți de parcurs?
21. Care ar fi primul pas pe care ar fi dispus să îl încerce?
22. Ce și cine l-ar putea ajuta pe parcursul încercării de schimbare?
23. Cât de potrivit i se pare acest moment din viața sa pentru a începe schimbarea?

Ghid de colaborare în intervenția psihologică:

- specifice etapelor inițiale ale asistenței psihologice sunt *Consimțământul informat* sau/și *Contractul terapeutic*;
- este foarte important să fie abordată, încă de la începutul intervenției, *asumarea responsabilității de a participa la terapie* de către persoana privată de libertate, deși uneori motivația va fi una limitată, iar alteori va fi resimțită dorința de a renunța;
- intervenția psihoterapeutică trebuie să se focalizeze pe *scopuri ce trebuie realizate după liberare*, pe îmbunătățirea relațiilor sociale și familiale, pe învățarea unor noi deprinderi de coping;
- *scopurile terapiei* trebuie să fie mutual acceptate și organizate secvențial, rezonabil, realist, cu sens;
- *amenințările nu funcționează*, iar dacă psihologul nu reușește să motiveze subiectul relației terapeutice cel mai indicat ar fi să renunțe sau să cedeze cazul unui alt coleg;
- *motivația de schimbare* trebuie construită împreună cu subiectul, acesta trebuie *asigurat că schimbându-se are șanse reale* de a nu mai săvârși alte fapte pe viitor;
- uneori, rezistența persoanei private de libertate față de asistența oferită de psiholog se explică prin faptul că nu a beneficiat de relații satisfăcătoare din punct de vedere emoțional, informații ce se pot dovedi utile pentru derularea demersurilor ulterioare;
- *relația terapeutică este constituită* după ce s-a clădit un raport bun și solid cu subiectul, atunci când manifestă încredere implicită în psihologul său,
- *încrederea* conduce la deschidere în condiții de confidențialitate, deschidere greu de realizat inițial, când persoana nu simte nevoia implicării în terapie,
- raportul asupra progreselor terapeutice înregistrate constituie o obligație instituțională și, deși se realizează la cel mai general mod, poate stârni suspiciunea și neîncrederea subiectului,

- este important, în acest context, să fie *rediscutate limitele confidențialității și să se răspundă la toate întrebările subiectului*,
- *psihologul trebuie să evite discuțiile în contradictoriu și asocierea cu figurile sau cu instanțele (comisii de disciplină), care reprezintă autoritate sau care exercită autoritate asupra persoanei custodiate*,
- *chestiunile etice și morale sunt greu de abordat în intervenția psihologică*,
- *confruntarea cu consecințele propriului comportament* constituie cea mai eficientă modalitate de schimbare, deși adesea acest lucru presupune reamintirea traseului de judecată a faptei,
- opinia că persoanele diagnosticate cu tulburare de personalitate de tip antisocial sunt la fel ca orice altă persoană, doar mai dificilă, constituie o *subestimare majoră*,
- persoanele diagnosticate cu tulburare de personalitate de tip antisocial își conceptualizează problemele ca fiind *rezultatul inabilității altor oameni de a-i accepta sau a dorinței de a le limita libertatea*,
- cel mai adesea este indicat ca intervenția să se focalizeze pe *comportamentul antisocial și lipsa emoțiilor* (cu accent pe remușcare, compasiune etc.), astfel încât să dobândească un nivel mai ridicat de accesibilitate cu privire la propriile emoții, să le identifice și să le experimenteze corect,
- *cultivarea altor emoții în afară de furie și frustrare* este adesea benefică, astfel individul învață să experimenteze o gamă largă de stări emoționale, prima din acestea poate fi *depresia*, moment în care este necesar ca *psihologul să fie suportiv și empatic* (experimentarea de către pacient a unei emoții puternice constituie un progres),
- *psihologul este în măsură să ofere persoanei custodiate informații cu privire la diagnosticul său*, într-un limbaj accesibil, cu explicații pe înțelesul acestuia și trebuie să formuleze cerințe clare cu privire la viitoarea implicare a acestuia în intervenția psihologică,
- este important să fie *stabilite de la început limitele și comportamentul așteptat din partea ambilor membri ai relației*,
- demersurile terapeutice au în vedere sublinierea, de către psiholog, a regulilor cu privire la *durata ședinței, motivele și condițiile în care ședințele se anulează*, contactele dintre ședințe (cu psihologul sau între membrii grupului), *cerințele cu privire la temele de casă*.

Recomandări pentru psiholog:

- să *conștientizeze, să răspundă calm* la comportamentele de transfer ale pacientului și să-și monitorizeze propriile răspunsuri emoționale adesea automate și negative (de ex.: psihologul se poate simți manipulat de un pacient care lipsește în mod repetat de la ședințe invocând scuze puerile),
- să țină cont de faptul că în relația terapeutică, psihodiagnosticul și evaluarea clinică, prin identificarea factorilor personali asigură 40% din succesul intervenției, relația terapeutică 30%, tehnicile de intervenție 15% și conceptualizarea clinică, prin speranța de însănătoșire creată, 15%;
- să nu fie fals, suspicios, ușor sugestibil, să nu afișeze atitudini de superioritate, distanțare ci *autentic, real, sigur de el, relaxat, non-defensiv, non-evaluativ și cu simțul umorului*, să fie *răbdător, perseverent și să aibă abilitatea de a nu lua personal reacțiile inevitabile ale persoanelor custodiate*,
- să fie *capabil să își controleze răspunsurile la comportamentul furios, solicitant, la verbalizările ostile și să nu devină peiorativ sau inflexibil în răspunsuri*,

- trebuie să mențină speranța cu privire la reușita intervenției, deși pot apărea momente în care, chiar psihologul este atras în capcana discursului, a frustrării, a lipsei de răbdare sau a lipsei de sens din perspectiva persoanei,
- să motiveze persoana privată de libertate să se implice în propriul proces de recuperare;
- să fie atent pentru a nu fi atras în capcana depășirii granițelor profesionale (respectiv, emoționale, fizice, sexuale), indicatorii manipulării de către persoana custodiată putând fi identificați prin împărtășirea unor informații personale de către psihoterapeut sau concesiile făcute de acesta pentru a continua intervenția.

Chestiuni orientative suplimentare

- Investigați prin întrebări și prin urmărirea comportamentului nonverbal și paraverbal în ce fază se află în raport cu problema sa (adică vede doar consecințele, dar nu conștientizează că are o problemă, își asumă problema, este pregătit să intervină, a încercat deja să facă ceva în acest sens, în ce constau schimbările favorabile, are nevoie de ajutor pentru a menține schimbarea și pentru a evita recăderile?).
- Evidențiați discrepanțele apărute între: declarații versus fapte, scopuri versus comportamente prezente, ceea ce și-ar fi dorit de la viață versus ceea ce au obținut.
- Evitați discuțiile în contradictoriu, deoarece conduc la defensivitate și rezistență (folosiți alternativ întrebările deschise, reflectarea, parafrizarea, sumarizarea).
- Susțineți autoeficacitatea prin încurajări, cu accentuarea resurselor acestuia și întărirea ideii că poate face schimbarea, căutați situații dificile în care a reușit să obțină schimbări, succes în trecut.
- Așteptați-vă la rezistență, când se întrezărește schimbarea, sub oricare din formele de argumentare, opoziție deschisă, provocare, verificare a limitelor, rezistență pasivă.
- Modelați comportamentul prosocial, rețineți din ceea ce învață și determină să opteze pentru formarea de noi comportamente și trăsături (atenție la amănunte ce țin de comportamentul verbal și nonverbal, respectarea promisiunii și angajamentelor, punctualitatea, salutul, menținerea contactului vizual).
- Apreciați deschiderea manifestată și apoi puneți o nouă întrebare (cu respect): „Apreciez că mi-ați spus asta, dar mă întreb”
- Așteptați-vă la manipulări și dezirabilitate.
- Alegerea unui scop mai ușor de atins, pentru început, astfel persoana va fi încurajată și va crește motivația pentru terapie.
- Utilizarea temelor pentru acasă - persoanele care au primit astfel de sarcini (dar le-au și realizat) au obținut progrese semnificativ mai mari în comparație cu cele care așteptau pasiv ședința (noncompliance apare adesea în legătură cu temele pentru acasă, dar este utilă pentru a identifica factorii care blochează persoana în a face schimbările dorite și ajută la identificarea problemelor din relația terapeutică).

Exemplificări de situații prin formulări neindicate și favorabile

1) Directivarea

Nu: „Nu mai inventa scuze, fă ceva!”

Da: „Ai avut noroc în găsirea unui loc de muncă?”

2) Prevenirea/amenințarea

Nu: „Dacă mai faci asta ...”

Da: „Conform regulii pe care o cunoști și în legătură cu care ai semnat, dacă acest lucru se mai întâmplă, consecința este că”

3) Sfătuirea/sustinerea

Nu: „Ar trebui să stai la distanță de prietenii tăi pentru că au o influență nocivă”

Da: „Se pare că intervin multe tentații când ești cu prietenii tăi și îți este mai greu să rămâi pe linia de plutire.”

4) Persuadarea prin „predici”

Nu: „Știi că nu e bine, dar totuși continui”

Da: „Care crezi că sunt avantajele și dezavantajele acestei opțiuni?”

5) Moralizarea

Nu: „De ce nu te gândești și la alții?”

Da: „Crezi că ceea ce faci are impact și asupra altora?”

6) Judecare/critică /blamare

Nu: „Știi că e doar vina ta!”

Da: „Ești într-o situație dificilă acum, dar ce poți face pentru a o îndrepta?”

7) A fi de acord/a lăuda

Nu: „Ești o persoană bună, vei reuși!”

Da: „Faci pași înainte, nu e ușor, faci și greșeli, suntem în continuare aici pentru a încerca să te ajutăm.”

8) Rușinare/ridiculizare

Nu: „Parcă ești ...”

Da: „Spui că simți presiune atunci când ești în preajma vechilor prieteni, cum crezi că ai evita asta?”

9) Interpretarea și analiza

Nu: „Nu te oprești pentru că nu vrei!”

Da: „Pare să fie dificil și pentru tine?”

III. Particularități

Particularitățile relațiilor terapeutice în diverse orientări terapeutice

Psihoterapii dinamic-psihanalitice / Psihanaliza clasică

Accentul se pune pe analiza transferului asupra terapeutului, transfer care furnizează accesul la materialul patologic, altfel inaccesibil (emoții, impulsuri, atitudini, fantezii, defense), neconștientizat, dar și detectarea și abținerea reacțiilor de contratransfer.

Relația terapeutică generează nevroza de transfer, iar terapeutul, prin neutralitate binevoitoare, induce tendința de infantilizare a persoanei.

Psihoterapii umanist - existențiale - experiențiale

Eforturile terapeutului, de a intensifica experiența emoțională a persoanelor custodiate prin adâncirea experienței interioare, conduc la rupturi în cadrul relației terapeutice.

Relația terapeutică trebuie să fie caracterizată de: *empatie, acceptare necondiționată și congruență*.

Psihoterapii cognitiv-comportamentale/Terapia cognitivă

Accentul se pune pe identificarea și disputarea distorsiunilor cognitive ce au condus la probleme și recomandă confruntarea directă a reacțiilor negative față de terapie.

Relația terapeutică trebuie să fie caracterizată de: *empatie, congruență și colaborare*.

IV. Limite

Dificultăți în construirea și menținerea unei relații terapeutice generate de particularitățile clinice ale persoanelor custodiate (Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale):

- nevoia de afirmare, vigilență, caută semne, chiar și în cele mai inofensive situații se simte ofensat, hipersensibil la critică, înclinație spre retragere și atac, tendința de a forța limitele relației terapeutice – tipul paranoid;
- perspectiva asupra psihologului oscilează între idealizare și denigrare, sunt indivizi solicitanți, exercită presiune asupra terapeutului, sunt în căutare de relații, răspund bine la relațiile suportive, manipulează, impulsivitatea îi face să forțeze limitele – tipul borderline;
- nevoia de a fi oglindit constant pozitiv, dispreț chiar și față de terapeut, sentimentul că totul i se cuvine, răspunde la simpla empatie și confirmare, de multe ori nu îl lasă pe psiholog să își exprime punctul de vedere, ceilalți (inclusiv specialistul) sunt priviți ca și obiecte cu ajutorul cărora pot să își satisfacă nevoile – tipul narcisist;
- tendința de a minți și manipula, lipsa empatiei și a preocupărilor pentru ceilalți, desconsiderarea și violarea drepturilor celorlalți, se folosește de pseudoalianțe pentru a câștiga avantaje, cere să îi fie apărate drepturile, îi spune pe nume terapeutului – tipul antisocial;

V. Riscuri

- Este important să informăm constant persoana custodiată, să o implicăm în procesul propriei sale „vindecări”, să ne centrăm atenția pe energia, motivația și implicarea sa, până la părăsirea rolului pasiv de victimă. În acest context, recomandarea este ca tulburările să fie *denumite, desacralizate, dedramatizate*.
- Pe parcursul intervenției, este normal să apară evitări fățișe sau subtile în cadrul procesului terapeutic – absenteismul și chiar abandonul – ca și erodări datorate rezistenței la schimbare, apariției unor evenimente de viață, pierderii încrederii în terapeut, oboselii sau diminuării motivației ori a inconsistenței ședințelor, apariției unor alte probleme de ordin carceral sau din perspectiva rețelei sale de suport social sau familial.
- Când se lucrează cu *persoane care au un stil interpersonal rece, detașat*, terapeutul trebuie să fie foarte atent la instalarea primelor semne de răspuns negativ și să caute modalități potențiale de îmbunătățire a alianței. Poate ajuta acordarea de timp, menținerea unei posturi neutre.

Atenție permanentă la:

- măsura în care, persoana se simte confortabil în mediul carceral și „terapeutic”,
 - starea de sănătate mentală a persoanei custodiate și
 - evenimentele mai puțin plăcute în mediul de suport familial și social.
- *Particularitate:* persoana custodiată nu își comunică întotdeauna sentimentele de disconfort sau insatisfacție legate de psihoterapie pentru a proteja terapeutul sau pentru a mai beneficia de „ieșirea din cameră”, până la urmă, rezultatul nu

întârzie să apară, sub forma abandonului mascat sub diverse pretexte aparent obiective (*de ex.:* este bolnav, așteapta vizita, că nu are pantofi etc.). Chiar și terapeuții experimentați întâmpină adesea dificultăți în identificarea rezistențelor mascate la subiecți.

Relația terapeutică poate fi compromisă datorită unor trăiri afective sau pattern-uri comportamentale ale persoanei private de libertate aflată în evaluare, consiliere sau intervenție terapeutică, dar și de intervenția terapeutului.

1) *Rezistența persoanei custodiate se poate manifesta datorită* (conform Trip, 2007):

- nepotrivirii cu terapeutul, fiind trimis sau arondat unui consilier pe care nu-l place din varii motive,
- atașamentului exagerat față de consilier, ceea ce îl blochează, nu caută îmbunătățirea, din teama de a nu se încheia terapia,
- neacceptării de către terapeut, prin manifestarea unor emoții negative față de acesta,
- atitudinii moralizatoare a terapeutului.

2) *Nivelul de funcționare* ca reflectare a severității problemei cu care se confruntă persoana custodiată.

3) *Stilul de atașament* al persoanei custodiate:

- se structurează ca răspuns la experiențele de viață cu persoanele apropiate sau importante,
- descrie confortul și încrederea în relațiile apropiate, frica de respingere, preferința pentru auto-suficiență sau distanță inter-personală.

4) *Credințele religioase și spirituale ale subiecților relației terapeutice:*

- persoanele cu convingeri și atitudini religioase foarte puternice, preferă terapeuți cu convingeri similare,
- acestea sunt sensibile la modul în care convingerile lor sunt abordate în consiliere, doresc să discute aceste credințe în cadrul terapiei și răspund negativ dacă terapeutul dispută aceste credințe.

5) *Transferul persoanelor custodiate:*

- constă în repetarea conflictelor trecute cu persoanele semnificative,
- interpretarea pozitivă sau negativă eronată și inconștientă a terapeutului,
- manifestarea către consilier a sentimentelor, comportamentelor, atitudinilor aparținând relațiilor primare.

6) *Contratransferul*

- este transferul terapeutului către persoana custodiată, provocat de emoțiile, comportamentele, informațiile destăinuite de acesta, prin care se activează conflictele interioare ale consilierului,
- terapeutul poate să exprime aceste conflicte sau poate să își dezvolte deprinderile de management al contratransferului.

7) *Detășarea*

- consilierul trebuie să fie conștient de influența sănătății sale emoționale asupra profesiei. Realizarea acestui lucru, se poate face prin:
- conștientizarea propriilor sentimente și înțelegerea acestora, menținerea integrității prin recunoașterea limitelor personale, capacitatea de a-și controla anxietatea, empatia, abilitatea de a transpune teoria în practică, supervizarea profesională, intervizarea, dezvoltarea personală.

STUDIU DE CAZ

Prezentare generală

Subiectul are 23 de ani și este condamnat, la 18 ani, pentru infracțiunea de omor calificat. Se află în penitenciar de 2 ani, în regimul de maximă siguranță.

A absolvit 8 clase. Nu are antecedente penale. Fapta a fost comisă sub influența alcoolului. Își asumă responsabilitatea pentru fapta comisă.

Face parte dintr-o familie de la țară, cu dificultăți materiale. Mama l-a părăsit când avea doar 2 ani, încât acesta nu își mai amintește chipul ei. Se remarcă faptul că este foarte atașat de ea și că, deși nu a avut parte de afecțiunea acesteia, îi resimte acut lipsa. Tatăl s-a recăsătorit, dar relațiile cu mama vitregă nu au fost deloc bune. Mai are un frate, mai mic, la care ține foarte mult. Afirmă că se înțelegea bine cu tatăl său. La 12 ani, pleacă de acasă ca să muncească și să își ajute familia. Lucra la diverse persoane cu ziua, în special ca cioban și, de multe ori, primea plata în produse agricole.

Analiza cazului

1. Situația prezentată de subiect

Solicită consiliere psihologică în urma unui abuz sexual la care a fost supus de către colegul de cameră. Se simte rușinat în fața celorlalți, ar dori să se facă dreptate, să îl dea în judecată pe agresor, acest fapt reieșind că îl dorește și pentru a se reabilita în fața celorlalte persoane private de libertate – „toți mi-au spus să nu cumva să îl las nepedepsit”. S-a izolat, deși a fost mutat și protejat în altă cameră de detenție, nu mai vrea să iasă la plimbare, nu are poftă de mâncare, este speriat și deprimat.

În timpul interviului, evită să privească psihologul, își ațintește privirea în podea, prezintă transpirații excesive, în special la nivelul palmelor și feței, motiv pentru care se simte incomod. Starea de anxietate accentuată pe care o resimte, îl face să prezinte dificultăți de vorbire, de tipul balbismului. Recunoaște că, deși are această problemă de când era mic, în momentele în care se simte foarte emoționat, problema se accentuează. Nu poate înțelege de ce tocmai lui i s-a putut întâmpla așa ceva. Are rețineri în a-și expune problema, în primul rând pentru că, ceea ce i s-a întâmplat i se pare „rușinos”, iar în al doilea rând, faptul că psihologul este de sex feminin, a părut o dificultate pentru el, afirmând că „îi vine greu să vorbească despre ceea ce s-a întâmplat și despre ceea ce simte”.

2. Ipotezele terapeutului referitoare la natura și geneza problemei, factori de menținere, factori precipitanți, factori care contribuie la ameliorarea problemei

În urma relatărilor subiectului, s-a concluzionat că este o persoană influențabilă, cu o stimă de sine scăzută, lipsită de încredere în forțele proprii. Aflată pentru prima dată în penitenciar, acest fapt constituie cauza unor tulburări de adaptare pentru care nu a reușit să găsească, până în momentul terapiei, mecanisme adecvate de coping, prezintă o comunicare de tip pasiv-agresiv, acumulând astfel frustrări, încearcă să facă pe plac la toată lumea, adoptând o atitudine supusă. Acest tip de atitudine, l-a făcut însă vulnerabil în mediul penitenciar, în special în fața colegului de cameră. Motivația puternică pentru a depăși situația, a constituit principalul factor ce a contribuit la ameliorarea problemei. Are o capacitate imaginativă bogată, analizând faptele și fenomenele prin prisma emoțiilor, motiv pentru care, intervenția psihologică s-a bazat în special pe metode și tehnici în care să se poată utiliza aceste potențialități.

3. Diagnostic complex sistemic și individual din perspectivă psihologică

Traumă afectivă în urma abuzului sexual, trauma abandonului nedepășită, tulburări de adaptare

4. Elementele contractului terapeutic – cadru terapeutic, scopuri

S-a încheiat contractul terapeutic, lăsând persoanei custodiate libertatea de a alege numărul ședințelor de consiliere de care ar avea nevoie pentru a depăși situația cu care se confruntă, în ideea de a urmări cum și cât de serios își percepe problema. Afirmă că ar avea nevoie de 2 ședințe pe săptămână, fapt ce arată că trauma este resimțită puternic, ca o presiune la nivel subiectiv, în momentul de față.

Scopul general stabilit împreună cu subiectul a fost să identificăm resursele pe care le are pentru a face față problemei, iar odată identificate, să le poată folosi adecvat. De-a lungul ședințelor, acest scop general, a fost divizat în scopuri mai ușor de atins, fiecare ședință având astfel obiective punctuale.

Strategia terapeutică

Tehnici, metode utilizate:

- interviul clinic semistructurat,
- observația.

- anamneza.
- SCID I,
- Scala de atitudini și convingeri – forma scurtă,
- Scala PDA – profilul stresului afectiv,
- ATQ – pentru măsurarea gândurilor negative,
- Chestionarul de acceptare necondiționată a propriei persoane – USAQ,
- Scala de somatizare, pentru evidențierea nivelului anxietății,
- Tehnici de relaxare,
- Metafora terapeutică,
- Tehnica jocului de rol – Bagheta fermecată, Zidul – pentru a conștientiza dificultățile pe care le resimte la nivel subiectiv și strategia rezolutivă pe care o adoptă pentru a face față dificultăților,
- Tehnica scaunului gol,
- Tehnica scrisoarea de iertare,
- Identificarea lucrurilor bune din viața sa,
- Identificarea alternativelor la gândurile disfuncționale.

Evoluția persoanei custodiate

Starea de emotivitate accentuată s-a diminuat pe parcurs, a căpătat încredere în psiholog, deoarece nu a fost judecat, criticat sau ironizat și, mai ales, s-a aflat în deplină siguranță, în cadrul ședințelor.

„Nu am avut niciodată pe cineva cu care să vorbesc despre toate aceste lucruri, despre durerea din sufletul meu, despre faptul că, încă îmi este dor de mama”. În timpul unei ședințe, a izbucnit în plâns, scuzându-se „nu am vrut să fiu slab” – prejudecată adoptată în parte și din cauza mediului penitenciar, unde a văzut că „ești criticat de ceilalți dacă ești sensibil și vulnerabil”. Nu a lipsit de la nici o ședință. Temele pe care le avea de îndeplinit de la o întâlnire la alta, le prezenta conștiincios și depunea eforturi în realizarea lor.

Consilierea s-a desfășurat pe parcursul a 3 luni de zile. Depășind rezistențele pe care subiectul le-a manifestat la început, s-a remarcat o complianță bună la terapie, în mare parte datorită faptului că subiectul a fost foarte motivat să lucreze pentru a-și depăși problema. Evoluția a fost favorabilă. După 8 ședințe, a început să iasă din nou la plimbare cu ceilalți deținuți fără să își mai facă griji că aceștia se vor uita ciudat la el. Concomitent cu consilierea individuală, a fost inclus pe parcurs și în activitățile de grup, pentru a-și dezvolta abilitățile interpersonale și a-și învinge emotivitatea. Un alt scop al activităților de grup, l-a constituit acela de a invalida gândurile disfuncționale, legate de modul în care îl percep ceilalți, după ceea ce i s-a întâmplat. Datorită comportamentului corespunzător, a trecut ulterior de la regimul de maximă siguranță la regimul închis, având astfel posibilitatea de a munci.

A fost monitorizat la diferite perioade de timp, dar nu au existat recăderi.

VI. Bibliografie

Bender, D.S. (2005). *Therapeutic Alliance*, în Oldham, J.M., Skodol, A.E., Bender, D.S. (edit). *Textbook of personality disorders*, The American Psychiatric Publishing, Washinton D.C.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

Catty, J. (2004). The vehicle of success: Theoretical and empirical perspectives on the therapeutic alliance in psychotherapy and psychiatry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 255-272.

Coutinho, J., Ribeiro, E., Safran, J. (2009). Resolution of ruptures in therapeutic alliance: its role on change process according to a relational approach, *Analise Psicologica*, 4 (XXXVIII), 479-491.

Cungi, C. (2008). *Alianța terapeutică* în Fontaine, O., Fontaine P. (coord., 2008). *Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă*, Polirom, Iași.

Clemence, A.J., Hilsenroth, M.J., Ackerman S.J., Strassle, G.G., Handler, L. (2005). Facets of the therapeutic alliance and perceived progress in psychotherapy. Relationship between

- patient and the therapist perspectives, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 443-454.
- Crits-Cristoph, P., Connolly, Gibbons, M.B., Crits-Christoph K., Narducci, J., Cungi, C. (2008). *Alianța terapeutică* în Fontaine, O., Fontaine P. (coord., 2008). *Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă*, Editura Polirom, Iași.
- David, D. () *Introducere în psihoterapie, curs*
- David, D. (2006). *Psihoterapii individuale și de grup; Prezentare generală. Manual și suport de curs*, Universitatea Babeș-Bolyai, Catedra de Psihologie, Cluj-Napoca.
- Diener, M.J., Hilsenroth, M.J., Weinberger, J. (2009). A primer on meta-analysis of correlation coefficients: The relationship between patient-reported therapeutic alliance and adult attachment style as an illustration, *Psychotherapy Research*, 19 (4-5): 519-526.
- D'Iuso, D., Blake, E., Fitzpatrick, M., Drapeau, M. (2009). Cognitive errors, coping patterns and the therapeutic alliance: A pilot study of in-session process, *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(2), 108-114.
- Gelhaus T. S.E., Werner-Wilson, R.J., Murphy, M.J. (2005). Influence of therapist and client behaviors on therapy alliance, *Contemporary Family Therapy*, 27(1), 19-35.
- Gelso, C.J. (2009)/ The time has come: The real relationship in psychotherapy research, *Psychotherapy Research*, 19(3): 278-282.
- Goldman, G. A. (2005). *Quality of object relations, security of attachment, and interpersonal style as predictors of the early therapeutic alliance*. Unpublished doctoral dissertation, Ohio University, Athens.
- Gutheil, T.G. (2005). *Boundary Issues*, în Oldham, J.M., Skodol, A.E., Bender, D.S. (edit). *Textbook of personality disorders*, The American Psychiatric Publishing, Washinton D.C.
- Hick, S.F., Bien, T. (2008). *Mindfulness and the therapeutic relationship*, The Guilford Press, New-York.
- Hersoug, A.G., Hoglend, P., Haik, O.E., Von der Lippe, A., Monsen, J.T. (2009). Pretreatment patient characteristics related to the level and development of working alliance in long-term psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 19(2), 172-180
- Hill, C.E., Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship, *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29.
- Macneil, C.A., Hasty, M.K., Evans, M., Redlich, C., Berk, M. (2009). The therapeutic alliance: is it necessary or sufficient to engender positive outcomes? *Acta Neuropsychiatrica*, 2, 95-98.
- Manthei, R. (2005). *Counselling – The skills of Finding Solutions to Problems*, Routledge, New-York.
- Norfolk, T., Birdi, K., Patterson, F. (2009). Developing therapeutic rapport: a training validation study, *Quality in Primary Care*, 17, 99-106.
- Priebe, S., McCabe, R. (2008) - Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*, 20(6), 521-526.
- Taxman, F.S., Shepardson, E.S., Byrne, I.M (2007). *Tools of the trade- a guide to incorporating science into practice*, National Institute of Corrections, U.S. Department of Justice, Maryland Department of Public Safety and Correctional Services.

Walters, S.T., Clark, M.D., Gingerich R., Meltzer, M.L. (2007). *Motivating offenders to change- A Guide for Probation and Parole*, U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections.

Jones, R.N. (2009), *Manual de consiliere*, Editura Trei, București.

Trip, S. (2007) *Introducere în consilierea psihologică*, Editura Universității din Oradea.

Horvath, A. O., Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory: A research handbook. In L. Greenberg and W. Pinsoff (Eds.) *Psychotherapeutic Processes: A Research Handbook*, New York: Guilford Press.

Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76, 1-33.

SECVENȚA 6

ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ ACORDATĂ ÎN REGIM INDIVIDUAL

*Ioana Morar, Alina Decsei-Radu Alina Zamoșteanu,
Angela Kosma, Mihaela Negru*

Motto:

*“Dacă psihoterapia nu este întotdeauna suficientă,
ea este întotdeauna necesară.”- H. Ey*



I. Introducere

„În sens larg, psihoterapia este definită ca intervenție psihologică în patologie și optimizarea subiecților umani sănătoși. În sens restrâns, psihoterapia reprezintă psihologie aplicată, altfel spus, psihoterapia înseamnă intervenție psihologică în practica clinică. Modificarea factorilor psihologici implicați în patologie revin intervenției psihoterapeutice. De asemenea, intervenția psihoterapeutică vizează nu doar modificarea factorilor psihologici implicați în boală, ci și a celor care ne predispun la îmbolnăvire, aducându-și, astfel, contribuția atât la profilaxia bolilor, cât și la menținerea stării de sănătate și a optimizării personale.

Dacă psihoterapia este intervenție psihologică orientată, mai ales, spre patologie, consilierea este intervenție psihologică orientată predominant spre optimizarea subiecților umani sănătoși (de ex.: *crearea unui sistem coerent de scopuri în viață, dezvoltarea autonomiei clienților etc.*). Așadar, termenii de consiliere și psihoterapie sunt termeni cu semnificație apropiată. Dacă psihoterapia este definită în sens larg, atunci termenul de consiliere este o subcategorie specifică psihoterapiei. Dacă psihoterapia este definită în sens restrâns, atunci consilierea și psihoterapia au domenii diferite de aplicație: patologia pentru psihoterapie și optimizarea personală pentru consiliere” (D. David, 2008).

II. Demersuri

„Componentele demersului psihoterapeutic sau de consiliere sunt: diagnosticul și evaluarea clinică, conceptualizarea problemei, relația psihoterapeutică, intervenția psihoterapeutică și evaluarea rezultatelor.

- **diagnostic psihologic și evaluare clinică** (evaluarea stării actuale în consiliere).

Diagnosticul este, din punct de vedere al sensului etimologic, o activitate de cunoaștere. Psihodiagnosticul se referă la *cunoașterea factorilor psihici implicați în geneza tulburărilor psihice și psihosomatice*.

- **relația terapeutică (de consiliere)**

Este caracterizată ca o alianță de lucru descrisă ca o atitudine caldă, colaborativă și de încredere a pacientului față de terapeut, determinată de speranța pacientului că simptomatologia va fi eliminată și de acceptarea necondiționată a pacientului de către terapeut. Ea poate reduce anxietatea pacientului, ceea ce reduce la rândul său simptomatologia, furnizând clientului o nouă experiență emoțională și oportunitatea de a discrimina între trecut și prezent (Bergin & Garfield, 1994). Mai mult, în cazul terapiei dinamice, relația terapeutică generează și nevroza de transfer; aceasta este stimulată prin comportamentul terapeutului (într-o manieră profesională) și este foarte importantă pentru următoarea etapă a tratamentului dinamic. În alte forme de terapie (*de ex.: terapia cognitiv-comportamentală, terapia umanistă*), alianța de lucru nu generează nevroza de transfer întrucât terapeutul menține această „alianță” printr-un comportament empatic, congruent și colaborativ față de pacient.

- **conceptualizarea** sau explicația dată simptomelor pacientului (problemelor clientului - în consiliere)

Stimulează nevoia de a modifica cognițiile și comportamentele dezadaptative; reduce, de asemenea, simptomatologia, pentru că pacientul își înțelege tulburarea, astfel încât anxietatea determinată de incontrolabilitatea și neînțelegerea simptomelor este eliminată și pentru că accentuează speranțele și expectanțele de recuperare (efect placebo);

Conceptualizarea este o prerechizită pentru schimbarea mecanismelor dezadaptative de coping, a cognițiilor și interacțiunii cu mediul.

- **tehnicile**

Sunt strâns legate de conceptualizarea terapeutică și vizează modificarea elementelor patogenetice sau de sanogeneză.

- **evaluarea rezultatelor intervenției**” (D. David, 2008).

III. Particularități

Se impune respectarea procedurilor specifice activității de consiliere psihologică/psihoterapie individuală cuprinse în *Manualul de proceduri al sistemului penitenciar*.

Demersurile sunt particularizate întrucât modelele etiopatogenetice și de tratament utilizate sunt diferite, în funcție de tipul de terapie pentru care specialistul deține atestat de liberă practică (dinamic-psihoanalitică, umanist experiențială, cognitiv-comportamentală, programarea neurolingvistică și abordarea ericksoniană etc.).

Asistarea psihologică acordată în regim individual a minorilor și tinerilor privați de libertate

Asistența psihologică acordată în regim individual adolescenților privați de libertate are o dublă finalitate, fiind orientată spre rezolvarea conflictului intrapsihic al subiectului și formarea unei atitudini relaționale adaptate la nivel social și care să îi confere calitatea de persoană activă în câmpul interrelațional, social și familial.

Obiectivele psihoterapeutice vizează:

- *pe termen scurt*, starea de sănătate a minorului asistat și intensitatea trăirii simptomatologiei,
- *de perspectivă*, restructurarea personalității în profunzime, cu întărirea mecanismelor defensive, conștientizarea unor pulsioni și încercarea de

reelaborare, redistribuire, învățarea redistribuirii investițiilor afective, reechilibrarea axiologică individuală.

Selecția participanților la terapia individuală (G. Ionescu, 1999), respectă următoarele criterii: *dorință puternică de schimbare, un anumit grad de forță a Eului, o anumită capacitate de relaționare, un anumit grad de dezvoltare cognitivă*. Situația privativă de libertate și în special a minorilor impune un specific aparte, deoarece, în majoritatea cazurilor nu există motivația pentru schimbare, exprimată sau conștientizată de către adolescent, pentru a se implica într-o relație terapeutică, nivelul dezvoltării cognitive se poate situa la limită sau chiar sub, capacitatea de relaționare poate să fie serios afectată ca urmare a prezenței simptomelor specifice tulburării de conduită.

În cazul terapiei / consilierii individuale, durata ședinței este de 45-50 minute. Se impune stabilirea unui program al curei terapeutice / de consiliere, în funcție de:

- *situația specifică a minorului privat de libertate* (natura simptomatologiei și structura de personalitate, în formare, a acestuia influențând frecvența ședințelor);
- *specificul metodei psihoterapeutice* (în orientarea psihanalitică, numărul de ședințe este de 4-5 pe săptămână, în timp ce în terapia familială o ședință la două săptămâni);
- *obiectivele și scopurile psihoterapiei* (intervenție în criză, terapie suportivă etc.);
- *specificul asistării psihologice acordate în regim individual*: asistare psihologică în perioada de adaptare instituțională (accesibilizarea normelor instituției, prevenirea apariției unei tulburări de adaptare sau a altor decompensări, identificarea vulnerabilităților individuale), asistare psihologică de parcurs (fixarea planului de intervenție în funcție de obiectivele individuale, identificarea nevoilor individuale specifice), asistare psihologică în criză (intervenția este ghidată de specificul situației, evitarea riscurilor și a consecințelor negative, reechilibrarea persoanei implicate în incident), asistare psihologică la cerere (intervenția este ghidată de factorul declanșator la nivel individual, socio-familial, contextual).

În mediul penitenciar, asistența psihologică acordată în regim individual este particularizată de condițiile privării de libertate. În primul rând, codul deontologic nu are aceeași aplicabilitate, prin specificația că beneficiarul, conform reglementărilor în vigoare este Administrația Națională a Penitenciarelor.

Secretul profesional este limitat de condiționările legate de aplicabilitatea reglementărilor în vigoare, prin urmare unele dintre aspectele discutate nu sunt circumscrise doar relației terapeutice, putând fi accesibile unor terți. Consecința directă este dificultatea de a asigura confortul și siguranța necesară autodezvăluirii, relația terapeutică putând oscila între încredere și neîncredere.

Minorii privați de libertate testează întotdeauna limita relației terapeutice, limitele confidenței, abilitatea și competențele psihologului fiind cele care vor susține negocierea acestei relații. De asemenea, relația terapeutică este influențată de statutul psihologului, acela de funcționar public cu statut special, asimilat de către minori, de multe ori, cu o atitudine coercitivă, autoritate nu doar profesională, ci și statuată prin apartenența la un instituție. Psihologul va trebui să nuanțeze relația terapeutică, astfel încât să încline balanța spre a fi perceput ca având o atitudine de „neutralitate binevoitoare”. Datorită considerentelor expuse, este foarte important să i se explice minorului natura și limitele confidențialității, pentru a putea dezvolta o relație terapeutică cât mai autentică.

Minorii formulează rar o cerere de terapie autentică și bazată pe obiective reale și concrete, de aceea gradul lor de rezistență poate varia pe un continuum, de la *foarte rezistent și ostil* la *acceptare și compliantă*. Intrucât, uneori minorii nu știu în mod clar ce este o cură psihoterapeutică / de consiliere este important să fie abordate concepțiile eronate despre consiliere chiar în prima ședință, utilizând un limbaj adecvat vârstei și pregătirii, într-o manieră non-patologică.

Asistarea psihologică în regim individual a minorului sau a tânărului este precedată de *stabilirea diagnosticului*. Dificultățile stabilirii diagnosticului sunt determinate de:

- lipsa de coincidență între faza dinamică evolutivă a vieții și un cadru nosografic fixat în funcție de patologia psihică a copilului, înainte de momentul adolescenței,
- riscul de a atribui unei conduite disfuncționale capacitatea de a facilita înțelegerea ansamblului funcționării mentale – *de ex.*: un act deviant, catalogat ca delincvență,
- riscul de ancorare față de diagnosticul stabilit, precum și reacțiile anturajului față de acesta (stigmatizări),
- fluctuații la nivelul funcționării psihice, care depind de momentul și circumstanțele realizării interviului.

Evaluarea relațiilor familiale și a interacțiunilor sociale are ca scop determinarea posibilităților adolescentului în a se constitui ca identitate, în a-și structura reperele propriei personalități, cu propriile limite, cu istoria sa familială, cu propriul său proiect existențial.

În *plan familial*, interesează capacitatea familiei de a se reorganiza, adică flexibilitatea acesteia de a se adapta la schimbări, contextul în care apar manifestările simptomatice, rolul simptomului în menținerea homeostaziei familiale.

Abordarea terapeutică

Există situații în care adolescentul se poate sustrage evaluării prin două tipuri de conduite: *dezvoltă un simptom* sau *refuză întrevederea*.

Când vorbim despre evaluarea adolescentului avem în vedere că aceasta se realizează în câteva ședințe.

Primul interviu este dominat de natura contactului cu adolescentul, mai ales atunci când părinții sunt prezenți la evaluarea tipului de interacțiuni familiale, de cele mai multe ori conflictuale (implicarea familiei în evaluare se poate realiza cu ocazia vizitei acordate minorilor).

Al doilea interviu este dominat de aspectul defensiv, de retragere. Mecanismele defensive mobilizate în fața manifestărilor simptomatice, a aspectelor relevate în *prima ședință* se conturează în: banalizare, refulare, refugiul în „sănătate”, negare a dificultăților, iar în alte cazuri, atitudinea poate fi manifestată prin implicarea adolescentului în ședință, interesul față de problematica discutată.

A doua ședință de evaluare permite stabilirea toleranței la frustrare, precum și a capacității de elaborare a eventualelor reizbucniri tensionale.

Următoarele întâlniri vor permite evaluarea investițiilor adolescentului în persoana evaluatorului, deoarece atunci când acest transfer este masiv și centrat pe omnipotența terapeutului, vor apărea dificultăți în investirea travaliului de introspecție, de autoobservare, precum și a capacității de a vorbi cuiva despre sine.

Pe baza primelor întâlniri se poate realiza o evaluare a dinamicii adolescentului, a familiei acestuia, precum și a capacităților de mobilizare, evidențiate prin: interesul manifestat de părinți pentru interviuri, eventuale reorganizări realizate sau, dimpotrivă, întăriri defensive, accentuarea confuziilor individuale etc. Pe baza acestor aspecte se

poate stabili *planul de intervenție terapeutică*, includerea în terapie de grup sau terapie individuală etc.

Modelul planului de intervenție terapeutică

1. Puncte forte și resurse ale minorului asistat (ale mediului de suport familial)
.....
2. Reușite anterioare care preced începerea terapiei (excepții)
.....
3. Ce anume consideră minorul că ar trebui schimbat
.....
4. Ipoteze formulate de terapeut
.....
5. Obiective (concrete și măsurabile)
.....
6. Sarcini terapeutice (dacă este posibil) și alte modalități de intervenție utilizate (conform cu forma de psihoterapie în care este specializat psihologul)
.....

Limite

- Competențele profesionale ale specialiștilor implicați în asistarea psihologică a minorilor privați de libertate.
- Identificarea unor resurse externe minorului (pot fi instituționale), care să faciliteze învățarea extra-terapeutică și aprofundarea achizițiilor dobândite în cursul asistării acestuia.
- Implicarea familiei minorului în procesul terapeutic / de consiliere în scopul modificării pattern-urilor familiale disfuncționale responsabile în apariția conduitei deviate.

Riscuri

- Excesul de transfer din partea minorului asistat, care poate deturna relația terapeutică sau poate îngreuna demersul terapeutic, generând un contra-transfer din partea terapeutului / consilierului.
- Crizele de neîncredere ale minorului asistat, care pot să apară periodic pe parcursul curei terapeutice, fiind expresia rezistenței acestuia, manifestate prin neacceptarea interpretărilor terapeutului/consilierului.
- Reacția contra-transferențială din partea terapeutului / consilierului, pe care acesta nu o controlează eficient.

IV. Limite

- **Aranjamentul fizic**

Limite legate de condițiile concrete de desfășurare a activităților în regim individual/ de grup, întrucât cabinetele psihologice amenajate în interiorul locului de deținere nu însumează toate standardele calitative în domeniul mobilierului, tehnicii de calcul, al aparaturii audio-video, protecției împotriva factorilor de mediu perturbatori și al condițiilor igienico-sanitare.

Planul fizic al unora dintre secțiile de deținere face ca această cerință de bază să fie dificil de respectat. Lipsa unor limite spațiale clare viciază intimitatea, alianța de lucru și compromise activitatea terapeutică (*I.D. Yalom, 2008*).

- **Stabilitatea temporală**

Întâlnirea ideală presupune punctualitate și se desfășoară fără întreruperi până la finalul demersului de asistență psihologică individuală, indiferent dacă este vorba de consiliere sau psihoterapie. Asigurarea acestor condiții de stabilitate temporală în mediul carceral prezintă dificultăți, cele mai frecvente situații din acest punct de vedere fiind cele în care se înregistrează: întârzierea beneficiarilor, întreruperi ale demersurilor recuperative cauzate de interferența altor tipuri de activități, absențe ale beneficiarilor sau întreruperi ale activităților de asistență psihologică individuală, determinate de asigurarea drepturilor persoanelor private de libertate sau de prezentarea la instanțe etc.

- **Obstacole care stau în calea unei terapii eficiente (I. Holdevici, 2009)**

Factori care țin de client:

- absența abilităților de a se integra în cadrul demersului psihoterapeutic și de a se conforma expectațiilor ce derivă din acestea;
- convingerile negative, formate consecutiv eșecului altor tipuri de tratamente anterioare;
- convingeri negative, referitoare la efectele pe care le va avea asupra celorlalți, modificarea pattern-ului lor comportamental;
- beneficiile secundare;
- temerile legate de modificarea comportamentului, gândurilor sau stărilor afective;
- absența motivației pentru schimbare;
- montajul negativ;
- deficiențe sau limite în ceea ce privește automonitorizarea sau monitorizarea celorlalți;
- frustrările legate de absența progresului în terapie, precum și perceperea statutului de pacient ca semn de inferioritate;
- deficite în sfera resurselor personale (fizice, cognitive și/ sau intelectuale).

Factori care țin de terapeut:

- absența experienței sau a unor abilități necesare;
- congruența dintre distorsiunile cognitive ale clientului și cele ale terapeutului;
- insuficienta informare a clientului cu privire la specificul intervenției terapeutice;
- absența colaborării și a alianței terapeutice;
- lipsa unor informații utile pentru demersul terapeutic;
- narcisismul terapeutic;
- alegerea nepotrivită a perioadei în care are loc intervenția;
- absența obiectivelor terapeutice sau obiective terapeutice vagi, nerealiste sau neacceptate de către client;
- neluarea în considerare a perspectivei evoluționiste;
- convingerile negative generalizate asupra tulburărilor psihopatologice;
- lipsa de creativitate și flexibilitate în elaborarea planurilor terapeutice.

Factori ce țin de ambianță:

- factorii stresanți care împiedică schimbarea;
- persoanele semnificative sabotează în mod activ sau pasiv psihoterapia;
- menținerea și întărirea patologiei, datorită unor beneficii secundare acordate de instituții;
- contextul cultural și atitudinea persoanelor semnificative față de situație;
- psihopatologia familială;
- cerințe conflictuale sau nerealiste ale persoanelor semnificative sau ale unor instituții;
- homeostazia sistemului;
- rețelele suportive limitate sau ineficiente.

Factori psihopatologici:

- rigiditatea pacientului;
- dificultatea stabilirii unei relații terapeutice bazate pe încredere;
- autodevalorizarea;
- lipsa de energie a clientului;
- impulsivitatea;
- nevoia exagerată de autonomie (cognitiv, comportamental și emoțional);
- dependența;
- complexitatea cazului;
- probleme de ordin medical.

• Limite de competență

- Competență limitată, condiționată de certificarea competențelor pentru consiliere psihologică și/ sau psihoterapie prin obținerea atestatului de liberă practică, conform normelor Colegiului Psihologilor din Romania. Consilierea psihologică ca și competență profesională a psihologilor în specialitatea atestată este recunoscută conform cap. II, art. 3, al.1, lit. k) din modificările aduse *Normelor privind organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România*, conform *Anexei la Hotărârea Comitetului director al Colegiului Psihologilor din România nr. 1/2010 pentru aprobarea Normelor privind organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România*, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 348 bis / 26 mai 2010.
- Supervizarea profesională în psihoterapie / consiliere psihologică presupune întocmirea rapoartelor, înregistrarea ședințelor și prezentarea acestora supervisorului. Introducerea reportofonului în penitenciar și înregistrarea cazurilor interferează cu regulamentele de ordine interioară, ceea ce împiedică supervizarea și, implicit, dezvoltarea profesională a psihologului.

V. Riscuri

- Regresul cazului, determinat de absența sau dificultățile de colaborare cu un medic psihiatru;
- Pierderea cazului datorită unor motive dependente sau independente de terapeut/ consilier/client;

Acordarea asistenței psihologice în regim individual are la bază o serie de deprinderi de asistare și de influențare, clădite pe o structură logică.

A. Deprinderi de consiliere (Ivey, 2007)

1) Deprinderi de asistare:

- contact vizual adecvat, susținut, cu pauze naturale;
- ton vocal natural;
- poziție în oglindă cu persoana custodiată sau poziție deschisă, ușor aplecată înainte (denotă interes);
- mimică expresivă;
- gestică adecvată situației.

2) Invitația deschisă de a vorbi:

- folosirea preponderentă a întrebărilor deschise,
- întrebări închise adresate clienților care verbalizează puțin sau pentru a evidenția răspunsuri punctate,
- alegerea tipului de întrebări predominante în concordanță cu clientul și potrivite cu situația.

Reguli legate de întrebări:

- nu pun mai mult de o întrebare o dată,
- întrebările să nu fie intruzive,
- întrebările să fie relevante,
- întrebările sau tonul să nu fie acuzator,
- întrebările să nu inducă anumite categorii de răspunsuri sau să nu conțină răspunsul,
- întrebările să fie scurte și clare,
- să existe un scop clar în spatele lor.

Erori:

- întrebări nepotrivite,
- întreruperi ale clientului,
- timp de latență inadecvat,
- nu folosește un limbaj de interfață.

3) Clarificarea:

- încurajări minimale - verbale (ex: „îhîm”, „da”, „și”, „continuă”, „spune-mi mai multe despre asta”) și non-verbale (mișcări aprobatoare ale capului), tăcerea ca încurajare minimală,
- parafrazări - respectă structura unei parafrazări eficiente (esența a ceea ce persoana a spus, folosind cuvintele cheie și verificând acuratețea celor înțelese).

4) Reflectarea sentimentelor:

- identifică și denumesc emoțiile, sentimentele în mod acurat corect, verifică dacă a înțeles bine, folosește timpul prezent,
- clarifică emoțiile și sentimentele apărute pe parcursul consilierii - simple, mixte, exprimate prin metafore, exprimate nonverbal.

5) Sumarizarea

- verificăm acuratețea înțelegerii noastre și clientul poate observa propriile sale distorsiuni,
- îmbină corect gânduri, emoții, comportamente.

Utilă:

- la începutul ședinței, când informațiile sunt complexe,
- la sfârșitul interviului, pentru a prezenta informații obținute în cadrul mai multor interviuri.

Deprinderile fundamentale de influențare

1. Căutarea aspectelor pozitive relevante pentru rezolvarea problemei.
2. Focalizarea preponderentă pe persoana custodiată, pe consilier, pe problemă și, când este relevant, și pe alte persoane ori pe context, pe familie.
3. Confruntarea, atunci când apar discrepanțe sau contradicții în discurs, între declarații și acțiuni.
4. Directivarea / sfaturile terapeutice.
5. Destăinuirea și feed-back-ul.

Destăinuirea:

- sinceritate;
- relevanță;
- timp prezent;
- verificarea.

Feed-back eficient:

- concret și specific, nu vag și general;
 - nu judecă subiectul;
 - focalizează pe competențe, referire la comportamente;
 - subliniază faptele, nu impresiile;
 - verifică modul în care feed-back-ul este recepționat.
6. Reformularea, interpretarea / schimbarea semnificației.

Structura interviului de consiliere în cinci pași (Ivey, 2007)

1. *Raport și structurare* (înregistrarea consilierii, confidențialitatea și limitele acesteia, descoperirea explicației persoanei custodiate pentru problemă, discutarea așteptărilor, evaluarea măsurii în care problema se pretează la o ședință de consiliere, evaluarea atitudinii subiectului față de consiliere, negocierea acordurilor practice legate de orar, frecvența întâlnirilor, durata lor, informarea acestuia cu privire la cursul consilierii, tehnici, proceduri, limite, riscuri și beneficii potențiale).
2. *Definirea problemei* (severitatea problemei măsurată de *distres x incontrollabilitate x frecvență*; întocmirea listei de probleme, identificarea punctelor pozitive și a resurselor).
3. *Stabilirea scopului* (aparține persoanei custodiate și trebuie să fie realizabil, concret și să se preteze la o ședință de consiliere, motivarea acestuia în vederea rezolvării problemei).
4. *Generarea alternativelor* (prin intermediul întrebărilor, descoperirii dirijate, explicațiilor; importantă aici este gândirea divergentă, stabilirea priorităților, acțiunilor).
5. *Alegerea și implementarea alternativei alese* (pentru fiecare alternativă generată discut potențialele consecințe):
 - cerem persoanei custodiate să aleagă o alternativă pe care dorește să o pună în practică,
 - discutăm la modul concret: *Ce va face? Când va face? Cum va face? În ce condiții? Cu cine? Ce l-ar putea opri? Ce dificultăți ar putea*

întâmpina? Cum s-ar putea auto-boicota? Cum ar putea depăși acele dificultăți?

- contract terapeutic.

Etapele consilierii în cinci pași (Dryden & Feltham, 1993, apud Trip, 2007)

1. Orientarea persoanei custodiate spre consiliere.
2. Evaluarea problemelor persoanei custodiate.
3. Inițierea schimbării.
4. Etapa de mijloc a consilierii.
5. Finalizarea consilierii.

B. Procesul de psihoterapie

- *Psihodiagnostic și evaluare clinică* - simptomatologie (aspecte emoționale, cognitive, comportamentale, biologic-fiziologice), mecanisme de coping adaptative și dezadaptative

Psihodiagnosticul (David, 2003):

- a. *clinic nosologic* - încadrarea problemelor într-o anumită categorie de tulburare psihică,
- b. *clinic funcțional* - identificarea factorilor psihologici care să explice problemele.

Etapele evaluării

1. Interviu clinic (istoric personal, social și medical, descrierea clară a simptomatologiei: debutul și evoluția simptomatologiei, alte boli somatice sau psihice, tratament anterior, condiții socio-economice) și *testarea psihologică*.
2. *Descompunerea disagnosticului nosologic în probleme concrete de viață* (stare prezentă, comportamente simptomatice, adaptare, dinamică și structura personalității, relații interpersonale, atitudini, mecanisme defensive și de coping, imagine de sine, inteligență, abilități, competențe, autocontrol, statut mental); *Satabilirea diagnosticului pe cele cinci axe (DSM)*.
3. *Conceptualizarea clinică* (generală și specifică, pe probleme - trebuie să fie acceptată de subiect, să transforme incomprehensibilul în comprehensibil și să sugereze o schemă de tratament; este esențial să fie utilă).
4. *Tehnici de intervenție psihoterapeutică și evaluare de parcurs*, urmărirea evoluției cazului; *Planul de psihoterapeutic* include: lista de probleme, scopurile (clare, precise, organizate pe termen scurt, mediu și lung), planul de intervenție, prescripții terapeutice, obstacole scontate și rezultate obținute.

Planul psihoterapeutic / de intervenție

- Identificarea problemelor, lista de probleme, prioritizarea problemelor - primare, prioritare ori secundare.
- Definirea problemei abordate, identificare modalităților de manifestare - *modelul ABC cognitiv* sau *modelul ABC comportamental*.

Modelul ABC cognitiv:

- A – evenimentul activator,
- B – ce a gândit,
- C – ce a simțit, cum s-a comportat.

Modelul ABC comportamental:

- A – antecedente - interioare și exterioare,
- B – comportamente,

C – consecințe.

- Stabilirea scopului pe termen lung.
 - Stabilirea mijloacelor de atingere a scopului - măsurabile și formulate în termeni comportamentali.
 - Proiectarea intervenției - alegerea acțiunilor specifice ce vor conduce la atingerea obiectivelor (de realizat cel puțin o intervenție pe obiectiv).
 - Evaluarea eficienței intervenției.
5. Relația psihoterapeutică trebuie să fie caracterizată de profesionalism, empatie, congruență, acceptare necondiționată.

C. Erori în terapie (David, 2006)

1. *Teoretice*: confuzii teoretice și utilizarea neadecvată a constructelor de specialitate.
2. *Metodologice*: evaluarea cazului, asimilarea unor rezultate din cercetare la cazul respectiv.
3. *Practice*:
 - a. *psihodiagnostic și evaluare clinică*: diagnostic greșit și / sau incomplet, ignorarea măsurării obiective a rezultatelor intervenției, lipsa stabilirii obiectivelor intervenției,
 - b. *conceptualizare* - nu răspunde la întrebările „ce probleme sunt?”, „de ce au apărut?”,
Ce trebuie făcut pentru a le ameliora:
 - lipsa conceptualizării de interfață și cea profesională,
 - neacceptarea conceptualizării de către subiect,
 - conceptualizarea nu indică schema de de urmat.
 - c. *proceduri terapeutice*: inadecvate la probleme, aplicate greșit, nerelaționate cu conceptualizarea clinică, ignorarea procedurilor de prevenție a recăderilor, ignorarea urmăririi evoluției subiectului,
 - d. *relația terapeutică* lipsită de empatie, acceptare necondiționată, congruență, colaborare.

STUDIU DE CAZ

I. Date de identificare

A. B., născut la 11.02.1978, în vârstă de 32 ani, fără antecedente penale, condamnat la 2 ani, pentru infracțiunea „omor din culpă”. Se află într-o relație de concubinaj, nu are copii, provine dintr-o familie monoparentală, are o soră mai mică. A absolvit 12 clase, iar la depunerea în penitenciar nu avea o ocupație stabilă.

II. Obiectivul psihodiagnosticului și evaluării

Identificarea stărilor psihologice de sănătate și/sau boală și a mecanismelor psihologice de etiopatogeneză și/sau de sanogeneză, cu relevanță pentru perioada de executare a pedepsei privative de libertate.

III. Descrierea succintă a componentelor psihologice

Domeniul afectiv

Instabilitate emoțională; diminuarea interesului și a plăcerii pentru activitățile obișnuite; toleranță scăzută la frustrare; tendințe impulsive;

Nivel volitiv motivational

Ahedonie, sferă restrânsă de interese și preocupări;

Nivel comportamental

Lentoare psihomotorie;

Evaluarea riscului de suicid/autoagresiune

Subiectul a manifestat ideea suicidară și conduite de automutilare în perioada adolescenței când își

mușca mâinile în momentele de tensiune emoțională sau agitație. După ce își mușca mâinile devenea calm și relaxat, dar la interval de câteva ore prezenta sentimente de culpabilitate și convingeri negative, cu privire la propria persoană. Nu a mai recurs la această formă de autoagresivitate în perioada ultimilor ani. Reacționează negativ la critici și are sentimentul că a fost abandonat de toată lumea. În ultima lună a manifestat sentimente de vinovăție, lipsă de speranță, scădere în greutate, dificultăți legate de somn, retragere socială.

Nivel de personalitate și mecanisme defensive/adaptare

Imagine de sine negativă, sentimente de respingere/abandon; tendințe impulsive; mânie greu controlată ca reacție la critici; sentimente de culpabilitate, de vinovăție, remușcare, regrete și jenă consecutiv reacțiilor comportamentale explozive; toleranță scăzută la frustrare; ideatie suicidară și iterative de automutilare în antecedente.

Nivel de relaționare interpersonală (inclusiv, de cuplu, familie, grup etc.)

Este vizitat uneori de către concubină; relaționare restrictivă cu celelalte persoane private de libertate și o atitudine cuviincioasă, conformistă față de personalul unității penitenciare, dar cu tendințe de izolare socială.

Acuze principale simptome

- cognitive: capacitate scăzută de concentrare, autocritică, ruminații interioare;
- comportamentale: tonus scăzut al activității, tendința de izolare socială;
- biologic: insomnie de trezire, scădere în greutate;
- subiectiv: tristețe, anxietate, rușine, vinovăție, lipsă de speranță.

Istoric psihiatric și medical

Declară că nu a existat în istoricul personal nici un episod de internare pentru probleme psihice.

Diagnostic DSM IV:

- Axa I - Tulburare depresivă majoră - anxietate (subclinică),
- Axa II - Trăsături de personalitate de tip borderline: automutilare, impulsivitate, abandon,
- Axa III - nimic semnificativ clinic,
- Axa IV- se simte depășit de evenimentele din viața lui (faptul că este în penitenciar, crede că nu-l mai iubește nimeni, simte că a dezamăgit),
- Axa V – GAF 60 (curent).

Formularea cazului:

Factori etiologici

Faptul că a a fost încarcerat (factor declanșator), absența unor abilități sociale și a asertivității (factori predispozanți), integrarea într-un nou colectiv, solicitările specifice mediului instituționalizat (factori favorizanți) au precipitat și menținut starea actuală. Faptul că s-a trezit singur (pierderea suportului social), departe de casă (pierderea căminului, a ceea ce îi era familiar) într-un mediu în care trebuia să demonstreze că poate să facă față (stres de adaptare), l-au făcut să se simtă depășit.

Examinarea cognițiilor și comportamentelor actuale

Examinarea cognițiilor scoate în evidență gânduri automate distorsionate de tip etichetare („sunt un ratat”), gândire dihotomică („nimic nu fac cum trebuie”), convingeri dezadaptative („valoarea mea ca persoană depinde de ceea ce gândesc ceilalți despre mine”), scheme negative de eșec („sunt condamnat la o viață plină de eșecuri”).

Din punct de vedere comportamental au fost relevate următoarele deficite: abilități sociale scăzute, autocontrol deficitar, asertivitate scăzută, lentoare psihomotorie.

Aspecte pozitive ale subiectului

Are o inteligență peste medie și este sănătos fizic (conform investigațiilor medicale efectuate, atât clinic, cât și paraclinic). Prezintă intenția și dorința de a face tot ce-i stă în putere astfel încât lucrurile să meargă bine, este atent la ce i se comunică și putem presupune că va prezenta o compliance bună la terapie.

Ipoteza de lucru

Credințele centrale ale subiectului (factori predispozanți) au dus la interpretarea negativă a situațiilor (factori declanșatori). Situația juridică și încarcerarea ulterioară au precipitat simptomatologia actuală, prin activarea credințelor centrale dezadaptative. Lipsa abilităților sociale și lipsa asertivității au avut ca efect amplificarea simptomatologiei. Cognițiile negative dezadaptative în legătura cu evenimentele pe care le-a experiențiat au determinat dezvoltarea depresiei.

Planul terapeutic

Listarea problemelor:

- *insomnie de trezire, scădere în greutate (apetit alimentar diminuat);*
- *tonus scăzut al activității, tendința de izolare socială;*
- *tristețe, anxietate, rușine, vinovăție, lipsă de speranță, ahedonie.*

Scopuri terapeutice:

- *familiarizarea clientului cu intervenția;*
- *activarea comportamentală și alte intervenții comportamentale;*
- *intervenții cognitive;*
- *discutarea problemelor de dependență și prevenirea recăderilor;*
- *finalizarea intervenției.*

Planificarea terapiei

Ședințele 1 – 3

Evaluarea:

- *constatarea acuzelor;*
- *investigarea tuturor simptomelor;*
- *evaluarea deficitelor cognitive, comportamentale și interpersonale;*
- *evaluarea deficitelor de funcționare în mediul social și ocupațional;*
- *administrarea bateriei de teste de evaluare standard utilizate pentru diagnosticare (SCID I și II, scala de atitudini disfuncționale DAS A, profilul distresului emoțional PDE, BDI, scala de atitudini și convingeri ABS II, chestionarul schemelor cognitive Young);*
- *evaluarea tulburărilor comorbide (evaluarea anxietății cu scalele EMAS);*
- *evaluarea utilizării substanțelor; evaluarea nevoii pentru consiliere sau dezintoxicare; evaluarea nevoii pentru tratament medicamentos.*

Tema de casă

- *Completarea unor scale pentru evaluarea nivelului depresiei și al distresului afectiv (PDE, BDI, BAI).*

Ședința 4

- *Este evaluat modul de efectuare al temei de casă și starea emoțională a pacientului.*
- *Pacientul este informat în legătură cu diagnosticul și se semnează consimțământul informat.*
- *Se asigură familiarizarea pacientului cu tratamentul cognitiv-comportamental al depresiei.*
- *Sunt listate problemele și se întocmește împreună cu pacientul o listă cu scopurile intervenției.*
- *Se oferă subiectului fișe care conțin informații despre depresie și terapia cognitiv-comportamentală în general.*

Intervenții comportamentale

- *Este identificat scopul intervenției comportamentale (deficite și excese comportamentale);*
- *Pacientul este instruit cu privire la planificarea recompenselor și programarea activităților și este încurajat să recurgă la auto-recompensare cu o frecvență cât mai mare.*
- *Pacientul este încurajat să reducă timpul petrecut prin ruminare și comportamentele pasive, asociale.*
- *Este evaluată nevoia pacientului de a face modificări în igiena personală, stil alimentar, mâncat compulsiv etc.*
- *Este evaluată - tratată insomnia prin tehnici specifice.*

Intervenții cognitive

- *Pacientul este informat despre legătura dintre gânduri automate și emoții și este ajutat să categorizeze gândurile automate distorsionate.*
- *Sunt identificate și dezbătute împreună cu pacientul gândurile automate în cadrul ședinței.*
- *Este încheiat contractul „NU - sinuciderii” și sunt dezbătute gândurile anti-plăcere.*

Teme de casă

Pacientul este rugat să noteze propriile gânduri și stări emoționale, să își categorizeze gândurile automate, să înceapă să își planifice recompense auto-monitorizate/direcționate și programarea activităților, să recurgă cât mai frecvent la auto-recompensă și să utilizeze gradarea sarcinilor.

Ședințele 5-6

- *Este evaluat modul de efectuare al temei de casă.*
- *Este evaluat nivelul depresiei și al distresului afectiv (PDE, BDI).*

- Este evaluată posibilitatea suicidului.
- Sunt evaluate posibilele efecte secundare ale tratamentului medicamentos.

Intervenții comportamentale

- Predați și exersați abilitățile asertive în cadrul ședinței.
- Este crescută frecvența comportamentelor recompensatorii față de ceilalți.
- Este crescută frecvența contactelor sociale pozitive - inițierea contactelor și construirea unei rețele sociale de suport.
- Este evaluat nivelul de auto-recompensare și este introdusă optimizarea abilităților de rezolvare de probleme.

Intervenții cognitive

- Pacientul este instruit cum să folosească fișa de monitorizare zilnică a gândurilor automate disfuncționale.
- Sunt folosite tehnici cognitive specifice pentru a ajuta pacientul în atacarea gândurilor automate negative.
- Sunt identificate și dezbătute convingerile dezadaptative disfuncționale.

Tema de casă

Pacientul este rugat să își noteze gândurile și stările emoționale, să își dezbătă gândurile automate și convingerile prin tehnici cognitive specifice, să continue sarcina de gradare a sarcinilor.

Ședințele 7-9

- Evaluarea temei de casă;
- Evaluarea nivelului depresiei și al distresului afectiv (PDE, BDI);
- Evaluarea posibilității suicidului.

Intervenții comportamentale

- Este continuată predarea și exersarea abilităților de rezolvare de probleme.
- Sunt optimizate abilitățile de comunicare ale pacientului (ascultarea activă, conceperea și receptarea optimă a mesajului, empatie).
- Este continuată tehnica de gradare a sarcinilor.
- Este continuată dezvoltarea și optimizarea asertivității și a abilităților sociale.

Intervenții cognitive

- Identificarea și dezbateră gândurilor automate cele mai dificil de dezbătut de către pacient.
- Identificarea și dezbateră convingerilor dezadaptative.
- Se începe dezbateră schemelor cognitive.

Tema de casă

Pacientul este rugat să exerseze folosirea diverselor tehnici de dezbateră a convingerilor și a schemelor negative; să continue gradarea sarcinilor, asertivitatea, auto-recompensa, exersarea optimizării abilităților de comunicare și de rezolvare de probleme.

Ședințele 10-14

- Evaluarea temei de casă;
- Evaluarea nivelului depresiei și al distresului afectiv (PDE, BDI);
- Evaluarea posibilității suicidului.

Intervenții comportamentale

- Este continuată predarea și exersarea abilităților de rezolvare de probleme.
- Este continuată optimizarea abilităților de comunicare (ascultarea activă, conceperea și receptarea optimă a mesajului, empatie).
- Este continuată aplicarea tehnicii de gradare a sarcinilor.
- Este continuată optimizarea abilităților asertive și a abilităților sociale.

Intervenții cognitive

- Este continuată identificarea și dezbateră gândurilor automate și a convingerilor.
- Sunt trecute în revistă vechile gânduri automate (identificate în ședințele anterioare) și sunt discutate cu pacientul (dacă încă mai au vreo semnificație).
- Este examinată originea schemelor și evaluată măsura în care schemele au influențat/afectat evenimentele, experiențe importante de-a lungul vieții.
- Este folosită metoda jocului de rol pentru a ajuta pacientul să identifice schemele negative și persoanele care au contribuit la dezvoltarea acestor scheme.
- Este ajutat pacientul să dezvolte convingeri și scheme mai realiste.
- Este ajutat pacientul să dezvolte afirmații pozitive despre sine și un „statut de drepturi”.

Tema de casă

Pacientul este rugat să exerseze folosirea diverselor tehnici de dezbateră a convingerilor și a

schemelor negative; să continue gradarea sarcinilor, asertivitatea, auto-recompensa, exersarea optimizării abilităților de comunicare și de rezolvare de probleme.

Ședințele 15-18 (programate din două în două săptămâni sau o dată pe lună)

- Evaluarea temei de casă;
- Evaluarea nivelului depresiei și al distresului afectiv (PDE, BDI);
- Evaluarea posibilității suicidului;
- Evaluarea oricăror efecte secundare ale tratamentului medicamentos.

Intervenții comportamentale

- Este continuată predarea și exersarea abilităților de rezolvare de probleme.
- Este continuată tehnica de gradare a sarcinilor.
- Este continuată optimizarea abilităților de asertivitate și a abilităților sociale.

Intervenții cognitive

- Pacientul este ajutat să continue dezvoltarea convingerilor și a schemelor mai realiste.
- Pacientul este ajutat să dezvolte afirmații pozitive despre sine și un „statut de drepturi”. Sunt trecute în revistă vechile gânduri automate (identificate în ședințele anterioare și în temele de casă) și este continuată dezbaterea acestora.
- Este planificată încheierea intervenției.

Teme de casă

Pacientul este rugat să dezvolte planuri pentru modalitățile în care pot fi rezolvate probleme pe viitor (pacientul este îndemnat să își dea teme de casă). De asemenea, se solicită pacientului să indice care sunt ariile problematice pe care va continua să le abordeze după terminarea terapiei.

VI. Bibliografie

- Cabie, M.C., 1999, Pour une therapie breve, Eres, Ramonville Saint-Agne
- Dafinoiu, I, 2000, Elemente de psihoterapie integrativă, Polirom, București
- David, D. (2003). *Castele de nisip. Știință și pseudoștiință în psihopatologie*, Editura Tritonic, București.
- David, D. (2006). *Psihologie clinică; Presentare generală. Manual și suport de curs*, Universitatea Babeș-Bolyai, Catedra de Psihologie, Cluj-Napoca.
- David, D. (2006). *Psihoterapii individuale și de grup; Presentare generală. Manual și suport de curs*, Universitatea Babeș-Bolyai, Catedra de Psihologie, Cluj-Napoca.
- David, D.(2006) *Psihologie clinică și psihoterapie*, Fundamente, Editura Polirom, Iași.
- David, D. (2006). *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Editura Polirom, Iași.
- Holdevici, I. (2009). *Tratat de psihoterapie cognitive-comportamentală. Gândirea pozitivă – cheia sănătății și eficienței*, Editura Trei, București.
- Holdevici, I, 2000, Psihoterapii scurte, Ceres, București
- Ionescu, G, 1999, Tratat de psihologie medicală și psihoterapie, Favorit Print S.A., București
- Irvin D. Yalom (2005). *Tratat de psihoterapie de grup*, Editura Trei, București.
- Leahy R. L. și Holland S. J. (2010), *Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate*, Colecția Psihologului Expert, Editura ASCR.
- Marcelli, D, Braconnier, A, 2006, *Tratat de psihopatologia adolescenței*, Editura Fundatiei Generatia, București
- Trip, S. (2007). *Introducere în consilierea psihologică*, Editura Universității din Oradea.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Smith Benjamin, L. (1997).

Interviu Clinic Structurat pentru Tulburările Clinice de Personalitate de pe Axa II a DSM, Adaptare în limba română David, D. (coordonator) (2007), Editura RTS.

Ivey, E.A., Ivey Bradford, M. (2007). *Intentional Interviewing and Conseling*, Thomson Brooks/Cole, Australia.

***, *Ghid de practică clinică în psihologie*, Colegiul Psihologilor din România, Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie

SECVENȚA 7

ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ ACORDATĂ ÎN REGIM DE GRUP

Alina Zamoșteanu, Nicolae Marian, Erika Moldovan, Magdalena Toma, Elena Cârnaru, Bogdan Moisuc, Adriana Docea



I. Considerații teoretice

Unul din scopurile asistenței psihologice a persoanelor private de libertate este rezolvarea problemelor de natură emoțională sau interpersonală, prin punerea la dispoziția subiectului a instrumentelor necesare soluționării acestora. Intervenția psihologică de grup reprezintă o componentă a demersului psihologic, ca și cea individuală.

Spre deosebire de asistența psihologică individuală, cea de grup permite observarea comportamentului interpersonal direct în situație, realitatea socială a individului putând fi mai bine înțeleasă. Astfel, în cazul multora dintre persoanele custodiate, grupul poate reface o situație familială și poate produce retrăirea tensiunilor și a conflictelor familiale anterioare.

Consilierea psihologică/psihoterapia de grup oferă contextul în care sunt reconectate și redimensionate relațiile interpersonale, creându-se oportunitatea de a fi împreună cu alții, de a împărtăși sentimente, idei, de a dobândi un mai bun autocontrol asupra situațiilor generatoare de conflict, de a primi și oferi suport emoțional. Diferențele dintre consiliere și terapie sunt dificil de operat în mod absolut, datorită faptului că demersul consilierii este tangent (în special) celui al psihoterapiilor scurte. De aici rezultă și asemănarea tehnicilor și metodelor, utilizate în grupul psihologic, cu cele elaborate în cadrul orientărilor psihoterapeutice de bază: *cognitiv-comportamentale, dinamic-psihoanalitice, ericksoniene, scurte, umanist - existențiale - experiențiale*.

Limitele celor două domenii se particularizează astfel:

	Consilierea de grup	Psihoterapia de grup
Obiective	<ul style="list-style-type: none">- promovarea sănătății și a stării de bine fizic și psihic;- autocunoaștere și dezvoltarea personală;- prevenție (a dispoziției afective negative, a neîncrederii în sine, a comportamentelor de risc, a	<ul style="list-style-type: none">- restructurarea personalității- dezvoltarea personală și promovarea stării de bine, în vederea autorealizării, autodeterminării;- diminuarea sau stingerea simptomului;

	conflictelor interpersonale, a dificultăților de învățare, a dezadaptării sociale, a disfuncțiilor psihosomatice, a situațiilor de criză).	<ul style="list-style-type: none"> - întărirea Eului; - echilibrarea identității personale, a imaginii de sine; - prevenirea tulburărilor și dezvoltarea de paternuri de adaptare corespunzătoare tratamentului sau terapia tulburărilor deja manifestate; - reabilitarea (diminuarea consecințelor unei boli deja instalate).
Dimensiuni ale demersului	<ul style="list-style-type: none"> - prezent și viitor; - normalitate; - spațiul dezvoltării; - actualitate; - termen scurt; - conștientizare; - educație; - vocație; - suport; - rezolvare de probleme. 	<ul style="list-style-type: none"> - trecut; - patologie (nevroze); - termen lung; - reconstrucție; - problematică profundă.
Rolul psihologului	<ul style="list-style-type: none"> - rol de moderator; - se focalizează pe schimbarea comportamentului. 	<ul style="list-style-type: none"> - psiholog specializat; - rol de terapeut; - se focalizează pe schimbarea comportamentului și facilitarea insight-ului.
Grupul	<ul style="list-style-type: none"> - închis; - semi-închis; - deschis. 	<ul style="list-style-type: none"> - este preferat grupul închis.

Eficiența programelor de asistență psihologică acordată în regim de grup persoanelor private de libertate a validat în practică funcționarea următoarelor *principii de lucru*:

- *principiul riscului* - intensitatea intervenției trebuie să fie proporțională cu nivelul de risc al persoanei custodiate;
- *principiul nevoii criminogene* - eliminarea factorilor care au contribuit la comiterea infracțiunii;
- *principiul responsivității* - corespunde stilului de învățare al persoanei custodiate și al consilierului, fiind direct proporțională cu angajarea activă a subiectului;
- *principiul integrității* - intervenția trebuie să fie coerentă, riguros aplicată și să respecte etapele prestabilite.

Avantajele lucrului cu grupul sunt numeroase, atâta timp cât se respectă principiile enunțate:

- oferă sentimentul că nimeni nu este singur în aceeași situație;
- fiecare participant are posibilitatea să-și exprime punctul de vedere și să-și exerseze abilitățile de comunicare;
- participanții învață să ofere feed-back pozitiv;

- se creează cadrul schimbării atitudinale – fiecare participant învață despre sine și despre ceilalți;
- prin intermediul schimbului de idei și opinii, grupul contribuie la creșterea stimei de sine a participanților;
- fiecare participant devine un potențial terapeut, grupul oferind un sentiment de apartenență și consolidând abilitățile participanților de a lucra în echipă;
- din perspectiva costurilor și a timpului alocat, grupul este o metodă eficientă – cuprinde mai mulți beneficiari ai demersului specific în aceeași unitate de timp.

Recomandăm ca la structurarea categoriilor să luăm în calcul *factorii catalizatori ce contribuie la dezvoltarea grupului terapeutic/de consiliere*:

- motivul pentru care s-a constituit un grup și obiectivele sale;
- nevoile și riscurile identificate ale fiecărui participant;
- structura grupului cu rolurile și normele inerente, procesul de dezvoltare, repartizarea și sarcinilor;
- aspectele calitative ale vieții de grup (felul în care se abordează și se soluționează conflictele, stilul de comunicare, învățarea emoțională, crearea liderilor etc.);
- ambientul, contextul grupului și cel existențial al membrilor grupului.

În evoluția sa, fiecare grup parcurge următoarele *faze*:

1. stabilirea regulilor și încheierea *Contractului terapeutic*;
2. crearea identității de grup;
3. explorarea individuală;
4. dezvoltarea intimității;
5. explorarea reciprocității;
6. obținerea autonomiei prin reorganizarea structurii de grup;
7. dezvoltarea autonomiei grupului;
8. independență și transferul celor învățate;
9. încheierea terapiei și ruperea grupului.

Criterială este faza a 8-a, care, dacă este realizată cu succes, grupul va avea dezavantajul de a dezintegra relativ ușor.

În funcție de structura grupului, consilierea și psihoterapia recomandă *grupul omogen, selectat*, care asigură interacțiunea maximă și reușita atingerii obiectivelor, deoarece este constituit din participanți apropiați din perspectiva criteriului sex (femei sau bărbați), *vârstă* (minori ori adulți), *a diagnosticului/a formei de manifestare a simptomelor* (agresivitate, consum de droguri etc.).

Din perspectivă dinamică, deși recomandăm eficiența grupului închis (format din persoane selecționate, care încep în același moment psihoterapia și lucrează împreună până la încheierea participării), realitatea susține caracteristicile grupului deschis (iar grupul continuă să funcționeze prin părăsirea sau adăugarea de noi membri), particularități generate de rulajul permanent, prin transferul deținuților între unitățile penitenciare.

II. Demersuri

Demersul individual al specialistului se realizează prin: stabilirea contactului și a alianței terapeutice, etapa diagnostică, stabilirea scopurilor.

Planificarea intervenției

Necesită *măiestria terapeutului* la identificarea subiecților (deci componenta grupului, poate chiar previzionarea în ceea ce privește posibilele modalități de colaborare), la *stabilirea tipului de intervenție* (consiliere sau terapie de grup în funcție de obiectivele prestabilite), la *planificarea intervenției* (în funcție de competențele psihologului și de formarea acestuia). De asemenea, este dependentă de resursele materiale și umane existente, precum și de posibilitățile de obținere a acestora.

Intervenția propriu-zisă

Este perioada cea mai problematică în *constituirea identității grupului*, în *evoluția acestuia* și în *reșita obiectivelor stabilite*.

Punerea în practică a planului stabilit este *cea mai consistentă etapă*, atât din perspectiva terapeutului, cât și din cea a beneficiarilor grupului, având cea mai lungă durată în timp. Se raportează continuu la obiectivele stabilite și, „din mers”, adaugă și ține cont de noile informații apărute (despre participanți sau grup în sine).

Evaluarea intervenției realizate

Beneficiarii grupurilor terapeutice au posibilitatea de a conștientiza achizițiile, ceea ce are ca efect secundar, dar pozitiv, creșterea încrederii în sine și a stimei de sine.

În plan general, evaluarea finală marchează terminarea demersului terapeutic, permițând participanților să se desprindă din relația terapeutică.

III. Particularități

Asistența psihologică acordată în regim de grup (consiliere de grup/psihoterapie de grup în cadrul programelor) minorilor și tinerilor custodiați

Scopul asistenței psihologice acordate în regim de grup adolescenților din centrele de reeducare și/sau penitenciarele de minori și tineri are în vedere următoarele aspecte:

- formarea unui comportament asertiv și a unor atitudini pro-sociale în rândul minorilor/tinerilor care au comis infracțiuni;
- rezolvarea dificultăților personale pe care minorii și tinerii le întâmpină utilizând grupul ca loc al învățării sociale imediate și directe.

Obiectivele asistenței psihologice acordate în regim de grup adolescenților custodiați sunt validate de practică și urmăresc rezolvarea problemelor de ordin personal și/sau social cu care aceștia se confruntă:

- dezvoltarea tehnicilor de socializare în interacțiunea intra-grup,
- utilizarea învățării interpersonale în vederea ameliorării și echilibrării psihocomportamentale;
- reducerea vulnerabilităților individuale, utilizând experiența grupului (universalitatea trăirilor, comportament imitativ etc.);
- dezvoltarea învățării „socio-emoționale” în 3 pași – perceperea propriilor sentimente, acceptarea lor, transmiterea și comunicarea lor celorlalți membri de grup.

Condițiile care sprijină atingerea obiectivelor:

- ședințele de psihoterapie / consiliere trebuie să devină un eveniment în viața minorului/tânărului asistat,
- respectarea desfășurării secvențiale a ședințelor de psihoterapie/consiliere, astfel încât să asigure o unitate gradată ca intensitate, privind implicarea adolescentului asistat în demersul terapeutic,
- testarea pe parcursul terapiei/intervenției a locului unde se plasează persoana asistată, în ceea ce privește capacitatea sa de verificare a realității;
- adecvarea metodelor psihoterapeutice la cerințele sociale, culturale ale persoanei asistate.

Organizarea grupului terapeutic

Din practică s-a observat că un rol important în atingerea obiectivelor îl are organizarea grupului. În acest sens, psihologul ia în considerare cadrul și scopul terapiei, precum și categoriile de minori sau tineri care vor fi incluși în grup, ținând cont de caracteristicile lor psihopatologice, dar și personale. Includerea în grup se face în funcție de rezultatele evaluării inițiale și de recomandările menționate în *Planul individualizat*. Nu se includ în grup participanți doar pe baza dorinței lor.

Selecția participanților la grup

Pentru a realiza corect selecția participanților și a elimina subiectivitatea, se pornește de la ideea că niciun minor nu poate fi respins decât după o apreciere amănunțită, în baza unor criterii bine stabilite. Se urmărește evitarea situației *singular - minoritar* în grup (de ex.: un minor cu un intelect sub limită printre minori cu un intelect superior mediei etc.).

Condițiile care sprijină atingerea obiectivelor:

- ședințele de psihoterapie/consiliere trebuie să devină un eveniment în viața minorului/tânărului asistat,

Pregătirea pentru psihoterapia de grup

În vederea eliminării temerilor și/sau suspiciunilor și pentru asigurarea unui nivel optim al confortului psihic al adolescentului, după includerea în grup, acesta este pregătit de psiholog pentru participarea la ședințe.

- În cadrul *pregătirii nestructurate*, i se oferă minorului date referitoare la metodologia psihoterapiei de grup sau se răspunde întrebărilor acestuia referitoare la modul de desfășurare a psihoterapiei.
- *Pregătirea structurată* se organizează prin ședințe de psihoterapie individuală, anterioare intrării minorului în grup.

Compoziția grupului

- Psihologul se asigură că grupul are între 6 și 10 membri. Într-un grup mai mare de 10 membri terapeutul riscă să piardă controlul grupului, iar în grupul mai mic de 6, minorii se vor simți dominați de autoritatea terapeutilui. În acest sens, recomandăm formarea și, mai ales, menținerea grupului din 8 membri, deoarece, din practică, s-a desprins că acesta este numărul optim.
- Sexul – se pot realiza grupuri omogene, în cadrul cărora se pot discuta mai ușor probleme intime, dar și grupuri mixte.
- Nivelul socio-cultural și intelectual poate fi diferit, deoarece mărește gradul de activism al grupului, astfel încât trebuie să ținem cont de faptul că nivelul intelectual redus și gradul diminuat de participare la viața socială reprezintă o contraindicație pentru terapia de grup.

Funcționarea grupului

- Majoritatea specialiștilor consideră că ritmul optim este de o ședință pe săptămână, în aceeași zi, la aceeași oră. Durata unei ședințe variază între 50 și

120 de minute, durata optimă fiind de 90 de minute (cu cât crește durata, peste 120 de minute, se dezvoltă tensiunile emoționale între membri și se pierde esența grupului).

Relația terapeutică

- Particularizat la grupul de minori privați de libertate, relația terapeutică presupune aceleași dimensiuni enunțate anterior, cu referire la asistarea psihologică a acestora în regim individual. Factorii care influențează atât relația terapeutică, cât și procesele evolutive ale grupului format din minori sau tineri sunt în principal: *particularitățile de vârstă*, cele ale *mediului privativ de libertate*, care uneori pot acționa ca și factori frenatori în dezvoltarea grupului, *autodezvăluirea autentică* - membri grupului având tendința de a se limita la prezentarea unor aspecte superficiale și, în principal, inautentice. În aceste situații recomandăm alternarea ședințelor de grup cu cele de terapie individuală.

Limite în eficiența terapiei/consilierii de grup cu adolescenți

- Competențele profesionale ale specialiștilor implicați în asistarea psihologică a minorilor privați de libertate;
- Transferul cunoștințelor asimilate la nivel intra-grupal prin învățarea extra-terapeutică și aprofundarea achizițiilor dobândite în cursul asistării de grup.

Riscuri în derularea terapiei/consilierii de grup cu adolescenți

- Excesul de transfer din partea minorului asistat, care poate deturna relația terapeutică sau poate îngreuna demersul, generând un contra-transfer din partea terapeutului/consilierului;
- Crizele de neîncredere ale minorului asistat, care pot să apară periodic pe parcursul curei terapeutice, fiind expresia rezistenței acestuia, manifestate prin neacceptarea interpretărilor psihologului;
- Reacția contra-transferențială din partea terapeutului/consilierului, pe care acesta nu o controlează eficient;
- Dificultatea de a menține structura terapeutică, concretizată prin dificultatea de securizare a spațiului terapeutic și de menținere a confidențialității la nivelul grupului.

IV. Limite în intervenția de grup

- Din practică se observă că intervenția în grup nu este potrivită pentru orice persoană privată de libertate. Pentru a putea funcționa în condiții de grup, unele persoane necesită, în prealabil, ajutor individual.

- Rolul psihologului în situația de grup este mult mai difuz raportat la cadrul individual. Acesta trebuie să se distribuie pe fiecare subiect, pe interacțiunile sale, dar și pe dinamica/emergența grupului. Comparativ cu cadrul individual, psihologul va apărea mai puțin „prezent” fiecărui membru.

- Dinamica de grup poate distrage sau împiedica expresia anumitor problematici ale persoanei custodate.

- În unele situații, abilitățile exersate nu pot fi verificate în prezența factorului de risc, datorită restricțiilor specifice mediului penitenciar, motiv pentru care, pentru unele cazuri, intervenția vizează dimensiunea cognitivă a fenomenului (de ex.: dependența de alcool).

V. Riscuri în intervenția de grup

- Apariția proceselor psihice inconștiente, mergând de la identificarea cu un alt membru al grupului (model negativ) sau stimularea transferului, până la decompensarea personalității.
- Persoanele private de libertate pot întâmpina probleme în a dobândi încredere în membrii grupului, ceea ce conduce la blocarea comunicării.

MODEL DE SESIUNE CONSILIERE DE GRUP - grup închis

Sedința de pregătire

Înainte de a începe sesiunea de grup, consilierul trebuie să se pregătească. Se evaluează fiecare persoană și se are în vedere anticiparea sarcinilor și a problemelor posibile.

1.Procedura de deschidere - 5 minute

Format:

- formați un cerc închis;
- faceți exerciții de contact vizual și fizic;
- faceți exerciții de respirație;
- fiți atenți și identificați dispoziția clienților.

Scop:

- stabilirea controlului;
- determinarea membrilor grupului să intre în contact unii cu alții;
- aducerea grupului la o stare de concentrare;
- evaluarea atitudinii și dispoziției membrilor.

În timpul procedurii de deschidere, consilierul „măsoară” climatul grupului și ajută participanții să se acomodeze cu procesul de grup. Consilierul intră în sala pregătită pentru grup. Se asigură că încăperea este prevăzută cu scaune așezate în cerc, destul de aproape unul de altul pentru ca membrii grupului să se atingă. Consilierul întâmpină neoficial fiecare membru al grupului, vorbind cu el înainte de a începe ședința.

Consilierul cere membrilor grupului să atingă persoanele așezate în imediata sa vecinătate și să aibă contact vizual cu fiecare persoană din grup. Le solicită să se asigure că cealaltă persoană le vede, dând din cap sau printr-un alt răspuns. Consilierul aplică tehnica de centrare, cu scopul de a aduce subiectul în contact cu el însuși și de a lăsa celelalte probleme în afara grupului.

2.Opinii față de ultima ședință - 15 minute

Format:

- întrebați la ce s-au gândit subiecții în timpul ultimei ședințe;
- întrebați cum s-au simțit în timpul ultimei ședințe;
- întrebați care sunt cele trei persoane care le-au atras atenția la ultima ședință și de ce.

Scop:

- comunicare;
- antrenarea memoriei;
- corelarea experienței grupului;
- determinarea interesului față de alți membri ai grupului;
- inițierea unei interacțiuni de calitate în grup.

Feedback-ul implică o scurtă descriere: (1) a gândurilor fiecărui membru al grupului, în timpul ultimei ședințe, (2) a felului în care s-au simțit la ultima ședință și (3) identificarea a trei persoane care s-au remarcat la ultima ședință și prin ce au fost remarcate de ceilalți membri.

Toti membrii grupului trebuie să ofere un feedback privind ultima ședință. Acesta ajută la atingerea unei serii de obiective:

- obligă fiecare participant să vorbească în prima fază a ședinței de grup;
- evită tendința către izolare/auto-centrare, forțându-l pe beneficiar să menționeze și să comenteze despre cel puțin trei alți membri ai grupului;

- îi învață pe participanți cum să ofere feedback;
 - obligă membrii grupului să-și amintească evenimente importante din ședința anterioară;
 - testează motivația unui membru;
 - oferă consilierului informații privind membrii grupului care pot întâmpina probleme de colaborare în alte etape ale intervenției (de ex: cei care refuză să ofere reacții sau să repete ce spun alții);
 - îi oferă consilierului ocazia de a reflecta asupra ultimei ședințe de grup și de a compara ceea ce a reținut el cu ceea ce au reținut membrii grupului.
- Psihologul trebuie să ajute membrii grupului în formularea feedback-ului lor.

Probleme tipice întâmpinate de participanții la grup:

Participanții comunică ce au gândit sau simțit despre ultima ședință, în loc de ceea ce au gândit sau simțit în timpul ultimei ședințe

De exemplu:

Participant – „M-am gândit că ședința de săptămâna trecută a fost bună”. (incorect)

Consilier – „M-ai înțeles greșit; ce aș vrea să-mi spui este ce dialoguri sau imagini s-au format în mintea ta”.

Participant – „În timpul ședinței de săptămâna trecută m-am gândit la felul în care alcoolul mi-a afectat viața”. (corect)

Se face confuzie între gânduri și sentimente

De exemplu:

Participant – „Cred că eram furios”. (incorect)

Consilier – „Erai furios? (explică diferența dintre un gând și un sentiment)”

Participant – „Eram furios, mă gândeam la închisoare”. (corect)

Vorbesc despre un membru al grupului, în loc să vorbească despre ei

De exemplu:

Participant – „X mi-a atras atenția pentru că povestea vieții lui seamănă cu a mea”. (incorect)

Consilier – „Te rog să repeți și, de această dată, adresează-te direct lui X, uită-te la el și spune-i că ți-a atras atenția pentru că ...”

Participant – „Vlad, mi-ai atras atenția pentru că povestea vieții tale seamănă foarte mult cu a mea”. (corect)

Prezentăm câteva exemple de feedback corect formulat:

* „M-am gândit mult la felul în care mă împac cu furia și frustrarea; am primit un răspuns folositor atunci când am vorbit despre problema mea.”

* „Pentru prima dată, după mult timp, m-am entuziasmat în loc să mă întristez; Vlad, mi-ai atras atenția prin faptul că ai înțeles despre ce vorbeam; Cristi mi-ai atras atenția pentru că mi-ai spus că îți pasă, nu sunt sigur că te cred, o parte din mine crede că îmi spui adevărul și m-am simțit bine; altă parte din mine spune: << De ce i-ar păsa, nimănui nu-i pasă>>.”

* „Petru, mi-ai atras atenția pentru că păreai a nu-mi acorda atenție când vorbeam.”

3. Raport asupra temei pentru acasă - 10 minute

Format:

- întrebați dacă tema a fost realizată,
- dacă da, întrebați ce au învățat,
- dacă nu, întrebați ce s-a întâmplat când a încercat să o rezolve,
- întrebați cât de important este pentru subiect să o prezinte în cadrul grupului în acea ședință (cotează de la 1 la 10);
- discutați orice alte probleme care trebuie lucrate în grup (cotează de la 1 la 10).

Scop:

- responsabilitate (solicitați numai ce așteptați și ce analizați);
- continuitate (vă asigurați că toate temele sunt rezolvate).

Temele pentru acasă au scopul de a sprijini membrii grupului să rezolve o problemă comună. Unele din aceste probleme se vor rezolva în grup (în timpul ședințelor), altele vor trebui rezolvate individual, între întâlniri. Imediat după reacții, consilierul va cere tuturor membrilor grupului care au primit o problemă să răspundă pe scurt la șase întrebări.

* Care a fost tema și de ce a fost atribuită?

- * A fost rezolvată tema? Dacă nu, ce s-a întâmplat atunci când s-a încercat rezolvarea ei?
- * Ce s-a învățat din rezolvarea problemei?
- * Ce sentimente și emoții au însoțit rezolvarea temei?
- * Au apărut elemente care cer să fie analizate suplimentar în grup?

Participanților li se va cere să aprecieze în cadrul ședinței de grup cât de importante sunt temele lor, marcându-le cu un număr între 1 și 10, unde 1 înseamnă nu foarte important, iar 10 înseamnă foarte important.

4. Stabilirea agendei - 3 minute

Format:

- DECIDEȚI și anunțați ordinea prezentării de către membrii grupului.

Scop:

- recapitularea unei scurte descrieri,
- stabilirea priorităților se face în funcție de severitatea problemelor.

După ce s-au discutat toate temele atribuite, consilierul identifică persoanele care vor să lucreze și va anunța cine va lucra și în ce ordine. Membrii grupului care nu au timp să-și prezinte temele în ședința de grup aflată în derulare, vor fi primii pe agenda următoarei ședințe de grup. Este recomandat să nu se planifice mai mult de trei beneficiari care să lucreze într-o ședință de grup.

5. Procesul de rezolvare a problemelor - 70 minute

Format:

- prezentarea problemelor;
- întrebări din partea membrilor grupului;
- feed-back de la membrii grupului și de la consilier;
- concluzie din partea consilierului.

Scop:

- prezentarea ideilor;
 - lămuriri suplimentare prin formularea întrebărilor din partea grupului;
 - primirea feedback-ului de la membrii grupului,
 - elaborarea de teme de casă pentru continuarea progresului,
 - prezentarea unei probleme în cadrul grupului
- „Problema la care aș vrea să lucrez este .”
 „A devenit pentru prima dată o problemă când”
 „Am încercat să rezolv această problemă în trecut în felul următor ...”.

Obiectivele întrebărilor din cadrul grupului trebuie să fie astfel formulate pentru:

- a stabili relații prin ascultare activă,
- a încuraja membrii grupului să-și cunoască și să-și înțeleagă pe cei care lucrează asupra unei probleme,
- a transmite mesajul „ești ascultat, înțeles, luat în serios și recunoscut ca persoană”.

Metoda „EIAG”:

Experiență: „Ce experiență ai avut și de ce este o problemă?”

Identificare: „Poți identifica părțile importante, elementele sau rezultatele experienței?”

Analiză: „De ce este importantă această experiență ? Care este semnificația ei?”

Generalizare: „Ce ai învățat din această experiență? Cum vei aplica ce ai învățat în alte experiențe?”

Oferirea de feedback în grup:

→ „Reacția mea la problema sau tema ta este”

→ „Înțeleg / cred că problema ta este ...”

→ „Cred despre reacția ta că ...”

Procesul schimbării:

Nicio problemă nu se rezolvă într-o singură prezentare în cadrul grupului. Pentru a rezolva o problemă este nevoie de trei până la șase prezentări în grup. Fiecare problemă trebuie divizată în secvențe, pe care se poate lucra în sesiuni de 20-30 de minute. Limitați fiecare prezentare la 20-30 de minute. Alocați timp pentru ca doi până la patru participanți să lucreze în fiecare grup.

Procesul de rezolvare a problemelor în grup este creat pentru a permite participanților să prezinte grupului anumite elemente, să le clarifice prin întrebări adresate în timpul ședinței, să primească feedback de la grup, de la consilier (dacă este cazul) și să formuleze probleme de rezolvat pentru a continua evoluția.

Atunci când se tratează probleme care nu constituie teme pentru acasă, se recomandă un proces standard de rezolvare, cu următorii pași:

Pasul 1: Identificarea problemei

Mai întâi, participanții vor pune întrebări, pentru a identifica ce anume creează dificultăți. Care este problema?

Pasul 2: Clarificarea problemei

Sunt încurajați să prezinte problemele în mod clar și concret. Este aceasta adevărata problemă sau există o problemă mai importantă?

Pasul 3: Identificarea alternativelor

Care ar fi opțiunile de rezolvare a problemei? Cereți grupului să vină cu o listă de cel puțin cinci soluții posibile. Această variantă le va da mai mult de o posibilitate pentru a alege cea mai bună soluție și le va oferi câteva alternative dacă prima alegere nu funcționează.

Pasul 4: Consecințe anticipate pentru fiecare alternativă

Care sunt rezultatele probabile ale fiecărei opțiuni? Grupul va pune persoanei următoarele întrebări:

- * Ce se va întâmpla în cel mai bun caz dacă alegeți această variantă?
- * Ce se va întâmpla în cel mai rău caz?
- * Ce se va întâmpla cel mai probabil?
- * Care este reacția voastră (gânduri, sentimente, amintiri și proiecții de viitor) atunci când vă gândiți la adoptarea acestei variante?

Pasul 5: Decizia

Grupul va întreba persoana care dintre opțiuni oferă cele mai bune rezultate și pare a avea cele mai bune șanse de succes. Cereți-le să ia o decizie pe baza alternativelor identificate.

Pasul 6: Acțiunea

Odată ce au ales o soluție pentru problemă, trebuie să facă un plan pentru cum o vor rezolva. Elaborarea unui plan răspunde la întrebarea „Ce aveți de gând să faceți?”

Pasul 7: Urmărirea

Cereți persoanei să-și ducă planul la îndeplinire și să informeze despre cum se descurcă. Majoritatea problemelor nu se vor rezolva doar prezentându-le în cadrul unei ședințe de grup, necesitând timp.

Pot fi necesare trei până la cinci prezentări ale unei probleme, împreună cu temele pentru acasă rezolvate între ședințele de grup, pentru a găsi rezolvarea completă a unei probleme. Participanții primesc un interval limitat de timp pentru a prezenta o problemă sau o temă pentru acasă. Ca regulă generală, pentru o problemă nu vor lucra în grup mai mult de 20 de minute.

Feedback

Când atingeți un punct în care o parte din procesul rezolvării problemelor este încheiat sau s-a prezentat rezolvarea unei teme pentru acasă, membrii grupului și consilierul trebuie să ofere feedback. Consilierul va fi ultimul. Feedback-ul se va comunica cerându-le membrilor să completeze următoarele:

- * Reacțiile mele sunt ... (un sentiment, un gând sau cum se pot identifica membrii cu subiectul care a prezentat).
- * Cred că aceasta îți afectează recuperarea prin ...
- * Ce cred eu despre tine ca persoana este ...

Scopul acestui exercițiu de feedback este practicarea abilităților de comunicare, învățarea procedurii de a oferi și de a primi feedback și a utiliza grupul în rezolvarea problemelor. Consilierul poate da o temă pentru acasă subiectului, dacă apreciază că este necesar să continue să învețe despre cum să rezolve aceste probleme.

6. Exercițiu de încheiere - 15 minute

Format:

- notați cel mai important lucru pe care l-ați învățat astăzi în ședința de grup,
- notați ce veți face diferit, ca rezultat a ceea ce ați învățat,
- explicați grupului care este cel mai important lucru pe care l-ați învățat și ce veți face în mod diferit, ca rezultat.

Scop:

- asigurați-vă că fiecare membru înțelege și se integrează în experiența grupului

Încheierea ședinței:

Confirmați data, ziua și ora următoarei ședințe.

Cu aproximativ 15 minute din ședința de grup, consilierul îi va întreba pe membri următoarele:

- * Care este cel mai important lucru pe care l-ați învățat în această întâlnire?
- * Este important să îl notați în caietele voastre. Ce veți schimba în comportamentul vostru? * Notați în caiete. Comunicați grupului ce ați învățat și ce schimbări doriți să faceți.
- * Fiecare participant va răspunde pe scurt la aceste întrebări în fața grupului. Consilierul va încheia apoi

ședința.

7. Sesiunea de evaluare - monitorizare

Format:

- recapitularea progreselor și problemelor fiecărui participant;
- gândiți-vă la cei care s-au remarcat cel mai mult în grupul de astăzi și de ce;
- gândiți-vă și notați orice eveniment deosebit pozitiv sau negativ în grup;
- gândiți-vă și notați orice sentiment personal și reacție față de grup.

Scop:

- recapitularea progreselor și problemelor grupului,
- antrenarea și dezvoltarea abilităților consilierului,
- evaluarea și monitorizarea este esențială pentru reușita grupului pe termen lung.

Se realizează o trecere în revistă a fiecărui persoane, se identifică membrii deosebiți ai grupului și evenimentele speciale, se discută progresele și problemele, se revizuiesc sentimentele personale și reacțiile consilierilor.

Prevenirea recăderilor

Pentru a crește încrederea în sine a subiectului, spre sfârșitul terapiei, când simptomele au dispărut, se mărește intervalul dintre ședințele. Terapeutul trebuie să lucreze cu participanții strategii de a face față unor astfel de situații. Terapeuții cognitiv-comportamenaliști consideră că o cauză majoră a recăderilor este adunarea unor argumente insuficiente împotriva gândurilor negative.

Pentru a antrena această capacitate de a descoperi contraargumente la gândurile negative, în cursul unor ședințe, participantul furnizează argumente împotriva ideilor sale negative, iar terapeutul îl provoacă prin contraargumente. Acest procedeu ajută membrii grupului să descopere punctele slabe din cadrul luptei lor cu ideile negative.

În același scop, de prevenire a recăderilor, participanții la grup pot fi sprijiniți să utilizeze „caietul de lucru pentru prevenirea recăderilor”. Participantul completează caietul de lucru între ședințele de grup, prezentând ceea ce a învățat, dar și realizând exercițiile în cadrul ședințelor de grup.

VI. Bibliografie

David, D., (2006). *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Editura Polirom.

Dafinoiu, I., (2005). *Psihoterapii scurte*, Editura Polirom.

Mitrofan, I., (2005). *Consilierea psihologică. Cine, ce și cum?* Editura Sper.

Yalom, I.D., Leszcz, M., 2008, *Tratat de psihoterapie de grup. Teorie și practică*, ediția a V-a, Editura Trei, București

Holdevici, I., (2005). *Elemente de psihoterapie*, Editura Mar.

Ionescu, G., (1995). *Tratat de psihologie medicală și psihoterapie*, Editura "Asklepios" București.

*** Agenția Națională Antidrog, (2007). *Manualul consilierului Prevenirea recăderilor la persoanele dependente de droguri*, Editura Detectiv.

TITLUL III

ASISTENȚA PSIHOLÓGICĂ CU CARACTER SPECIFIC



a) Intervenții psihologice în funcție de vârstă și sex

SECVENȚA 8

DESFĂȘURAREA INTERVENȚIILOR DE TIP PSIHOLÓGIC CU MINORI ȘI TINERI

*Alina Zamoșteanu, Alina Aron,
Șița Popa, Mircea Dreghici*

I. Considerații teoretice

Comportamentul infracțional constituie un sindrom al unei perturbări (decompensări) a câmpului structurat al personalității minorului. Perturbarea mecanismelor de structurare a personalității se produce prin convergența operațională a unor procese psihofiziologice determinate de o multitudine de factori.

Procese, ca formule de prelucrare a informației, care sunt considerate determinate de o multitudine de factori de ranguri diferite, pot fi:

- conflictualizarea intrapsihică și relațională,
- traumatizarea psiho-afectivă,
- deprivarea structurală și funcțională cognitiv-culturală și educativă,
- distorsionarea valorilor moral-sociale,
- patologii neuropsihice.

Succesiv carențelor relaționale din grupul primar, minorul sau tânărul poate prezenta diferite distorsiuni *specifice personalității delincvente*:

- distorsiuni din sfera afectivă,

- sentimentul abandonului,
- disfuncționalități cu referire la strategiile de rezolvare a stărilor conflictuale,
- distorsiuni în procesul de autovalorizare,
- reducerea pragului de rezistență la frustrare,
- perturbări în sfera relațiilor sexuale,
- distorsiuni în sfera cognitiv-intelectuală,
- perturbarea prizei de conștiință și a reprezentării realității.

II. Demersuri

Scopul intervențiilor de tip psihologic cu minorii și tinerii privați de libertate este reprezentat de formarea și dezvoltarea abilităților necesare reinserției sociale.

Obiectivele intervențiilor psihologice cu minorii și tinerii custodiați urmăresc:

- restructurarea factorilor de modelare negativă;
- reducerea factorilor de risc interni și externi, simultan cu restructurarea și compensarea personalității în condițiile dezvoltării acesteia în continuum-ul social;
- compensarea nevoilor / carențelor personalității minorilor și tinerilor.

Intervenția psihologică presupune organizarea și derularea ședințelor de consiliere/ psihoterapie de grup și/sau individuale cu minorii și tinerii privați de libertate.

A. Consilierea psihologică

Consilierea psihologică a minorilor și tinerilor privați de libertate este o formă de intervenție specializată adresată celor ce se află într-o situație de impas și urmărește rezolvarea unor situații de criză situate la nivel familial, educațional, social sau profesional.

Are ca scop optimizarea, autocunoașterea și dezvoltarea personală, precum și prevenția și remiterea problemelor emoționale, cognitive și de comportament.

Prin intervenția de consiliere psihologică, adolescenții învață să-și dezvolte noi strategii de rezolvare a problemelor, prin activarea propriilor resurse blocate.

În cadrul ședințelor de consiliere, psihologul are rolul de a-i ajuta pe adolescenți să depășească diverse momente dificile și să își descopere resursele. Pe parcursul dezvoltării și structurării personalității acestora au loc mai multe etape dificile, care pot declanșa blocaje emoționale, dificultăți școlare, relații conflictuale cu impact puternic asupra lor.

Consilierea psihologică este utilă în problemele de adaptare școlară, profesională, socială și relațională, în gestionarea conflictelor personale și a conflictelor familiale, în cazul dezvoltării unor probleme de identitate, pentru rezolvarea de conflicte psihologice, pentru dezvoltarea și valorificarea potențialului propriu, a resurselor personale.

Beneficiile serviciilor de consiliere psihologică acordate minorilor și tinerilor custodiați se materializează prin:

- stare psihologică mai bună, mai confortabilă;
- control mai bun al situațiilor, evenimentelor și influențarea lor în direcția dorită.

Din practică s-a observat că, în mediul privativ de libertate, consilierea psihologică este utilă minorilor și tinerilor care:

- întâmpină *dificultăți de adaptare școlară sau de relaționare*;

- sunt *dezorientați social, profesional*;
- au *dificultăți de menținere a relațiilor*;
- au *nevoie de susținere*;
- doresc să *facă schimbări importante în viață*.

B. Psihoterapia

Contribuie la stimularea statusului psihologic și comportamental al adolescenților care execută pedepse privative de libertate

Prin psihoterapie, psihologul intervine pentru diminuarea deficiențelor emoționale, comportamentale, prin restructurare cognitivă. Intervenția psihoterapeutică este utilă, de asemenea, și în situațiile de normalitate, pentru ameliorarea funcționării psihice și somatice.

Psihoterapia se adresează unor forme specifice de boli mentale diagnosticabile sau problemelor cotidiene de relaționare. Tratamentul problemelor cotidiene este, de cele mai multe ori, denumit consiliere (distincție adoptată pentru prima dată de Carl Rogers), dar acest termen este, uneori, folosit cu un sens interșanjabil cu cel de psihoterapie.

În psihoterapie, se utilizează o serie de tehnici bazate pe dialog, comunicare și schimbare comportamentală, care au ca scop îmbunătățirea sănătății mentale a minorului sau tânărului ori îmbunătățirea unor relații de grup.

Prin psihoterapia minorului/tânărului custodiat, psihologul urmărește ameliorarea problemelor de natură psihologică, utilizând metode de modificare a comportamentelor, reacțiilor, emoțiilor și gândurilor dezadaptative și care împiedică persoana în atingerea scopurilor.

Psihoterapeutul și minorul/tânărul, fie că lucrează în diadă, fie în grup terapeutic, formează o echipă, care lucrează împreună la identificarea și rezolvarea problemelor și a dificultăților adolescentului custodiat.

Modificarea factorilor psihologici implicați în patologie o atribuim intervenției psihoterapeutice. De asemenea, intervenția psihoterapeutică vizează nu doar modificarea *factorilor psihologici implicați în boală*, ci și *a celor care predispun la îmbolnăvire*, aducându-și astfel contribuția atât la profilaxia suferințelor, cât și la menținerea stării de sănătate și a optimizării personale a minorului/tânărului.

În cazul minorilor și a tinerilor privați de libertate se impune o asistență complexă educațională, psihologică și socială care să constituie o formă de acțiune eficientă, prin exercitarea unei influențe considerabile asupra funcției de reglare, de optimizare și progres al sistemului socio-educational.

Intervenția psihoterapeutică nu constituie o formă de influențare autonomă întrucât, pe de o parte, derivă din necesitățile procesului educațional (învățare – dezvoltare – integrare), iar, pe de altă parte, convertește elementele educaționale în factori terapeutici. Atât învățarea, cât și dezvoltarea personalității minorului inadapdat nu pot opera dacă procesele care au generat perturbarea acestora nu sunt înlăturate. Aceste procese formează nuclee conflictuale, care produc un efect global asupra mecanismelor de bază ale homeostaziei morale și sociale, perturbând decizia integratoare, ceea ce determină *decompensarea personalității*.

Perioada cea mai dificilă a intervenției terapeutice este cea orientată asupra compensării intra- și inter-sistemice. După cum reiese din modelul pe care îl prezentăm mai jos, centrul de convergență și de reușită al celor două mari direcții de influențare și de restructurare a personalității subiectului, dependent de formarea psihoterapeutului, se află în procesul de compensare:

- a. tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale se axează predominant pe restructurarea cognitivă și, implicit, pe cea a comportamentului inadecvat, asociat cu modificarea percepției și a imaginii de sine, aceste demersuri constituie pilonul principal în abordările terapeutice cu scop recuperativ în sistemul penitenciar,
- b. psihoterapia cognitivă – pentru mulți specialiști reprezintă intervenția de reușită în recuperarea persoanelor private de libertate – are drept obiectiv o restructurare a modului de priză cu realitatea, de remodelare a cunoașterii și de modificare a sistemului de constructe morale,
- c. tehnica de influențare la contactul cu instituția se bazează pe psihoterapiile parțiale cu largi posibilități de individualizare, care au ca scopuri principale desensibilizarea, dezinhibarea și dezabituarea (comportamente ce stau la baza respingerii condițiilor oferite de școală);
- d. un alt canal de influențare este cel oferit de psihoterapiile reductive și deconflictualizante, scopul acestora fiind cel de a reduce tensiunile deconflictualizante și de a stinge conflictele, iar un loc important în acest context îl ocupă tehnicile de relaxare,
- e. simultan se pot utiliza tehnici specifice terapiilor de expresie și operaționale, obiectivul principal fiind cel de facilitare a procesului de reidentificare și actualizare a eu-lui,
- f. tehnicile psihoterapeutice de grup contribuie în mare măsură la reorganizarea activităților și a relațiilor sociale care permit o identificare și actualizare a eu-lui în direcția învățării și a dezvoltării;
- g. socioterapia, una dintre cele mai bogate și eficiente forme ale intervenției terapeutice, operează sintezele necesare pentru procesul de socializare (maturizare) a personalității.

III. Limite

- Resurse umane și materiale insuficiente desfășurării optime a intervențiilor;
- Transferarea minorilor/tinerilor implicați în programe și activități de asistență psihosocială în alte unități ale sistemului penitenciar, ceea ce poate determina cu ruperea relației terapeutice și creșterea riscului de recădere.

IV. Riscuri

- Riscul decompensării psihice pe fondul particularităților și a limitărilor mediului privativ de libertate (menționate mai sus);
- Controlul redus asupra contextului în care evoluează minorii și tinerii privați de libertate (de ex: climatul din interiorul camerei de deținere care poate genera influențe negative și poate crește riscul decompensării).

V. Bibliografie

Păunescu, C. (1984). *Coordonate metodologice ale recuperării minorului inadaptat*, Editura Didactică și Pedagogică, București.

*** *Ghid de practică clinică în psihologie*, Colegiul Psihologilor din România, Comisia de Psihologie Clinică și Psihoterapie.

SECVENȚA 9

DESFĂȘURAREA INTERVENȚIILOR DE TIP PSIHOLOGIC CU PERSOANELE VÂRSTNICE

Oana Sorescu, Alina Boteanu



I. Considerații teoretice

Din cercetarea ciclurilor vieții, validată în practică, se desprinde concluzia că *adolescența* și *vârsta a treia*, asemenea perioadelor de tranziție de la o etapă de maturitate la alta, constituie cele mai fragile terenuri pe care se pot insera, cu ușurință, stările critice.

Etapile de vârstă de după 65 de ani (considerate ca perioade fragile, de involuție), pun mult mai multe probleme psihologice și clinice decât celelalte secvențe de maturizare ale vieții. Perioada de bătrânețe aduce cu sine numeroase schimbări importante în modul în care individul se percepe pe sine și lumea din jur, respectiv, au loc schimbări în viața profesională, în relațiile cu familia și prietenii. Unele din aceste schimbări au loc într-o perioadă specifică, determinată de timp și necesită o adaptare imediată. Principala cauză o constituie resursele diminuate de sanogeneză, care nu pot compensa deficitul fizice și intelectuale generate.

Caracteristici specifice vârstei a treia

Din perspectiva *modificărilor biologice*, cel mai semnificativ fenomen este cel al scăderii energiei instinctelor și a eficienței adaptării. Au loc modificări biochimice (hormonale), trofice, de consistență și funcționale, ale structurilor biologice ale organismului.

Un alt aspect ce se resimte odată cu înaintarea în vârstă este cel al *mișcărilor*. Acestea devin mai greoaie, lipsite de suplețe și forță. Scade numărul fibrelor musculare active. La aceasta se adaugă creșterea fragilității oaselor prin rarefierea țesuturilor osoase, decalcifieri, ceea ce provoacă dureri osoase (de coloană, discopatii) sau de tip sciatică, dureri reumatismale, care, împreună cu depozitele disproporționale de grăsime, pot determina modificări de ținută, postură și un confort mai mare în anumite poziții.

În sfera organelor interne au loc fenomene de degradare (cele mai frecvente la nivelul cordului și la nivel pulmonar).

Modificări importante au loc și în ceea ce privește *somnul* și funcțiile lui recuperative.

Îmbătrânirea *sistemului nervos* produce o modificare a caracteristicilor temperamentale privind intensitatea sensibilității instinctelor, a echilibrului emoțional, mobilității generale, caracteristici ce stau la baza comportamentului.

Declinul psihic este dependent de mai mulți factori care privesc atât structura anatomo-fiziologică a individului, cât și condițiile de mediu, particularitățile modului de viață, felul în care s-a realizat din punct de vedere profesional, familial cu consecințe directe asupra nivelului de trai etc.

În *plan senzorial*, degradarea diferitelor funcții ale *văzului* și *auzului* face ca prelucrarea informațiilor să devină dificilă și deficitară.

Inteligența poate să se mențină relativ activă, totuși apar modificări la nivelul tumultului de idei, care începe să scadă. În declin se află și *discursul verbal*, tocmai din cauza pierderii ideilor, fapt ce determină timiditatea sau chiar teama în exprimarea unei opinii.

Din punct de vedere *afectiv*, emoțiile devin puțin mai primitive. Tulburările psihoafective sunt dominante și tind să-și pună amprenta pe întreg comportamentul persoanei vârstnice. Frecvent se fac simțite *stările depresive*, ceea ce determină un dezechilibru în plan intern, dar și o perturbare a relațiilor cu cei din jur. Stările de depresie sunt însoțite și de teama de moarte. Apar și *stări de frustrare*, deoarece își face simțită prezența ideea de inutilitate sau cea de neluare în seamă de către ceilalți. Persoanele care suferă de depresie tind să fie pesimiste, inhibate, nefericite și neliniștite, dar manifestă și negativism față de orice sugestie.

Memoria este afectată, în mai mare sau mai mică măsură, apar numitele amnezii infantile (de ex.: persoana nu-și mai poate aminti evenimente din anumite perioade ale vieții). Amintirile îndepărtate par totuși să fie mai ordonate, sistematizate și definite.

Tulburările de memorie se asociază cu *tulburările de gândire și cele ale limbajului*. Se instalează idei de persecuție, astfel încât persoana are impresia că este urmărită și judecată în permanență pentru ceea ce spune sau pentru ceea ce face. Comportamental, se asociază manifestări de nervozitate, irascibilitate și stări de frustrare. De multe ori, se asociază comportamentul dependent (consumul excesiv de alcool) și chiar tentative de viol, mai ales asupra unor persoane mai tinere. Toate aceste comportamente anomice semnifică o slabă adaptare la mediu, la contexte, dar și la colectiv, o lipsă de cooperare și un pronunțat egocentrism.

Din punct de vedere *caracterial* se pot produce ascuțirea sau intensificarea unor trăsături dizarmonice preexistente sau dezvoltarea lor pentru prima dată.

De exemplu:

- *persoanele astenice* se remarcă prin sentimentul de autoapreciere coroborat cu senzația de prăbușire a prestigiului social - elemente ce predispun la reacții sau decompensări depresive;
- *persoanele depresive* trăiesc continuu sentimente de deznădejde și pot apărea reacții și idei de inutilitate, asociate cu lipsa de sens a vieții și cu tendințe suicidare;
- *persoanele schizoide* prezintă tendințe accentuate de izolare, refuză contactul social, optează pentru păstrarea stereotipă a camerei sau a rolului îndeplinit, însoțite de indiferență pentru ceea ce se petrece în jur imediat după satisfacerea nevoilor imediate.

II. Demersuri

Scopul intervențiilor de tip psihologic cu persoanele vârstnice private de libertatea este de *stimulare a statusului psihologic și comportamental al acestora*.

Obiectivul general al intervențiilor de acest tip îl reprezintă îmbunătățirea stării de confort psihic, a stării de sănătate mintală, stimularea relaționărilor cu celelalte persoane private de libertate și cu mediul.

Obiectivele specifice urmăresc:

- adaptarea instituționalizată a persoanelor private de libertate vârstnice;
- asigurarea unui standard de viață care să corespundă nevoilor celor vârstnici;
- satisfacerea diverselor nevoi ale persoanelor private de libertate vârstnice;
- prevenirea, limitarea, înlăturarea unor evenimente considerate „de risc”;
- integrarea socială (în grup) a persoanelor de vârstă a treia, aflate în executarea unei pedepse privative de libertate, prin implicarea acestora în diferite activități programate psihologice.

Finalitatea dorită este ca *persoanele private de libertate vârstnice*:

- să poată identifica/conștientiza nevoi/trebuințe/resurse bio-psiho-sociale;
- să funcționeze, pe cât posibil, independent, menținându-și demnitatea;
- să mențină un echilibru funcțional afectiv și comportamental;
- să crească respectul pentru propria persoană;
- să îmbunătățească procesul de înțelegere a diferitelor situații pe care le traversează;
- să amelioreze simptomatologia anxioasă, depresivă;
- să-și mențină / readapteze capacitățile fizice sau intelectuale;
- să se (re)adapteze social, în vederea evitării fenomenelor de marginalizare socială, stigmatizare, etichetare, victimizare.

Mijloace și tehnici

În practică au fost validate evaluările următoarelor *caracteristici*:

- a) măsurarea statusului funcțional,
- b) măsurarea amplă a stării de sănătate,
- c) măsurarea depresiei și a statusului mintal,
- d) măsurarea sănătății sociale – *evaluarea suportului, dar și a satisfacției față de viață și a încrederii de sine*,
- e) măsurarea calității vieții.

Tot în practică, lucrul cu persoanele vârstnice custodiate a dovedit eficiența *tehnicilor psihoterapeutice*:

- a) *cognitiv-comportamentale*,
- b) *experiențiale*,
- c) *complementare – terapie prin odihnă activă, terapii ocupaționale*.

Etape în demersul de asistență psihologică a persoanelor vârstnice

În vederea desfășurării eficiente și de bună calitate a intervențiilor, este necesar ca psihologul să utilizeze următorii *indicatori de evaluare a stării de sănătate a persoanelor vârstnice custodiate*:

1. *înțelegerea nivelului de apreciere globală, psihologică, a vârstnicului*, în cadrul limitelor de ordin cognitiv, dar și al particularităților afective și comportamentale specifice vârstei,
2. *identificarea tulburărilor somatice funcționale și a celor organice stabilizate*, ca un fundal pe care se pot dezvolta tulburări psihice (sau alte tulburări patologice somatice) caracteristice vârstei înaintate,
3. *evaluarea stării psihosomatice* cu accent pe *identificarea elementelor pozitive* (păstrarea interesului pentru nou, căutarea satisfacției în diverse domenii, reflexul de a învăța lucruri noi, de a participa la diverse activități), dar și a *elementelor negative* (scăderea memoriei recente, lentoarea procesării informațiilor, adaptabilitatea mai redusă datorită unui conservatorism prin atașamentul de vechi obiceiuri sau valori sociale, aspectul exterior marcat adesea de o igienă deficitară și, frecvent, de o diminuare a mobilității și a funcțiilor senzoriale - auz, văz etc.);
4. *evaluarea parametrilor psihologici*, respectiv orientarea temporo-spațială, modul de înțelegere a întrebărilor, fixarea atenției și memoria de scurtă/lungă durată, capacitatea de abstractizare, motivația și capacitatea de a se separa, dar și opusul acestor trăsături;
5. *identificarea factorilor psihosociali ce pot determina un prognostic favorabil* (nivel de instruire relativ bun, interese, funcții psihice bazale de un nivel acceptabil, mobilitate etc.);
6. *analiza dinamicii relaționale* (posibilitatea de a se descurca cu rigurile tratamentului sau cu gestionarea activităților zilnice);
7. *elaborarea unor strategii terapeutice personalizate*;
8. *medierea, consilierea și intervenția în situații de criză*.

III. Particularități

Din practica psihologului din penitenciar în intervențiile derulate cu persoanele vârstnice private de libertate, s-au conturat mai multe *particularități*.

1. Reacții psihopatologice, frecvent dezadaptive, mai ales forma depresivă

Stările depresive ale vârstnicilor, prin diversificare, suprapunere cu alte simptome, precum și resursele limitate de sanogeneză fac dificilă identificarea cauzelor deprimării și, implicit posibilitățile de intervenție. Prima etapă constă în determinarea tipului de depresie:

- endogenă (episoade depresive ale psihozei maniaco-depresive, episoade depresive majore - așa-numitele melancolii de involuție, distimii depresive sau constituționale, ciclotimii intercalate cu stări hipomaniacale);
- reactivă - apărută ca urmare a impactului psihologic al factorilor de mediu, se centrează pe traume psihice, neadaptări sociale (depresii de doliu, depresii din diferite boli infirmizante prin care persoana își pierde autonomia, depresii din sindroamele dureroase prelungite și frica de moarte);
- psiho-organică - apare ca sindrom unic sau la debutul diferitelor forme de demență și implică dificultăți mari la diagnosticare;
- de origine organică (endocrin, metabolic, infecțios etc.);
- de epuizare - se instalează ca urmare a unor eforturi prelungite cu epuizare fizică marcată (de ex.: în cazul afecțiunilor acute respiratorii sau toxice);

- asociată schizofreniei, rar întâlnită la vârstnici, face parte din evoluția schizofreniei - schizomelancolia, dezordinile schizoafective - sau se suprapune unui episod depresiv major cu o boală preexistentă.

Factorii precipitanți în apariția depresiei, în cazul persoanelor private de libertate vârstnice sunt: eșecurile, singurătatea, suferințele organice și disfuncțiile senzoriale.

În cea mai mare parte, vârstnicii care execută o măsură privativă de libertate prezintă *simptome*, care duc, deseori, la apariția unor *comportamente disfuncționale*. Aceste simptome sunt:

- suferințe somatice,
- tulburări de somn,
- tulburări de apetit,
- sentimente de culpabilitate,
- sentimente de inutilitate,
- autoacuzare,
- apatie,
- tristețe - totul este negru și dominat de dorința de a muri.

În cazul depresiei, psihologul urmărește *trei principale obiective*:

- obținerea remisie simptomele în faza acută;
- prevenirea recăderilor în cursul bolii;
- prevenirea recidivelor prin menținerea terapiei suportive un timp adecvat după vindecare.

Beneficiile intervenției sunt măsurate prin:

- îmbunătățirea calității vieții;
- ameliorarea capacității funcționale;
- asigurarea longevității.

În intervenția antidepresivă la persoanele vârstnice custodiate, practica psihologului care lucrează în mediul penitenciar a validat o serie de *obstacole*:

- nediagnosticarea la timp a depresiei vârstnicilor,
- absența unei educații adecvate în legătură cu natura depresiei la vârsta a treia, dar și a terapiei sale,
- deficiențe în obținerea unei compliance bune la tratament,
- prezența unor factori cauzali, care împiedică succesul terapeutic - afecțiuni medicale intercurrente, dificultăți psihosociale, lipsa suportului familial, alți factori psihosociale (*de ex.:* cum ar fi doliul, izolarea socială, riscul suicidului sau decesului prin afecțiuni medicale asociate).

Modalitatea cea mai eficientă de depășire a obstacolelor o reprezintă colaborarea în cadrul echipei multidisciplinare, a tuturor specialiștilor implicați: psiholog, medic psihiatru, asistent medical, educator, asistent social.

2. Abuzuri emoționale, fizice, sexuale asupra vârstnicilor, cauzate de capacitățile psihofizice reduse

Factorii precipitanți în apariția acestor fenomene negative sunt:

- suferințele organice ale persoanelor private de libertate vârstnice,
- deținerea unor economii/bunuri mai mult sau mai puțin consistente.

Ca urmare a abuzului, persoana custodiată, vârstnică, resimte o serie de *simptome*:

- sentiment de neajutorare,
- suferințe somatice,
- tulburări de somn,
- tulburări de apetit,
- stare permanentă de depresie, anxietate, spaimă,
- deteriorarea condiției biologice, atât în plan fizic, cât și mental, putându-se ajunge până la agravarea acesteia și deces.

În plan psihologic, *principalul efect* resimțit de vârstnic este dat de subminarea și deteriorarea identității personale și, implicit, a identității sociale.

În aceste cazuri, în cadrul intervenției, psihologul își stabilește *obiectivele* care urmăresc:

- facilitarea consultului multidisciplinar;
- remisiunea simptomelor;
- asigurarea suportului emoțional;
- ameliorarea/îmbunătățirea relațiilor interpersonale - readaptare socială.

Beneficiile asistenței/intervenției psihologice sunt resimțite de vârstnicul custodiat prin:

- îmbunătățirea calității vieții;
- ameliorarea capacității funcționale și a confortului psihic.

Din practică s-a desprins *un obstacol*, ce poate interveni în terapie, și anume: greutatea cu care vârstnicii își dezvăluie traumele pe care le trăiesc într-o astfel de situație.

Principala modalitate de depășire a acestui obstacol este, ca și în cazul anterior, intervenția multidisciplinară a specialiștilor: psiholog, medic, asistent social, jurist.

3. Polipatologia

Patologiile, ce țin nemijlocit de vârsta înaintată, impun eforturi susținute pentru custodiarea și îngrijirea acestei categorii cu risc, extrem de vulnerabilă biologic, psihologic și social.

Patologia vârstnicului diferă de cea a adultului, printr-o serie de particularități ce se referă la: etiologia multiplă, manifestări clinice nespecifice, comorbidități, complicații frecvente, convalescență prelungită, metabolizare și excreție modificată a medicamentelor, deteriorare rapidă în lipsa tratamentului adecvat.

Polipatologia este una din caracteristicile persoanei în vârstă care prezintă deseori trei și mai multe patologii, printre ele predominând patologia sistemului cardiovascular, a aparatului locomotor, întâlnindu-se frecvent sindroamele mari geriatrie (căderi, dereglări psihice, dereglări ale dispoziției etc.). Condițiile de trai nesatisfăcătoare, aportul insuficient de substanțe nutritive, neîncadrarea adecvată în viața socială agravează și mai mult problemele vârstnicului.

Factorul precipitant în apariția acestui fenomen este tangența dintre patologii somatice și cele psihice.

Simptomele resimțite de persoana vârstnică custodiată sunt identificate sub forma:

- suferințelor somatice;
- manifestărilor clinice și psihice nespecifice;
- convalescența prelungită.

Obiectivele asistenței/intervenției psihologice în aceste cazuri trebuie să vizeze:

- cunoașterea situației reale referitoare la starea sănătății vârstnicului, printr-o evaluare complexă, globală;
- identificarea factorilor de risc, a cauzelor și a consecințelor;
- promovarea activității sociale cu participarea specialiștilor în domeniu (medic, asistent social, asistent medical);
- prevenirea complicațiilor medicale și psihologice.

Beneficiile asistenței psihologice sunt importante și se referă la:

- ameliorarea calității vieții;
- prevenirea deficiențelor;
- prevenirea decompensării patologiilor cronice;
- creșterea speranței de viață;
- recâștigarea autonomiei.

Ca principală *modalitate de depășire a obstacolelor* recomandam colaborarea în cadrul echipei multidisciplinare; psiholog, medic, asistent medical.

IV. Riscuri

- Principalul risc identificat în practică îl reprezintă dificultatea realizării unui diagnostic pentru situațiile de criză, cărora le cad victime persoanele private de libertate de vârsta a treia, dat fiind faptul că ezită să se adreseze psihologilor, în cele mai multe cazuri, punând accent pe aspectele somatice sau pe cele spirituale.

STUDIU DE CAZ

I.P., 68 ani, sex masculin.

În prezent, persoană privată de libertate, recidivist; din pedeapsa actuală, de 7 ani, mai are de executat două luni.

Se prezintă la cabinetul psihologic la recomandarea medicului curant - relație medic-pacient perturbată pe fondul unor cerințe și exigențe nerezonabile ale pacientului, noncompliantă terapeutică, dispoziție fluctuantă (uneori apatie, alteori iritabilitate).

Anamneza și examenul psihologic evidențiază o serie de factori care presupun aspecte de ordin:

- social - lipsa suportului socio-familial, lipsa partenerului conjugal (afirmă că soția a decedat în urmă cu aproximativ patru ani - are un băiat plecat în străinătate, cu care nu menține legătura de aproximativ trei ani și nici cu alți membri ai familiei; afirmă că deține o locuință),
- fizic - tulburări somatice funcționale (somn neadecvat din punct de vedere cantitativ, cu treziri frecvente în timpul nopții, neliniște psihomotorie), este diagnosticat cu hipertensiune arterială și artrită reumatoidă,
- mental - ideatie greoaie, scăderea memoriei imediate,
- financiar - dificultăți materiale și financiare (nu beneficiază de pensie, consideră că vârsta înaintată nu îi va permite să muncească pentru a se întreține).

Testarea funcțiilor cognitive, afective, a comportamentului și a personalității (prin teste psihometrice și probe proiective) a evidențiat:

- sentiment de inutilitate socială, pe fondul unei imagini de sine scăzută;
- anxietate amplificată de teama pentru neprevăzut;

- modificări comportamentale cu accentuarea trăsăturilor conflictuale, agresiv revendicative;
- toleranță la frustrare scăzută;
- rigiditate, încăpățănare.

În ceea ce privește capacitatea funcțională, I.P. se descurcă de unul singur în propriul spațiu, apelează singur la ajutor sau la servicii medicale.

Totalitatea acestor factori, precum și apropiata modificare a regimului de viață (liberarea și lipsa suportului socio-familial - după părerea acestuia - depășesc capacitatea adaptativă a acestuia și impun restructurări existențiale), ne conduc către ipoteza adoptării, din partea subiectului, a unor mecanisme de coping centrate atât pe problemă, cât și pe emoție.

Obiectivele intervenției psihologice:

- diminuarea distresului psihic generat de apropierea liberării și lipsa suportului socio-familial;
- identificarea de eustresuri zilnice (de ex.: plimbare, acces la activități recreative, la TV etc.),
- creșterea complianței terapeutice;
- creșterea nivelului de activare zilnică (activități de dezvoltare personală);
- identificarea unor modalități asertive de a solicita ajutor, la nevoie.

Existența mecanismelor de apărare de genul negării, blocajului, refuzului realității, a făcut ca intervenția să dezbuteze destul de anevoios. Însă, odată stabilită relația psiholog-persoană custodiată – bazată pe onestitate și deschidere către nevoile și problemele reale ale acestuia – ședințele au continuat în direcția obiectivării particularităților stabilite cu subiectul.

S-a lucrat în echipă multidisciplinară, cu acordul persoanei custodiate, solicitându-se sprijinul de specialitate al asistentului social (de ex.: atunci când au fost întâmpinate dificultăți la abordarea problematichilor legate de rețeaua de suport social după liberare), al educatorului (de ex.: implicarea în diferite activități recreative), al asistentului medical (de ex.: îmbunătățirea complianței la tratamentul medical prin aplicarea necesității respectării anumitor conduite, a efectelor diferitelor medicamente asupra stării de sănătate etc.).

Rezultate intervenției psihologice nu au întârziat să apară, atât în o mai bună comunicare și relaționare pacient - echipă multidisciplinară, cât și în dobândirea unei stabilități emoționale și dispoziționale bazată pe acumularea de informații utile, cu insuflarea speranței și redescoperirea unor abilități practice care îl relaxează.

V. Bibliografie

Bogdan, C (1997). *Geriatric*, Editura Medicală, București.

Iamandescu, I.B. (2002). *Stresul psihic din perspectivă psihologică și psihosomatică*, București, Editura Infomedica.

Mihăilescu, V. (1996). *Psihoterapie și psihosomatică*, Editura Polirom, Iași.

Șchiopu, U., Verza, E. (1997). *Psihologia vârstelor*, Ciclurile vieții, București, Editura Didactică și Pedagogică.

American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), 4th Edition (1994) American Psychiatric Press Washington, DC.

Birch, A. (2006). *Psihologia dezvoltării*, Editura Tehnica, București.

Andelin, E.I., Burcă, C. (2009). *Program specific de asistență psihosocială destinat persoanelor vârstnice*, București

SECVENȚA 10

DESFĂȘURAREA INTERVENȚIILOR DE TIP PSIHOLOGIC CU FEMEILE PRIVATE DE LIBERTATE (ȘI CELE AFLATE ÎN SITUAȚII SPECIALE – GRAVIDE ȘI LĂUZE)

Vasilica Petcu, Viviana Leordean, Ecaterina Preda,
Cristina Ionescu, Lorena Bolfă



I. Considerații teoretice

Este pe deplin recunoscut faptul că femeile private de libertate au nevoi și expectanțe diferite, în multe privințe, comparativ cu bărbații. Considerăm importantă desfășurarea unor intervenții menite să reducă problemele specifice categoriei femeilor private de libertate și care se adaugă celor comune tuturor persoanelor custodiate în sistemul penitenciar:

- cerințe speciale privind îngrijirea sănătății;
- menținerea relației de suport social cu familia este diminuată de creșterea distanței față de casă (un singur penitenciar și 9 secții de deținere asigură custodia femeilor care execută pedepse privative de libertate);
- nevoi speciale ale celor care au copii în întreținere;
- asistență specială pentru cele care au suferit abuzuri și violențe.

De asemenea nu putem separa inițiativa elaborării unui *Ghid de bune practici al psihologului care lucrează în sistemul penitenciar* de respectarea procedurilor specifice activităților desfășurate cu femeile private de libertate cuprinse în *Manualul de proceduri al sistemului penitenciar*.

II. Demersuri

A. Evaluarea

persoanelor de libertate femei are ca finalitate identificarea vulnerabilităților specifice din perspectiva cognitivă, afectivă și comportamentală.

1. Evaluarea inițială. Are ca *obiectiv general* identificarea vulnerabilității specifice afectiv-comportamentale, operaționalizat în *obiective specifice* de genul:

- a) prezența elementelor specifice depresiei medii sau majore, ideea suicidară, tentative de suicid în arest sau antecedente, tendințe de auto-agresiune (în special auto-răniri pe brațe și antebrate), inclusiv prezența elementelor specifice depresiei post-partum;

- b) prezența riscului de victimizare;
- c) prezența simptomatologiei specifice sevrajului după consumul îndelungat de substanțe;
- d) identificarea tendinței de a minimiza consumul de droguri (nerecunoașterea dozei sau a consumului constant de droguri) sau dimpotrivă consum declarativ fals de droguri pentru a influența cursul procesului penal,
- e) identificarea victimelor abuzului de orice fel în copilărie sau a victimelor violenței domestice;
- f) identificarea elementelor specifice comportamentului hetero-agresive.

Mijloace și tehnici

Instrumente folosite: anamneza, interviu clinic semistrukturat, scale specifice evaluării psihocomportamentale.

Mijloace pe care le avem la dispoziție:

- Screening-ul;
- Interviul clinic structurat SCID I,
- Anamneza,
- Observația,
- Sursele documentare - dosarul de penitenciar și observațiile medicale la care putem avea acces,
- Chestionare, scale, inventare, liste de control.

2. Evaluarea de parcurs se realizează periodic, dar și atunci când intervin schimbări în parcursul procesului custodial (raport de incident, schimbarea regimului de executare a pedepsei, stabilirea condamnării definitive, modificări ale situației socio-familiale – copiii în plasament, divorț, deces al soțului etc., prevenirea recăderilor pentru fostele consumatoare de droguri, stabilirea unui diagnostic medical cu risc – cancer, sarcină etc.).

3. Evaluarea finală are loc la finalul demersului psihologic cu aceleași instrumente specifice, subliniindu-se schimbările în plan motivațional/comportamental și implicit diminuarea riscului de recidivă, raportat la același tip de infracțiune.

B. Intervenția psihologică

Intervenția specifică: susținerea efectivă a ședințelor din programele de intervenție psihologică. Pe parcursul intervenției specifice și la finalul acesteia, sunt necesare evaluări intermediare cu aceleași instrumente aplicate pentru evaluarea inițială, pentru relevanța schimbărilor intervenite în urma demersului psihologic.

Se folosesc tehnici specifice *terapii cognitiv-comportamentale* (cu accent pe cele *comportamentale* la subiecții cu nivel scăzut de școlarizare), *tehnici din terapia sistemică de familie*, *tehnici ale terapii experiențiale* și orice alte tehnici pe care psihologul le consideră necesare la un anumit moment al intervenției.

Ținând cont de abuzurile (de orice fel) din copilărie și familia nucleară cărora le-au fost victime multe femei persoane private de libertate, cât și al apariției riscului suicidar la femeile cu vârsta între 36-45 și, respectiv peste 66 ani, programul destinat persoanelor cu risc suicidar poate avea aplicabilitate largă. De asemenea, numărul mare al femeilor-deținute foste consumatoare de droguri, necesită aplicarea programului terapeutic.

III. Particularități

Desfășurarea intervențiilor cu femeile gravide, lăuze, cu copii în creștere

Scopul este reprezentat de cunoașterea particularităților structurii de personalitate a femeii private de libertate, aflată într-o situație specială de viață (graviditate, lăuzie, mamă cu copil în detenție).

Obiective

- Identificarea gradului de comunicare și relaționare socială.
- Identificarea gradului de funcționalitate mnezică.
- Identificarea gradului de dezvoltare prosexică.
- Identificarea spectrului afectiv.
- Identificarea comportamentelor funcționale / disfuncționale, a vulnerabilităților (suicid, echivalente suicidare etc.).
- Identificarea caracteristicilor de personalitate (agresivitate, asertivitate, complianță, adaptabilitate, frustrare etc.).
- Identificarea structurilor de personalitate cu potențial de risc pentru apariția sau dezvoltarea unei afecțiuni psihice.
- Identificarea gradului motivațional și a nivelului de implicare în procesul de recuperare psihosocială.
- Identificarea caracteristicilor volitive.
- Evidențierea unor aspecte de modelare / influențare comportamentală.

Mijloace

- Screening-ul.
- Aplicarea interviului clinic structurat SCID I /Anamneză.
- Istoric autobiografic/Observația.
- Aplicarea de instrumente psihologice standardizate pentru testarea diferitelor arii ale personalității (chestionare, scale, inventare, liste de control etc.).

Colaborarea cu celelalte sectoare de activitate

Sectorul medical

- Cunoașterea particularităților fizice ale femeilor gravide/lăuze/cu copii în creștere.
- Cunoașterea particularităților psihice ale femeilor gravide/lăuze/cu copii în creștere (comportamente, atitudini, comunicare, relaționare).
- Cunoașterea nevoilor speciale în perioada prenatală și postnatală.

Sectorul siguranța deținerii

- Cunoașterea nevoilor de ordin psihologic (înțelegerea, empatia, disponibilitatea, complianța, relaționarea, comunicarea).
- Cunoașterea comportamentelor disfuncționale și identificarea lor.
- Evidențierea-semnalizarea unor aspecte comportamentale aberante, disfuncționale.

Riscuri, evoluție negativă

- Labilitate psiho-afectivă și dezechilibrare atitudinal-comportamentală.
- Escaladarea surselor de conflict interior și exterior.
- Înrăutățirea stării psihice de sănătate.
- Acutizarea/cronicizarea stării de dezechilibru psihic.

IV. Limite

- Legate de competențele profesionale ale psihologului în utilizarea diverselor scale.
- Lipsa spațiilor adecvate intervenției de grup, a dotărilor și a materialelor necesare susținerii ședințelor.
- Timpul insuficient necesar pregătirii individuale pentru fiecare psiholog, în vederea susținerii acestor programe, cât și a timpului necesar decelerării informațiilor și completarea documentelor în urma susținerii ședințelor. Având în vedere specificitatea muncii în cadrul unui penitenciar, încărcătura emoțională puternică și efortul de atenție și concentrare pentru susținerea intervențiilor psihologice de grup și nu numai, timpul afectat pregătirii psihologului este de primă necesitate pentru aplicarea unei intervenții de calitate.

V. Riscuri

- Demersul terapeutic nu poate fi finalizat din cauza transferului persoanei private de libertate.
- Număr insuficient de specialiști, raportat la nevoile distincte de intervenție necesare acestei categorii.

STUDIU DE CAZ I

Prezentare

I.C. condamnată 15 ani pentru omor, aflată în custodia Penitenciarului Târgșor.

d.n.: 26.09.1976, naționalitate română, arestată la data de: 14.08.2007

Descrierea faptei, pe scurt

În data de 13.08.2007, fiind în stare de ebrietate, i-a aplicat fiicei ei, în vârstă de un an și opt luni, mai multe lovituri cu picioarele, leziunile ducând la deces.

I.C. spune că își amintește că voia să îi dea să mănânce și că băuse, că în nici un caz nu a vrut să-și ucidă fiica, pe care, de altfel, o iubea foarte mult. Pe de altă parte, concubinul ei îi spunea des că ei nu au nevoie de acest copil, că mai mult îi încurcă și că ar fi bine să scape de ea. Ea a încercat să dea copilul spre îngrijire la o casă de copii dar nu a reușit deși a insistat f mult. În plus, când copilul a fost internat la un spital, concubinul ei nu a lăsat-o să o ia o perioadă, încercând să o determine să o lase acolo. Ea a mers la spital și după o ceartă cu doctorul, a reușit să o externeze și să o ia acasă.

Mai are un copil, o fetiță de 8 ani, care a rămas de la data concubinajului ei cu cel de-al doilea bărbat, în grija bunicii materne. Fiica și mama o vizitează când este transferată la Penitenciarul Botoșani (de 2 ori în 2007 și de 6 ori în 2008), ultima vizită a fost în luna august pentru că a fost transferată la Penitenciarul Târgșor în urma unei tentative de suicid (din cauza oprobiului din partea deținuților – fapt reieșit din declarațiile sale).

A avut o copilărie grea, grevată de curențe afective, educative (nu a mers la școală din cauza lipsurilor materiale).

Mama violentă, autoritară. Tatăl permisiv, a murit când I.C. avea 14 ani (ea declară că atunci s-a simțit abandonată pentru că tatăl era cel care iubea și o înțelegea).

Mai are 4 frați, toți băieți, cu care se bătea și o soră. A adoptat și ea o vestimentație și tunsoare băiețească și a consumat alcool în exces. Cu unul dintre frați se înțelegea cel mai bine. Acesta e și el, alcoolic. Ceilalți membri ai familiei nu consumă alcool în exces.

A locuit de la 16 ani cu un bărbat cu care are prima fiică. Nu s-a înțeles cu el pentru că nu muncea. Nici ea nu a lucrat cu carte de muncă - doar uneori, zilier. Cu acel concubin a dus-o ceva mai bine decât cu cel de acum, dar spune că nu îl iubea.

După ce s-a despărțit de acel bărbat a început să aibă o viață de vagabondaj, să aibă relații cu diverși bărbați și să nu îi mai pese de ce se întâmplă cu ea. Fetița a rămas la bunică și atunci când mergea să o vadă și să doarmă acolo, era alungată.

Cu al doilea concubin a avut o viață și mai dezordonată și când a născut a doua fiică a încercat să își revină. Nu a reușit, a început să bea din ce în ce mai mult, împreună cu concubinul și prietenii. Aveau locuințe provizorii și de multe ori ea și fetița erau nevoite să doarmă pe stradă. Mama ei o primea, uneori, de mila fetei, dar i-a spus foarte clar că nu-i va crește și al doilea copil.

În prezent

A avut mai multe tentative de sinucidere. Acestea au fost determinate, din spusele ei din diverse motive: că nu a avut țigări, că vrea să-și vadă fiica, pentru că nu i s-a aprobat transferul sau o altă cerere, că a fost jignită de celelalte deținute.

Pe lângă toleranța foarte scăzută la frustrare, prezintă gânduri dominante de inutilitate, dorințe imediate care, dacă nu pot fi satisfăcute duc la tentative suicidare. Nu își poate reprezenta viitorul alături de fiică și are o permanentă tendință către negare. Comunică foarte puțin, cu doar 1-2 persoane. Nu are o educație religioasă.

Intervenția

A reușit să iasă din starea de apatie și muțenie în care s-a aflat la începutul intervenției

Cu sprijinul psihologului, a restabilit legătura cu familia prin scrisori. De asemenea, a început să participe la programul de alfabetizare, la unele întâlniri cu membrii unor culte religioase și a mers, o singură dată, la preot (după ultima tentativă de sinucidere). Solicită ajutorul, de fiecare dată, pentru probleme cu alte deținute, când nu e scoasă la școală sau când nu are țigări.

Trăsături caracteristice:

- suspiciozitate exagerată,
- neîncredere generalizată - nu are nici o prietenă printre deținute,
- interpretativitate,
- dificultăți de interrelaționale, de integrare și armonizare,
- intoleranță la minimizare, rejecție, ignorare la observații critice, depreciative.,
- rezonanță afectivă pozitivă - tinde să ajute pe alții aflați în dificultate.

Abordarea psihoterapeutică este foarte dificil de realizat:

- psihoterapie individuală,
- comportament afectiv-suportiv,
- terapie comportamentală,
- terapie de familie.

Tratament medicamentos

STUDIU DE CAZ II

Prezentare:

- C.L., 29 ani, aflată în penitenciar- spital,
- condamnată la 15 ani pentru omor asupra propriului copil, în vârstă de 2 ani,
- aflată într-o relație de concubinaj și mamă a 3 copii minori,
- 4 clase primare; nu a muncit niciodată cu sau fără forme legale,
- are până în prezent 3 întreruperi de executare a pedepsei de la momentul încarcerării din 2003 și doar 2 ani executați,
- cu copil de 6 luni în îngrijire.

Analiza cazului:

- *declarativ nu există antecedente de boală psihică în familie,*
- *declarativ susține că nu consumă alcool și nu fumează,*
- *nu declară internări la psihiatrie sau afecțiuni psihiatrice,*
- *nu declară consum de droguri în antecedente,*
- *fără însemne de comportament automutilant în antecedente,*
- *fără TCC de natură inconștientă în antecedente,*
- *fără gânduri sau tentative suicidare în antecedente,*
- *structură de personalitate de tip predominant intravert,*
- *grad de relaționare foarte scăzut,*
- *grad relativ crescut al manifestărilor agresive,*
- *datorită gradului de instrucție scăzut, nu reușește să transmită ceea ce dorește*
- *exprimarea și comprehensiunea sunt limitate datorită deficitului verbal și al celui cognitiv,*
- *adevare senzorial – perceptivă,*
- *motricitate fină și grosieră în parametrii normalității corespunzătoare vârstei cronologice,*
- *nivel cognitiv liminar superior (ca palier),*
- *operaționalizare greoaie cu deficit la nivelul comprehensiunii, decodificării, generalizării, și sintetizării,*
- *ritm și flux bradipsihic, ușoară lentoare ideativă,*
- *predominant memorie de scurtă durată, memorie de revocare slab consolidată datorită lipsei exersării cognitive,*
- *grad de dezvoltare a atenției – corespunzător, prezența atenției spontane și distributive,*
- *motivație predominant extrinsecă, balanță decizional motivațională labilă, motivație cu substrat afectiv puternic,*
- *reglaj voluntar prezent, efort voluntar minim,*
- *temperament predominant labil, ușor iritabil, sensibilitate crescută la stimul minim,*
- *imaturitate de tip psihosocial, ușoară retragere, comunicare socială restrânsă,*
- *fără diagnostic de tulburare de personalitate la momentul evaluării.*

Monitorizare

- *Periodică – săptămânală în funcție de evoluția ulterioară a stării psihice.*

Prevenirea recăderilor

- *Intervenții psihologice individuale și de grup.*

b) Intervenții psihologice în funcție de situația juridică

SECVENȚA 11 PARTICULARITĂȚILE ACTIVITĂȚILOR DE TIP PSIHOLOGIC DERULATE CU ARESTAȚII PREVENTIVI

*Ioana Morar, Liliana Hurezan, Delia Borza, Andreea Szasz,
Ileana Boncilă, Diana Balasz, Viorel Nicolăescu*



I. Considerații teoretice

Principii ale evaluării și asistării psihologice destinate persoanelor aflate în arest preventiv⁸

1. Neculpabilizarea persoanei private de libertate și empatia

Abordarea psihologului în mediul carceral nu este un proces de judecată care se încheie cu pronunțarea unui verdict de: „vinovat” sau „nevinovat” - aceasta fiind, de altfel, responsabilitatea organelor judiciare specializate - cu atât mai mult cu cât în perioada de arest preventiv primează prezumția de nevinovăție. Culpabilizarea și trăirea sentimentelor de vină pot genera reacții disfuncționale de tipul conduitelor autolitice sau heteroagresive.

Astfel, asistența psihologică pentru această categorie de persoane private de libertate trebuie să fie mai degrabă un proces de empatizare, de clarificare, de orientare a triadei gânduri-sentimente-comportamente către creșterea potențialului de adaptare la normele mediului carceral, la situația de privare de libertate și chiar de responsabilizare a subiectului.

2. Non-agresivitatea în relația cu persoanele private de libertate

Psihologul care desfășoară activități cu persoanele private de libertate arestate preventiv trebuie să se aplece în starea psihică de echilibru și satisfacție personală pentru a evita orice manifestare agresivă prin limbaj verbal, mimică sau gestică, ce ar putea potența conduita disfuncțională a acestora. În această perioadă a detenției, agresivitatea poate fi tolerată la nivel verbal, având uneori rol de eliberare și descărcare emoțională, dar în

⁸ Adaptare după Dimitriu - Tiron, E. *Consiliere Educațională*, Editura Institutul European, Iași, 2005.

momentul în care psihologul identifică manifestări agresive grave trebuie să anunțe personalul de pază și supraveghere și, după caz, medicul psihiatru.

3. Transmiterea de informații și experiență

Persoanele private de libertate aflate în arestul preventiv au nevoie de informații pentru a depăși stările contradictorii pe care le resimt. Psihologul nu trebuie să arate că este atotștiutor, să facă exces de teorii, legi, răspunsuri gata pregătite, să se abțină să dea exemple din viața și experiența personală, mecanismul esențial al transmiterii de informații și experiență trebuie să fie explicația problemelor, a situațiilor existențiale dificile pentru persoana arestată preventiv (C., Enăchescu, 1999 apud. Elena Dimitriu –Tiron, 2005).

4. Influența benefică și non-manipularea

Asistența oferită de psiholog pentru persoanele private de libertate arestate preventiv implică inevitabil un proces de influență, de orientare, de modelare. Prin mecanismul interiorizării, această influență este asumată de către individ, iar acțiunea psihologului implică descoperirea și stimularea capacităților de inițiativă, autonomie și responsabilitate, chiar în condițiile privării de libertate. Manipularea care presupune reducerea gradului de conștientizare și de acord intern al subiectului (R. Mucchielli, 2002) nu este benefică pentru dezvoltarea potențialului psihologic și adaptativ la situația detenție.

5. Susținerea afectivă și cognitivă

Asistarea psihologică pentru persoanele private de libertate arestate preventiv urmărește o prevenție a unor comportamente neadaptative și învățarea unor strategii care vor facilita o adaptare mai eficientă situației de detenție. Pierderile psihosociale, interpersonale, profesionale care însoțesc privarea de libertate pot determina frustrare în sfera satisfacerii nevoilor și intereselor la persoanelor arestate preventiv. Pe baza susținerii afective și a facilitării descărcării emoționale, se realizează susținerea cognitivă, ceea ce înseamnă identificarea de către psiholog a mecanismelor cognitive ale persoanei private de libertate care pot constitui resurse pentru rezolvarea problemelor sale.

6. Confidențialitatea

Deși este vorba despre activitatea psihologică desfășurată în mediul carceral, unde sunt limite clare ale confidențialității, deoarece beneficiarul activității psihologului este Administrația Națională a Penitenciarelor, este important ca specialistul să informeze persoana arestată preventiv că informațiile furnizate cu prilejul evaluărilor și asistării psihologice nu vor fi folosite în procesul său de judecare și anchetare aflat în derulare.

II. Demersuri

Perioada arestului preventiv se poate întinde de la câteva săptămâni până la ani de zile și implică în mod automat momentul depunerii în penitenciar, respectiv perioada de adaptare la mediul carceral. Trecerea prin „filtru”, cu toate activitățile specifice etapei de intrare a persoanelor nou depuse în penitenciar (investigații medicale, predarea bagajului la magazie, primirea ținutei, tunsul etc.) are un efect traumatizant pentru toți deținuții, fiind momentul în care se trăiește concret ruptura dintre viața cotidiană și trecerea într-o nouă etapă. Chiar dacă majoritatea deținuților vin din arestul poliției, odată ajunși în penitenciar, aceștia conștientizează intrarea într-un nou sistem, trecerea de la „lumea de afară” la „lumea penitenciarului”.

Pentru cei care intră prima dată în penitenciar, în perioada de carantină, apar multiple somatizări, *de exemplu*: absența poftei de mâncare, insomnii, dureri la membrele inferioare, stare de apatie, plâns, dezorientări temporale etc. Acest „șoc al depunerii” este mai accentuat la firile vulnerabile, imature emoțional, la cei cu dezordini emoționale anterioare depunerii, precum și la persoanele bolnave.

Obiectivele urmărite de psiholog sunt orientate, în principal, către:

- evaluarea psihologică pentru identificarea riscurilor principale: suicid, auto și heteroagresivitate, boli mentale, consum de droguri și alcool, abuz și victimizare,
- sprijinirea persoanelor custodiate în vederea adaptării psihologice la mediul carceral.

Mijloacele de realizare a obiectivelor se realizează prin mai multe etape.

1. Identificarea beneficiarilor activității, prin evaluarea psihologică inițială, se realizează în prima zi, de la intrarea în penitenciar, pentru a preveni evenimente de risc, cum ar fi: sinuciderea ori agresiunile între persoanele private de libertate.

2. Evaluarea psihologică - realizată prin screening psihologic și întocmirea fișei psihologice din Dosarul de Educație și Asistență Psihologică - este procesul cel mai important de cunoaștere a persoanelor private de libertate, care la rândul său presupune parcurgerea mai multor subetape.

➤ *Întâlnirea* este prima etapă în procesul de evaluare psihologică, deosebit de importantă de altfel, deoarece de reușita acesteia depinde atitudinea și deschiderea persoanei nou depuse în penitenciar. La primul contact dintre psiholog și persoana privată de libertate, după ce specialistul se prezintă, trebuie să precizeze care este scopul evaluării psihologice, limitele de confidențialitate și să sublinieze importanța deschiderii și complianței subiectului. Recomandăm semnarea de către subiect a *Consimțământului informat*, document care stabilește, în deplină cunoștință de cauză, participarea și la activitățile de cunoaștere.

➤ *Interviul psihologic* (screening) este instrumentul pentru evaluarea principalelor riscuri psihologice ale persoanei private de libertate. Pe baza informațiilor extrase prin aplicarea interviului, coroborate cu cele oferite de instrumentele suplimentare (scale, teste, inventare de personalitate) se realizează psihodiagnosticul. Un aspect important în realizarea interviului este *confruntarea* persoanei private de libertate. Confruntarea poate fi folosită atunci când psihologul deține informații din surse suplimentare, de exemplu: *dosarul de penitenciar, discuții cu alți specialiști care evaluează deținutul* (medic, asistent social, educator) sau *șeful de tură care a derulat etapa de încarcerare* a persoanei private de libertate ori *chiar de la polițiștii care depun arestatul preventiv în penitenciar*, pe care persoana evaluată fie le omite, fie le deformează.

➤ *Interpretarea datelor* furnizate de subiect, a rezultatelor obținute prin utilizarea instrumentelor de evaluare suplimentare, precum și a indicilor observaționali. Se pot folosi și surse suplimentare (de ex.: Dosarul de penitenciar).

Evaluarea psihologică urmărește cunoașterea factorilor psihologici ai subiectului uman, cu relevanță pentru activități diverse. Cunoașterea factorilor psihologici se realizează prin procesul de evaluare, în care se utilizează metode diverse: testarea psihologică, interviul clinic etc.

Componente psihologice evaluate:

- afective,
- cognitive,
- comportamentale,
- psihofiziologice,
- de personalitate,
- de relaționare.

3. Stabilirea nevoilor persoanelor private de libertate în urma evaluării și a riscurilor identificate.

Uneori intervenția psihologică poate începe direct cu stabilirea listei de probleme, mai ales, dacă diagnosticul nosologic nu este cerut în mod formal.

În cazul în care *se identifică risc suicidar, de boli psihice sau de victimizare* se recomandă anunțarea șefului de secție pentru a face notările specifice în *Carnetul Postului*, precum și a *deținuților de sprijin*, întocmirea unei note de informare sau a unui tabel cu datele de identificare ale persoanei private de libertate, care va fi transmis Cabinetului medical cu solicitarea de evaluare psihiatrică, șefului de secție și celorlalți specialiști din echipa multidisciplinară, urmând să beneficieze de consiliere psihologică pentru persoanele cu risc de suicid.

4. Întocmirea recomandărilor și a concluziilor cu privire la activitățile / programele în care pot fi incluse cu risc suicidar, de boli psihice sau de victimizare.

5. Desfășurarea activităților de consiliere individuală.

Pe parcursul perioadei de arest preventiv, persoanele custodiate pot beneficia, în funcție de riscurile identificate, de consiliere psihologică pentru diminuarea acestora și de adaptare la mediul carceral. Psihologul realizează activități de consiliere psihologică și intervenție în criză, la solicitarea persoanelor aflate în detenție, a membrilor personalului aflați în contact direct cu persoanele arestate preventiv sau în urma propriei decizii.

6. Desfășurarea activităților de consiliere de grup.

Persoanele arestate preventiv care nu au fost identificate ca prezentând riscuri majore la evaluarea inițială, pot desfășura astfel de activități de grup cu psihologul, pe teme de igienă mentală, metode de coping la stres, stări psihologice asociate detenției, metode de gestionare a conflictelor și dificultăților relaționare etc., deoarece acestea le facilitează adaptarea la mediul carceral.

7. Intervenția psihologică prin programe specifice de asistență psihosocială

III. Particularitățile activităților derulate cu arestații preventiv

Reguli facilitatoare în lucrul cu arestații preventiv:

- (1) alternanța întrebărilor deschise (mai ales, la începutul intervenției) cu întrebări ținute / închise (în special, după stabilirea unei comunicări deschise și fluente);
- (2) comunicare nonverbală adecvată;
- (3) reflectări empatică frecvente;
- (4) atenție la ce spune deținutul, dar și la modul în care comunică o anumită informație, întrucât pot fi evidențiate, astfel, date suplimentare referitoare la perspectiva lui asupra lucrurilor (*de ex.*: ori de câte ori povestește despre soție apare o undă de nervozitate în comportament, deși prezintă lucruri pozitive despre aceasta).

Tehnici de reducere a rezistențelor

În timpul interviului, pot apare rezistențe din partea persoanei private de libertate și dificultăți de comunicare în obținerea de informații relevante. *Sursele de rezistențe* pot fi:

- (1) arestatul preventiv este prea îngrijorat de situația sa actuală pentru a susține o comunicare relevantă,
- (2) expectanțele sale față de psiholog sunt nesatisfăcute – prea tânăr / bătrân, femeie / bărbat, cabinetul este impropriu etc.,
- (3) fiind în stare privativă de libertate, a fost adus la întrevvedere cu psihologul împotriva voinței lui.

În primul caz, se apelează la obținerea de informații de la alte surse disponibile, care trebuie apoi coroborate pentru a avea o perspectivă unitară și a le verifica reciproc. Această tehnică este utilă chiar în cazul în care persoana custodiată poate fi interviuată, pentru a compara perspectiva sa cu cea a persoanelor care desfășoară activități cu aceasta etc.

În al doilea caz, spargerea rezistențelor se bazează pe următoarea regulă susținută de studiile de psihologie socială (Gilbert și colab., 1993): pe măsură ce arestatul preventiv împărtășește psihologului experiențe personale, psihologul începe să fie perceput într-un mod pozitiv de către acesta, deci este important ca deținutul să fie stimulat să vorbească, urmând ca atitudinea lui să se modifice pe măsură ce împărtășește psihologului tot mai multe elemente personale.

În al treilea caz, mecanismul angajat pentru spargerea rezistențelor este de aceeași factură, ca și cel prezentat anterior.

Așadar, tehnicile pentru spargerea rezistențelor urmează trei pași principali:

- (1) reflectarea empatică a rezistenței persoanei custodiate,
- (2) abordarea indirectă a persoanei,
- (3) oferirea de întăriri pentru implicarea pacientului în procesul de diagnostic.

IV. Limite

- Prevăzute de Art. 82 alineatul (7) din Legea nr. 275/2006 *privind executarea pedepselor și a măsurilor dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal*, modificată și completată de *Legea nr. 83/2010*, care stipulează: „Persoanele arestate preventiv, la cererea lor, pot presta o muncă sau pot desfășura activități educative, culturale, terapeutice, de consiliere psihologică și asistență socială, în interiorul centrelor de reținere și arestare preventivă sau al centrelor de arestare preventivă, cu avizul judecătorului delegat cu executarea pedepselor”. De abilitatea psihologului depinde conștientizarea de către persoana privată de libertate a nevoilor de asistență psihologică identificate pe perioada arestului preventiv.
- Utilizarea tehnicilor de intervenție psihologică se realizează în baza competenței dobândite prin cursuri formative specifice, organizate la nivel universitar sau prin asociații profesionale acreditate în acest sens de către *Colegiul Psihologilor din România*.

V. Riscuri identificate în activitatea psihologului de penitenciar

Nr. crt.	Activitatea analizată	Risc identificat	Soluție
1.	Evaluarea psihologică a persoanelor private de libertate aflate în arest preventiv	-personal insuficient	Repartizare judicioasă a resurselor umane disponibile.
		- lipsa de interes a persoanelor custodiate	Conștientizarea persoanei private de libertate cu privire la nevoile de asistență psihologică identificate pe perioada arestului preventiv.
2.	Consilierea individuală a persoanelor private de libertate aflate în arest preventiv	-personal insuficient	Repartizare judicioasă a resurselor umane disponibile.
		- lipsa de interes a persoanelor private de libertate	Conștientizarea persoanei private de libertate referitor la nevoile de asistență psihologică identificate pe perioada arestului preventiv.
3.	Derularea programelor specifice de asistență psihosocială cu persoanele private de libertate aflate în arest preventiv	-personal insuficient	Repartizarea judicioasă a resurselor umane disponibile.
		- lipsa spațiilor de derulare a programelor	Repartizarea judicioasă a resurselor logistice, identificarea de noi spații.
		- transferarea/ punerea în libertate/mutarea în altă secție ca urmare a condamnării definitive a persoanelor private de libertate incluse inițial în programe	Suspendarea programului în cazul punerii în libertate, iar în cazul transferului / mutării în alte secții a persoanei private de libertate se fac consemnări în <i>Fișa psihologică</i> din Dosarul de Educație și Asistență Psihosocială, precum și în <i>aplicația informatică</i> , secțiunea intervenție psihologică, referitoare la stadiul de derulare al programului, în vederea continuării acestuia de către psihologul care îl preia ca urmare a mutării.
		- lipsa de interes a persoanelor private de libertate	Utilizarea unor metode atractive/interactive în derularea activităților specifice programului.
		- selecționare la activități productive a persoanelor aflate în arest preventiv, înainte ca acestea	Derularea programului după întoarcerea persoanelor private de libertate de la punctele de lucru.

		să finalizeze programul	
4.	Participarea persoanelor private de libertate aflate în arest preventiv la psihoterapie	- lipsa psihologilor specializați și acreditați în psihoterapie	Sprijin prin bugetul alocat pregătirii profesionale privind formarea într-un tip de psihoterapie a specialiștilor din cadrul administrației penitenciare. Derularea activităților de consiliere și a programelor specifice, aprobate de Administrația Națională a Penitenciarelor.
5.	Participarea psihologului la diverse comisii stabilite la nivelul unității	- blocarea celorlalte activități derulate de către psiholog	Stabilirea unui program regulat privind întrunirea membrilor comisiilor respective și repartizarea judicioasă a resurselor umane disponibile.

STUDIUL DE CAZ

Subiectul B.C.I., născut în anul 1991, în comuna G., jud. Vaslui, necăsătorit, fără ocupație, absolvent a 7 clase, fără antecedente penale, este arestat preventiv pentru infracțiunea de tâlhărie.

Descrierea pe scurt a faptei

În noaptea de 11/12.07.2009, împreună cu fratele său B.C.Z. și numitul P.T. au depozitat prin forță pe numita C.V. de bani, telefon mobil și obiecte de podoabă. Afirmă că el nu a dorit să participe la săvârșirea faptei, dar a fost nevoit la insistențele și amenințările fratelui său mai mare.

Mediul social de proveniență. Antecedente comportamentale

Provine dintr-o familie organizată, numeroasă (are patru surori și cinci frați) în care climatul mediului familial era marcat de violență fizică și consum de alcool din partea tatălui. Ulterior, familia s-a dezorganizat luând tiparul unei familii în criză, datorită unor cauze care au determinat absența temporară a unui părinte și anume executarea mai multor pedepse privative de libertate de către tată.

Tatăl, în antecedente, a fost de trei ori condamnat pentru infracțiuni de furt și pentru o infracțiune de omor. Mama sa, fire sensibilă, retrasă, făcea cu greu față cerințelor familiei. Părinții au fost instabili în modul de relaționare cu B.C.I., având perioade în care exigențele alternau cu perioade de neimplicare. Acesta deseori reacționa prin inhibiție, frică și instabilitate.

A fost îngrijit și protejat de unul din frații săi cu care a și comis fapta. La școală, a fost apreciat de colegi și profesori, dar a fost nevoit să renunțe la continuarea studiilor în clasa a VII-a, datorită lipsurilor materiale.

La vârsta de 14 ani a părăsit mediul familial împreună cu fratele mai mare B.Cz. și până la vârsta de 16 ani, au lucrat împreună ca îngrijitori de animale în județul Sibiu. De la 16 ani, au lucrat ca muncitori necalificați în domeniul construcțiilor, în Timișoara.

Când avea vârsta de șapte ani, a asistat la decesul mamei sale, care a fost lovită de o locomotivă în încercarea acesteia de a-și feri fiul din fața trenului. Păstrează un puternic sentiment de vinovăție pe care l-a dezvoltat în urma decesului mamei.

La vârsta de 15 ani, pe fondul unor neînțelegeri avute cu un frate mai mare în a cărei grijă se afla, a avut o tentativă de suicid (a intenționat să se arunce în fața trenului) și a fost internat la o clinică de psihiatrie din Sibiu unde a urmat tratament psihotrop. Acesta nu cunoaște diagnosticul psihiatric pe care l-a avut la internarea în secția de psihiatrie, dar precizează că a urmat tratamentul medicamentos, timp de două luni.

În penitenciar, are dificultăți de adaptare la mediul carceral, iar în arestul poliției a avut o tentativă de sinucidere prin spânzurare pentru că se consideră nevinovat și susține că nu el a comis fapta cu intenție, ci a

fost obligat.

Profil psihocomportamental

Este devotat fratelui său mai mare, B.C.Z, datorită fricii de a nu fi lăsat singur, simțindu-se lipsit de protecție. Pentru fratele său a fost în stare să săvârșească deliberat fapta, chiar dacă în sine știa că nu era de acord și a dorit prin aceasta doar să-i facă plăcere fratelui și, în același timp, i-a fost teamă de a nu fi respins, pe viitor, de către acesta. A comis infracțiunea din dorința de a nu fi părăsit de fratele mai mare. Se consideră neajutorat, incompetent și lipsit de putere.

Este mult prea binevoitor și exagerat de conformist cu dorințele altora. Îi lipsește vigoarea și are capacitate scăzută de a se bucura. Pentru a fi pe placul celorlalți spune mereu „da”.

Este extrem de afectat atunci când este criticat și dezaprobat. A acceptat munci necalificate (îngrijitor de animale și muncitor necalificat) pentru a fi mereu în preajma fratelui său. Nu are inițiative, datorită lipsei de încredere în abilitățile proprii și în judecata sa. În perioadele când nu l-a avut aproape pe fratele său, cu puțin timp înainte de a săvârși infracțiunea, a căutat o altă persoană care să-i asigure nevoia de îngrijire și suport.

Relațiile sociale sunt limitate numai la cele câteva persoane de care se simte legat. În acest sens, el s-a atașat de o persoană mai în vârstă, care i-a oferit un loc de muncă și cu care menține legătura prin scrisori și prin intermediul vizitelor lunare, iar în momentul de față îl sprijină referitor la asistența juridică, angajându-i un avocat. Este de-a dreptul disperat la încetarea unei relații apropiate și îl cuprinde frica la gândul de a fi abandonat.

Prezintă credințe disfuncționale: „am nevoie de cineva puternic pe care să mă pot baza”, „singur nu pot face nimic”. Atenția este focalizată asupra atitudinilor și a reacțiilor celor apropiați, prezintă atașament exclusiv față de două persoane. Așteaptă ca alții să înceapă demersurile, fiind convins că, de regulă, ceilalți pot face aceasta mai bine.

Se reprezintă pe el însuși ca incompetent. Este incapabil de a lua decizii cotidiene fără a primi un număr excesiv de sfaturi și asigurări din partea celorlalți. Se bazează pe ceilalți ca să îi rezolve problemele juridice.

Se teme de singurătate și ar face orice pentru a câștiga afecțiunea fratelui. Prezintă gânduri automate de tipul: „nu pot să fac nimic de unul singur”, „nu pot suporta să fiu abandonat” și atitudini de bază: „dacă nu va exista o persoană puternică care să mă sprijine, voi fi pierdut”, „dacă nu mă ajută cineva ori de câte ori am nevoie, mă voi prăbuși”.

Consideră intolerabilă situația în care se află și nu întrevide nicio speranță de schimbare. Este pesimist și apreciază suicidul drept singura soluție pentru rezolvarea problemelor sale.

Afirmă că se trezește dimineața devreme și nu mai poate adormi la loc, iar atunci când visează are coșmaruri, iar în vis se autoagresează. Dimineața, îi este cel mai greu deoarece, în aceste momente, gândurile sale negative cresc în intensitate. Îi este frică să nu înnebunească, cu colegii de cameră comunică foarte rar, este retras, nu are poftă de mâncare și nu îl interesează ce se întâmplă în jurul său.

A fost realizată evaluarea inițială a riscului suicidar care cuprinde atât informații demografice cât și indicatori clinici.

Informațiile demografice marchează doar în termeni generali dacă persoana se încadrează într-o grupă cu risc suicidar scăzut sau crescut. (Pentru B.C.I. gradul de risc este reprezentat de următorii indicatori marcați cu caractere bold, cu valori crescute).

a. Indicatorii psihologici

Simptome care indică riscul accentuat de sinucidere pentru B.C.I.

- **insomnia, mai ales în a doua parte a nopții,**
- **somnul populat de vise autodistructive,**
- **agitația anxioasă intensă,**
- **rigiditatea afectivă,**
- **depresia accentuată dimineața,**
- **scăderea marcată în greutate,**
- **ideile de inutilitate, sentimentul de a nu mai fi de folos la nimic și nimănui,**
- **ideile de vinovăție, autoreproșurile,**
- **sentimentele grave de autodeprecieri, de inferioritate, de autoacuzare,**
- **teama obsedantă de a nu înnebuni,**
- **pierderea inițiativei și a interesului pentru activitate.**

Prin profilul demografic, prin simptomele clinice și istoricul de viață se identifică **riscul suicidar**

crescut, caz în care se procedează la **evaluarea directă a riscului suicidal**, utilizând două metode: interviul direct și scalele de evaluare.

b. Scalele de evaluare

Se va aplica inventarul de depresie BECK - BDI la care a obținut scorul 28 - depresie severă, precum și inventarul de anxietate BECK - BAI, obținând scorul 26 - anxietate moderată.

În final, va fi evaluat nivelul de risc suicidal pentru persoana privată de libertate B.C.I., care este crescut.

Pentru a depăși situația deținutului legată de lipsa de speranță, i-au fost prezentate variante și pași concreți care ar putea fi parcurși pentru punerea lor în aplicare, pentru ca, ulterior, să dezvolte speranța și să cunoască faptul că, deși suicidul rămâne o opțiune, aceasta nu este nici singura, nici cea mai bună alegere. Obiectivul imediat este de a-i reda speranța și de a-i întări motivația pentru a trăi, prin înlăturarea factorilor stresanți și acordarea unui sprijin psihologic. Demersul este orientat spre rezolvarea de probleme.

Au fost identificați următorii factori de risc pentru apariția abuzului la persoana privată de libertate B.C.I.

a. **Familia numeroasă** – scade posibilitățile mamei de a se ocupa democratic și echitabil de toți copiii, iar frații mai mari, puși în situația de a-i îngriji pe cei mai mici, pot dezvolta manifestări violente la adresa lor.

b. **Violența domestică generalizată** – rareori poate exclude copilul. Se constată că femeile prinse într-o relație violentă încearcă să ia o măsură de protecție (care adesea nu este cea mai nimerită) abia în momentul în care simt că pericolul se răsfârge și asupra copilului. Mama victimă a violențelor partenerului nu-și mai poate valoriza abilitățile ei de mamă: empatia, acceptarea copilului așa cum este el, cu imaturitatea specifică vârstei, dragostea și capacitatea de a-l răsplăti pentru ceea ce face, de a-l face să se simtă important, valoros.

c. **Experiența de violență fizică pe care a avut-o părintele în propria copilărie** – creează un pattern comportamental la care acesta subscrie în situația în care devine el însuși părinte.

d. **Consumul de alcool** – reprezintă unul din cei mai importanți factori de risc, prin faptul că abuzul de substanțe generează un comportament violent, răsfărând asupra membrilor celor mai expuși – copiii – prin imposibilitatea lor de a se apăra (tatăl consuma alcool în mod regulat).

e. **Caracteristici specifice ale părinților:** indiferență, atitudini reci, distanțe față de copil, intoleranță, principii educative rigide, imaturitate parentală, intoleranță la frustrări și lipsă de afectivitate, violență în cuplu, comportamente agresive față de copil.

f. **Caracteristici specifice ale modului de viață (familial, social, economic):**

- antecedente personale sau familiale nefavorabile (copii abandonați),
- insuficiența resurselor existențiale sau șomaj,
- condiții proaste de locuit, promiscuitate,
- executarea unei pedepse private de libertate de către tată.

Plan de intervenție

Sedința 1 - Evaluarea

A. Constatarea acuzelor.

B. Investigarea tuturor simptomelor.

C. Evaluarea deficitelor cognitive, comportamentale și interpersonale.

D. Evaluarea deficitelor de funcționare în mediul carceral.

E. Administrarea bateriei de teste de evaluare standard utilizate la diagnosticare.

F. Evaluarea tulburărilor comorbide (de ex.: tulburări de anxietate).

G. Evaluarea riscului de suicid.

Sedința 2

Familiarizarea cu tratamentul.

Intervenții comportamentale.

Instruirea subiectului privind planificarea recompenselor și programarea activităților.

Încurajarea deținutului să sporească auto-recompensarea.

Încurajarea deținutului să reducă timpul petrecut prin ruminație și comportamentele pasive, asociale.

Intervenții cognitive

Informarea deținutului despre legătura dintre gânduri automate și emoții.

Identificarea și dezbateră împreună cu deținutul a gândurilor automate în cadrul ședinței.

Ședințele 3-7

Evaluare depresiei și a anxietății.

Evaluarea posibilității suicidului.

Intervenții comportamentale

Predarea și exersarea abilităților asertive în cadrul ședinței.

Creșterea frecvenței comportamentelor recompensatorii față de ceilalți.

Creșterea frecvenței contactelor sociale pozitive - inițierea contactelor și construirea unei rețele sociale de suport.

Evaluarea nivelului de auto-recompensare.

Intervenții cognitive

Folosirea unor tehnici cognitive specifice pentru a ajuta deținutul în atacarea gândurilor automate negative.

Identificarea și dezbateră convingerilor dezadaptative disfuncționale.

Ședințele 8-12

Evaluarea

Evaluare depresiei și a anxietății.

Evaluarea posibilității suicidului.

Intervenții comportamentale

Continuarea predării și a exersării abilităților de rezolvare de probleme.

Continuarea optimizării abilităților de comunicare.

Continuarea aplicării tehnicilor de gradare a sarcinilor.

Continuarea optimizării abilităților asertive și a abilităților sociale.

Intervenții cognitive

Continuarea identificării și a dezbaterii gândurilor automate și a convingerilor.

Trecerea în revistă a vechilor gânduri automate (identificate în ședințele anterioare) și discutarea cu deținutul (dacă încă mai au vreo semnificație).

Examinarea originii schemelor și evaluarea măsurii în care schemele au influențat / afectat evenimente, experiențe importante de-a lungul vieții.

Folosirea metodei jocului de rol pentru a ajuta deținutul să identifice schemele negative și persoanele care au contribuit la dezvoltarea acestor scheme.

Ajutarea deținutului să dezvolte convingeri și scheme mai realiste.

Ajutarea deținutului să dezvolte afirmații pozitive despre sine și un „statut de drepturi”.

VI. Bibliografie

Dekoven, S. (1997). *Despre ancorare. O introducere în psihologia consilierii*, Editura Gnosis, București.

Dimitriu - Tiron, E. (2005). *Consiliere Educațională*, Editura. Institutul European, Iași.

David, D. (2006). *Psihologie clinică și psihoterapie*, Editura Polirom, Iași.

Egan, G. (1990). *The Skilled Helper: A Systematic Approach to Effective Helping*, Monterey, CA: Brooks/Cole.

Holdevici, I. (2009). *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*, Editura Trei, București.

Mucchielli, A. (2002). *Arta de a influenta. Analiza tehnicilor de manipulare*, Editura Polirom, Iași

SECVENȚA 12

DESFĂȘURAREA ACTIVITĂȚILOR DE TIP PSIHOLOGIC CU PERSOANELE CONDAMNATE DEFINITIV CARE EXECUTĂ PEDEPSE PRIVATIVE DE LIBERTATE ÎN REGIMUL ÎNCHIS/MAXIMĂ SIGURANȚĂ

Maria Gruică, Ioana Reuș, Diana Manțoc, Răzvan Amărăscu



I. Delimitări conceptuale

Din categoria generală a persoanelor private de libertate, doar o anumită parte a acestora ajunge să execute pedeapsa în regimuri severe, cum sunt cele *închis* și *maximă siguranță*.

Cauzele țin în special de comiterea unor infracțiuni cu consecințe sociale grave (*indicatori ai riscului infracțional*) sau, pe parcursul executării pedepsei, de prezența unor comportamente provocatoare, încărcate de ostilitate, aversiune sau chiar de auto- sau heteroagresivitate (*indicatori ai riscului carceral*).

Considerăm că aceste aspecte reprezintă, pe de o parte, indicatori ai unor *riscuri infracționale*, precum „*faptele de violență, delictelor sexuale, traficul de stupefiante ...*”⁹, iar pe altă parte, „*riscurile de evadare ale persoanelor private de libertate provenite din rândul crimei organizate ... sau automutilarea*”¹⁰ constituie *riscuri carcerale*.

Cum regimul restrictiv include persoanele *cu risc infracțional crescut* este de așteptat ca și *pericolul carceral* să fie mai ridicat și, prin urmare, pe lângă măsurile speciale de siguranță, aceste tipuri de executare a pedepselor necesită intensificarea demersurilor de asistare psihologică și particularizarea acestora pe *categorii speciale de nevoi*.

II. Demersuri

Scopul este sistematizarea demersurilor de asistare psihologică a persoanelor private de libertate incluse în regimul închis sau maximă siguranță.

⁹ Gheorghe Florian, *Fenomenologie penitenciară*, Editura. Oscar Print, București, 2003, pag. 130.

¹⁰ *Ibidem*, pag. 130.

Practica a validat mai multe obiective generale.

1. **Diminuarea riscurilor identificate** la persoanele repartizate să execute pedeapsa privativă de libertate în regimul maximă siguranță sau închis se realizează prin asigurarea unei asistențe psihologice de calitate.

Necesitatea de abordare a unui risc (de ex.: consumul de stupefiante, ca pericol carceral) rămâne la latitudinea psihologului, în funcție și de justificarea nevoii (de ex: categorie mai mult sau mai puțin reprezentată numeric, dar efectele sunt puternice), de prioritizarea riscurilor (de ex: există alte riscuri mult mai stringente) și, nu în ultimul rând, de resursa de specialitate de care dispune unitatea (de ex: numărul psihologilor aflați în activitate).

Pe termen scurt, *abordarea riscurilor carcerale* este eficientă pentru asigurarea adaptării persoanelor la comportamentul optim penitenciar.

Pe când, alocarea resurselor specializate la *diminuarea riscurilor infracționale* (de ex.: constituirea unei comunități terapeutice pentru foștii consumatori de droguri, de abordare a persoanelor cu tulburări psihice sau a delincvenților sexuali etc.) necesită timp pentru reușită și costuri financiare (în formarea psihologilor), dar, de data aceasta, beneficiarul demersului este întreaga comunitate.

2. **Abordarea eficientă a nevoilor speciale determinate de privarea de libertate de lungă durată.**

Privarea de libertate de lungă durată executată în regimuri severe este posibil să fie însoțită și de anumite disfuncții descrise astfel: „scăderea stimei de sine, reducerea timpilor de reacție, regres afectiv, pasivitate, reacții psihosomatice, creșterea gradului de introversiune, teama de alterare a personalității, sentimentul de neputință, sentimentul permanent de incertitudine, evitarea gândurilor despre viitor ... teama de pierdere a controlului asupra propriei vieți”¹¹, deci, cu inserații depresive autentice. Aceste disfuncții, cu trecerea timpului, se pot concretiza prin: „desocializare și dependență, care sunt dăunătoare sănătății deținutului ca individ, și astfel întregii societăți”¹².

3. **Încurajarea demersurilor de restructurare personală pentru cei care execută pedeapsa în regim închis sau de maximă siguranță.**

Persoanele private de libertate sunt incluse în cele două regimuri menționate, în general în prima parte a executării unei pedepse de lungă durată, perioadă propice pentru **restructurări personale**, avându-se în vedere șocul depunerii în penitenciar, amintirea proaspătă a faptei reprobabile pentru care a fost condamnat sau sentimentele de culpabilitate.

4. **Realizarea unei etapizări a procesului de reinsertie socială a persoanelor private de libertate.**

Primul pas se realizează în perioada executată în regim închis și / sau maximă siguranță și constă în demersurile de *identificare corectă și acurată a factorilor criminogeni de natură psihologică*, dar și în *asigurarea unei intervenții psihologice adecvate și eficiente*, în sensul ameliorării comportamentelor antisociale ale acestora.

Cel de-al doilea pas, realizat în perioada executată în regim deschis și / sau semideschis, ca urmare a obținerii beneficiilor pentru trecerea progresivă într-un regim mai lejer, este axat pe *pregătirea psihologică a reluării legăturii cu comunitatea după o lungă perioadă de privare de libertate*.

¹¹ *Ibidem*, pag. 131-132.

¹² *Ibidem*, pag. 134-135.

Pornind de la obiectivele menționate, se conturează o tipologie specifică persoanei private de libertate, care ajunge să execute pedeapsa în regim închis sau maximă siguranță și *necesită diferențierea asistării psihologice* a acestei categorii, ținând cont, în special, de **riscuri și nevoi speciale**.

Metodologia de lucru

1. Identificarea persoanelor private de libertate care îndeplinesc criteriile necesare încadrării într-unul dintre următoarele tipuri de riscuri, pe baza datelor rezultate și consemnate prin aplicarea instrumentului de screening (evaluarea inițială):

- risc de agresivitate (pentru celelalte persoane private de libertate sau pentru personal);
- risc de suicid;
- risc pentru abuzuri sexuale față de celelalte persoane private de libertate;
- risc de autoagresiune/automutilare;
- risc de toxicomanie/farmaco-dependență;
- risc de infraționalitate.

Vor fi urmăriți **factorii predictori** pentru asemenea riscuri:

- toleranță scăzută la frustrare, deficite și carențe afective, suspiciune, iritabilitate, reactivitate disproporționată, urme ale unor acte de autoagresiune sau automutilare, prezența unor revendicări absurde;
- persoană privată de libertate recidivistă, sancțiuni disciplinare repetate în pedeapsa actuală sau în cele anterioare, istoric fluctuant sau inexistent al angajărilor în muncă pe perioadele petrecute în libertate, atitudine ostilă față de autoritate, apartenența la grupuri de criminalitate organizată, atitudinea față de fapta comisă, lipsa regretelor.

2. Identificarea persoanelor private de libertate cu nevoi generate pe parcursul executării unei pedepse privative de libertate de lungă durată.

În mod evident, sunt luate în considerare *alte tipuri de nevoi*, decât cele analizate în cadrul secvenței special destinate persoanelor vulnerabile. Mai precis, vor fi inventariate următoarele tipuri de nevoi speciale *induse de privarea de libertate de lungă durată*, detectate cu ocazia aplicării instrumentului de screening (evaluarea inițială):

- alterarea personalității, cauzată de schimbarea completă a statutului social anterior, a preocupărilor și, în general, a tuturor reperelor sociale anterioare încarcerării,
- sentimentul permanent de neputință sau de incertitudine,
- teama de pierdere a controlului asupra propriei vieți.

Vor fi urmăriți, în mod special, **factorii predictori**:

- dificultăți relaționale și de integrare în grupul persoanelor private de libertate,
- dificultăți adaptative resimțite puternic subiectiv,
- preferință pentru izolare și însingurare,
- dificultăți în a găsi modalitățile optime de adaptare la viața carcerală,
- stimă de sine scăzută,
- episoade depresive în antecedente,
- tentative suicidare în antecedente,
- labilitate emoțională, fragilitate psihică,
- reacții psihosomatice,
- creșterea gradului de introversiune,
- evitarea gândurilor despre viitor.

3. Realizarea unor evaluări psihologice periodice, după includerea persoanei private de libertate în regimul închis sau de maximă siguranță, în vederea actualizării **riscurilor și nevoilor speciale** ori **a celor induse** și consemnarea acestora în *Fișa psihologică* și în *aplicația informatică*.

4. Reactualizarea planului de intervenție educațională și terapeutică de câte ori este nevoie, dar nu mai devreme de 6 luni, cu recomandările de participare la activitățile de asistență psihologică, în funcție de *profilul riscurilor, al nevoilor speciale sau al celor induse*.

5. Pentru persoanele identificate în baza *analizei riscurilor, a nevoilor speciale și a factorilor predictor*, specificați mai sus, la punctele 1 și 2, obținerea **consimțământului informat și derularea tuturor celorlalte demersuri administrative** pentru includerea în activități de asistență psihologică, conform manualului de proceduri.

6. Derularea unor **programe specifice** de reducere a riscurilor și compensare a nevoilor de intervenție specifică identificată:

- Programul specific de asistență psihosocială destinat persoanelor cu *conduită agresivă* este recomandat persoanelor private de libertate identificate cu dificultăți de gestionare a agresivității;
- Programul specific de asistență psihosocială și de *prevenție a riscului suicidal* este recomandat, în mod evident celor cu *risc de suicid*;
- Programul specific de asistență psihosocială destinat *persoanelor cu antecedente în toxicomanie* este recomandat celor cu *risc de toxicomanie/ farmaco-dependență*;
- Programul specific de asistență psihosocială pentru *reducerea recidivei în abuzurile sexuale* destinat celor cu *risc de abuz sexual*;
- Programul specific de asistență psihosocială pentru *îmbunătățirea statusului psihosomatic și comportamental* al persoanelor cu *afecțiuni psihice*;
- Program specific de asistență psihosocială destinat *persoanelor vârstnice*.

7. Realizarea unor demersuri individuale de tipul **consilierii psihologice/ psihoterapiei**. Alegerea uneia dintre cele două modalități de intervenție, în defavoarea celeilalte ține cont de complexitatea problemei persoanei private de libertate, întrucât „psihoterapia are drept ambiție schimbarea personalității, în timp ce consilierea are ca scop utilizarea mai bună a resurselor persoanei”¹³.

Ca principiu de bază, *consilierea psihologică* este folosită atunci când evaluarea psihologică scoate la lumină dificultăți adaptative la mediul carceral exprimate în diverse moduri (dificultăți de relaționare și de integrare în grup, sentimentul permanent de neputință, teama de pierdere a controlului asupra propriei vieți etc.).

În schimb, *psihoterapia* este recomandată celor ale căror profile de risc / nevoi speciale cuprind elemente precum: alterarea personalității, auto- și hetero-agresivitate (având ca și cauzalitate tulburările psihice), risc de suicid, risc de toxicomanie / farmaco-dependență etc.

Se acordă o atenție sporită persoanelor aflate la prima pedeapsă privativă de libertate.

¹³ Irina Holdevici, Valentina Neacșu, *Consiliere și psihoterapie în situații de criză*, Editura Dual Tech, București, 2006, pag. 17.

Consilierea psihologică cuprinde următorii pași:

- stabilirea relației de consiliere (vezi secvența din ghid special destinată acestui aspect);
- evaluarea (identificarea) problemelor persoanei;
- conceptualizarea psihologică a problemelor;
- intervenții psihologice individuale;
- încheierea sesiunii de consiliere (stabilirea următoarelor etape, a viitoarei ședințe, verificarea realizării obiectivelor de consiliere);
- evaluarea procesului de consiliere psihologică și a rezultatelor acesteia.

În ceea ce privește **psihoterapia**, fiecare specialist are libertatea de a alege paradigma/modelul pe care îl va aborda în funcție de formarea sa, de tipul demersului pe care îl va utiliza, pornindu-se de la ideea că finalitatea este aceeași, diferite fiind doar modalitățile de atingere a obiectivelor. Considerăm utilă prezentarea etapelor unui model de psihoterapie cognitiv - comportamentală¹⁴:

- stabilirea relației psihoterapeutice și construirea raportului (vezi secvența din ghid special destinată acestui aspect);
- evaluarea gradului de severitate a problemei – se va concentra pe identificarea schemelor cognitive de bază care dirijează comportamentul și pe construirea listelor de probleme;
- identificarea și mobilizarea resurselor personale pentru a face față problemelor,
- elaborarea în comun a unor planuri concrete de acțiune;
- verificarea în practică a gândurilor alternative realiste și a noilor modalități de acțiune.

III. Particularități:

- Persoanele private de libertate condamnate la detenția pe viață necesită o atenție specială.
- Persoanele private de libertate incluse în categoria celor cu risc pentru siguranța penitenciarului reprezintă o prioritate, având în vedere evenimentele negative pe care le pot produce.
- Apartenența unor persoane private de libertate la grupuri infracționale organizate necesită o atenție sporită în ceea ce privește riscul de evadare și abuzul de putere față de celelalte persoane private de libertate.
- Condițiile de cazare (în comun sau individual, camere cu efectiv redus sau cu efective mari) au o importanță deosebită în ceea ce privește dorința de schimbare, în general în camerele cu efective mari fiind descurajate eforturile de recuperare psihosocială.
- Durata condamnării constituie un puternic factor de destructurare.

Problemele pot să apară odată *cu creșterea exponențială a numărului persoanelor repartizate în regimurile superioare, ca și grad de severitate, cu precădere a celui de maximă siguranță*, ca urmare a aplicării sancțiunilor disciplinare pentru încălcarea regulamentelor (de ex.: introducerea de obiecte interzise în spațiul de detenție).

Persoana repartizată, consecutiv sancționării disciplinare, într-un regim superior ca severitate se confruntă cu restricțiile de regim, dar și cu beneficiile de cazare (număr redus

¹⁴ *Ibidem*, pag. 92 - 93.

de paturi în cameră), ceea ce, pe de altă parte, îi poate întări comportamentul negativ prin stima infracțională de care va beneficia în cadrul populației carcerale.

Restricțiile regimului se resimt în imposibilitatea continuării demersurilor *Planului individualizat de intervenție educativă și terapeutică* prin ieșirea din programele psihoterapeutice (nefiind posibilă participarea persoanelor care execută pedeapsa în regimuri diferite, având în vedere necesitatea respectării condițiilor distincte de siguranță) sau continuarea activităților de consiliere de către un alt psiholog. Așa încât, creșterea numerică a persoanelor clasificate în regimul închis și în cel de maximă siguranță implică automat:

- condiții speciale de siguranță;
- diminuarea numărului de participanți la activitățile terapeutice de grup;
- predominanța activităților individuale de consiliere (prin adăugarea persoanelor cu risc carceral, la cele cu risc infracțional sever);
- creșterea numerică a personalului de specialitate (planificarea direct proporțională a numărului de psihologi la populația carcerală din regimurile severe).

IV. Limite

- Limitele de competență ale psihologului determină opțiunea acestuia pentru un anumit tip de demers, mai mult sau mai puțin eficient pentru problematica persoanei private de libertate.
- Activitățile individuale și de grup derulate cu persoanele clasificate în regimul închis sau de maximă siguranță se realizează numai în interiorul penitenciarului, în locuri anume destinate, sub pază și supraveghere.
- Necesitatea desfășurării intervențiilor specifice în prezența reprezentanților grupei de intervenție în cazul persoanelor clasificate cu grad sporit de risc.
- Motivația intrinsecă redusă a persoanelor private de libertate pentru participarea la activități, îngreunează demersurile de asistență psihosocială; acestea urmăresc, în special, ridicarea sancțiunilor disciplinare aplicate anterior sau obținerea altor tipuri de recompense, care să crească șansele de a beneficia de liberare condiționată.
- Lipsa motivației pentru schimbare limitează obținerea rezultatelor expectate ca urmare a derulării intervențiilor psihologice specifice, datorită lipsei unei proiecții pe termen lung ce se datorează, în special, duratei pedepsei și focusării persoanei asupra rezolvării unor probleme imediate.
- Limitarea rezultatelor expectate, ca urmare a contextului carceral, ce duce la adoptarea unui comportament controlat, ca măsură de supraviețuire și nu la o schimbare veritabilă de comportament.
- Măsurile adoptate de către serviciul siguranța deținerii și regim penitenciar interferează negativ cu intervențiile psihologice.
- Insecuritatea legată de viitor este generată de perspectiva dificultăților traiului după liberare.
- Nivelul educațional deficitar, limitează capacitatea de înțelegere.

V. Riscuri

- Transferul persoanelor private de libertate în timpul desfășurării programelor de asistență psihosocială sau al activităților de consiliere este urmată de întreruperea demersului;
- Apariția unor situații conflictuale, atac asupra personalului, autoagresiuni, risc de suicid;
- Retragera, riscului de drop-out, din cadrul intervențiilor psihologice individuale sau de grup;
- Controlul redus asupra contextului în care evoluează persoanele private de libertate – de ex.: climatul din interiorul camerei de deținere poate influența negativ anumite persoane și, de asemenea, poate crește riscul reapariției unei probleme sau a manifestărilor dezadaptative.

STUDIU DE CAZ

Subiect:

Sex – masculin

Vârsta – 37 ani

Fapta – omor deosebit de grav

Condamnare – 20 ani

Prezentare generală

Subiectul studiului de caz, se află în penitenciar de 2 ani, executând pedeapsa pentru infracțiunea de omor, în regimul de maximă siguranță. Nu este căsătorit, provenind dintr-o familie de oameni simpli, muncitori, de la țară. Mai are două surori, care nu doresc să păstreze legătura cu el. A absolvit liceul, angajându-se ulterior la o firmă, de unde a fost dat afară datorită problemelor legate de consumul de alcool, pe care acesta le avea. Afirmă că s-a simțit toată viața complexat, inferior celorlalți, motiv pentru care nu reușea să relaționeze cu cei din jur sau să aibă prieteni. Refugiul l-a găsit în alcool, cheltuindu-și frecvent banii în baruri. Datorită acestui fapt, existau în familie, dese neînțelegeri și certuri, părinții reproșându-i permanent că „nu este bun de nimic”. Locuia cu părinții, în timp ce, surorile lui se căsătoriseră și își făcuseră o situație. În momentul în care a rămas fără slujbă, a început să ia din banii părinților, certurile devenind zilnice.

La data comiterii faptei, se afla sub influența alcoolului și afirmă că, nemaiputând să îl audă pe tatăl său, a luat din bucătărie un cuțit cu care l-a lovit de mai multe ori, acesta decedând pe loc. Nu a mai fost condamnat, aflându-se la prima infracțiune. Afirmă că, nimeni din familie nu a avut probleme cu legea, el fiind „oaia neagră”.

Păstrează legătura telefonic cu mama sa. Evită să vorbească despre tatăl său.

Analiza cazului

La data la care a solicitat consiliere psihologică, se prezintă într-o stare anxioasă, manifestată prin neliniște psihomotorie, tremurături ale mâinilor, roșeață a obrazilor, evitând contactul vizual direct, privirea fiind ținută în podea.

Se constată în urma interviului psihologic nestructurat, o lipsă a încrederii în sine, dificultăți relaționale, complexe de inferioritate, dificultăți de adaptare la mediul penitenciar, izolare și însingurare, fiind ușor iritabil. Dispune de o bună capacitate de înțelegere, conștientizează problema legată de dependența de alcool și consecințele acesteia, care l-au adus, de altfel, în penitenciar.

Majoritatea timpului stă în cameră, fiindu-i greu să relaționeze cu cei din jur. Are probleme de comunicare, din această cauză, preferând să se izoleze. Face dese interpretări ale gesturilor și cuvintelor celorlalți, prin prisma cognițiilor negative.

Are o ținută îngrijită, fiind preocupat de starea de sănătate, motiv pentru care încearcă să își stabilească un regim de viață, în limitele posibilităților datorate mediului, cât mai sănătos. Nu reușește să își susțină în fața celorlalți părerile și opiniile, motiv pentru care acumulează frustrări, cu posibilitatea răbufnirii acestora. Se simte incompetent și neproductiv în raport cu ceilalți, simțind nevoia unei schimbări la nivel personal. Își dorește o imagine de sine pozitivă, este motivat pentru autocunoaștere, dezvoltare personală și schimbarea comportamentului adictiv.

Model de intervenție

Ședințele de consiliere s-au desfășurat cu frecvență săptămânală și durată de 50 de minute.

Obiectivele terapiei**Obiective principale:**

- reducerea stării de anxietate,
- înțelegerea profundă a propriilor atitudini și stări emoționale, precum și acceptarea acestora,
- învățarea comportamentului asertiv,
- îmbunătățirea performanțelor individuale.

Obiective secundare:

- creșterea gradului de autocontrol,
- dezvoltarea abilităților sociale,
- creșterea stimei de sine,
- creșterea încrederii în sine,
- dezvoltarea unui stil de gândire eficient.

Intervenția psihoterapeutică - tehnici utilizate:

- tehnici asertive - metoda ascultării active, metoda discului stricat,
- tehnica metaforelor,
- tehnica utilizării unor scale de evaluare a așteptărilor,
- tehnica examinării avantajelor și dezavantajelor,
- tehnica transformării unui eveniment negativ într-un avantaj,
- tehnica descoperirii dirijate,
- tehnici de ameliorare a auto-stimei,
- tehnici de relaxare,
- tehnica „sarcinilor pentru acasă” (de efectuat în camera de deținere).

Ședința 1

- stabilirea relației terapeutice, încheierea contractului de colaborare.

Ședința 2

- aplicarea scalelor pentru anxietate, stima de sine, distresul, ostilitate și conceptualizarea cazului,
- învățarea unor tehnici de relaxare.

Ședințele 3 - 5

- restructurare cognitivă

De exemplu: înlocuirea gândurilor negative cu unele raționale

Gânduri automate	Distorsionările cognitive	Gânduri raționale
Nu sunt bun de nimic	Desconsiderarea pozitivului, generalizări	Sunt o persoană valoroasă, știu să fac bine multe lucruri
Nimeni nu mă apreciază	Desconsiderarea pozitivului, generalizări	Pot numi câteva persoane care mă apreciază

Ședința 6

- dezvoltarea comportamentului asertiv.

Ședința 7

- recunoașterea situațiilor care solicită un comportament asertiv.

Ședința 8

- conștientizarea propriilor sentimente, dorințe și trebuințe.

Ședința 9

- exersarea răspunsurilor asertive.

Ședința 10

- ameliorarea auto-stimei.

Ședințele 11 - 12

- rezolvarea de probleme.

Ședința 13

- accentuarea resurselor adaptative.

Ședința 14

- trecerea în revistă a progreselor făcute,
- discuții despre riscul recăderii în cazul unor eșecuri.

Monitorizare și prevenirea recăderilor

Subiectul a înregistrat progrese în ceea ce privește comunicarea asertivă cu cei din jur, reușind să relaționeze într-un mod adecvat. În paralel cu ședințele de consiliere a fost inclus și într-un program de grup, pentru a putea exersa abilitățile dobândite.

Pentru a preveni riscul recăderii, este monitorizat periodic.

În prezent, nu există modificări, având un comportament adecvat și prezentând voință de adaptare socială.

VI. Bibliografie

Chira, Mureșan G., (2008). *Conduite de risc în detenție – Fundamente teoretice*, Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca;

Florian, G., (2003). *Fenomenologie penitenciară*, Editura Oscar Print, București,

Holdevici, I., Neacșu, V., (2006). *Consiliere și psihoterapie în situații de criză*, Editura Dual Tech, București.

SECVENȚA 13

DESFĂȘURAREA ACTIVITĂȚILOR DE TIP PSIHOLAGIC CU PERSOANELE CARE EXECUTĂ PEDEPSE PRIVATIVE DE LIBERTATE ÎN REGIMUL SEMIDESCHIS/DESCHIS

Liliana Hurezan, Doru Hazaparu, Sorin Iuga



I. Considerații teoretice

Intervențiile psihologice derulate cu persoanele care execută pedeapsa privativa de libertate în regimul semideschis și deschis sunt focusate, în principal, pe pregătirea acestora pentru reintegrarea în societate.

Implicarea psihologilor constă în intervenții individuale (evaluare, consiliere) și de grup, centrate în special pe probleme de natură psihologică generală, de autocunoaștere și dezvoltare personală, dar vizează și evaluările utilizate în cadrul comisiilor (pentru schimbarea regimului, de liberare condiționată, de acordare a permisiilor etc.)

II. Demersuri

1) Evaluarea psihologică

Surprinde evoluția factorilor psihologici ai persoanei private de libertate pentru asigurarea celei mai adecvate modalități de intervenție specifică, precum și în vederea formulării recomandărilor necesare în diferite comisii, de interes pentru persoanele care execută pedeapsa la regimul semideschis sau deschis.

Obiective:

- identificarea nevoilor specifice și formularea recomandărilor de intervenție;
- formularea recomandărilor pentru individualizarea regimului de executare a pedepsei ori pentru liberarea condiționată;
- formularea recomandărilor pentru munca în interiorul locului de detenție;
- formularea recomandărilor pentru acordarea de recompense cu permisiunea de ieșire din penitenciar;

Metodologie:

- diferențierea motivului pentru care se realizează evaluarea psihologică,
- stabilirea dimensiunilor evaluate;
- obținerea consimțământului informat al persoanei private de libertate;
- aplicarea instrumentelor de psihodiagnostic și interpretarea rezultatelor (selectate în funcție de scopul evaluării, caracteristicile psihometrice și de competențele evaluatorului);
- formularea recomandărilor și consemnarea în documentele specifice (inclusiv aplicația informatică).

Dimensiuni psihologice relevante - în funcție de scopul evaluării:

- a) Formularea recomandărilor pentru intervenția specifică cu scopul stabilirii unor:
 - modificări semnificative pentru subdomeniile evaluate anterior ca fiind problematice (elemente relevante care impun asistență psihologică, noi riscuri identificate).
- b) Formularea recomandărilor pentru Comisia de individualizare și pentru Comisia de propuneri pentru liberare condiționată
 - evoluția persoanei din punct de vedere psihocomportamental;
 - capacitatea de adaptare la condițiile din regimul semideschis / deschis;
 - riscul criminogen pe care persoana îl prezintă;
- c) Formularea recomandărilor pentru Comisia de repartizare la muncă
Pentru munca în interiorul locului de deținere ținem cont de:
 - capacitatea crescută de autocontrol comportamental;
 - capacitatea autentică de exprimare adecvată a emoțiilor;
 - abilitățile de relaționare interpersonală;
 - abilitatea de a rezolva situațiile conflictuale;
 - motivația proprie.
- d) Formularea recomandărilor pentru acordarea recompensei cu permisiunea de ieșire din penitenciar ia în calcul:
 - nevoi criminogene diminuate – cu referire la riscul de recidivă și triggeri – consum de alcool, agresivitate, infracțiune sexuală, consum de droguri;
 - stabilitatea relației cu familia constituită, de proveniență/cu mediul de suport social sau a victimei – stare economică favorabilă, asigurarea unui domiciliu/adăpost, conflicte minime existente/potențiale);
 - modul de raportare la condamnarea primită, percepția justiției pedepsei cu închisoarea (acceptarea statutului de deținut și asumarea responsabilității).

2) Intervenția de specialitate

Facilitează adaptarea persoanei custodiate la condițiile regimului semideschis, respectiv deschis, prin pregătirea acestuia pentru reintegrare socială, în perioada post-detenție.

Utilizează următoarele *principii generale*:

- intervenția se realizează în baza recomandărilor formulate în urma evaluării psihologice, în regim individual sau de grup;
- asistența psihologică oferită face parte dintr-un demers multidisciplinar (social, educativ, medical), colaborarea în echipa multidisciplinară fiind esențială pentru recuperarea psihosocială a persoanei custodiate.

Obiective:

- intervenția centrată pe nevoi specifice în plan psihologic (probleme de sănătate mentală, adicții, agresivitate, inclusiv de natură sexuală);
- intervenție orientată pe domeniul psihologic general (relaționare socială, capacitate de coping la situații de stres, probleme de natură afectivă, capacitate de luare a deciziilor, rezolvare de probleme);
- suport în vederea menținerii achizițiilor în plan psihologic;
- intervenția în situații de criză;
- dezvoltarea motivației de implicare în activități diverse (educative, lucrative), în special, dacă se desfășoară în comunitate.

Metodologie:

- analiza recomandărilor și stabilirea priorității de intervenție (1. intervenția centrată pe nevoi specifice, 2. intervenția orientată pe dezvoltarea deprinderilor de rezolvare a situațiilor conflictuale, de management al stresului, 3. intervenția centrată pe autocunoaștere și dezvoltare personală, 4. asistență psihologică la solicitare, pe probleme punctuale);
- stabilirea tipului de intervenție (în regim individual sau de grup) în funcție de nevoile persoanei;
- oferirea asistenței psihologice recomandate (stabilirea obiectivelor și a indicatorilor de eficiență, aplicarea metodelor și a tehnicilor specifice, evaluarea periodică a indicatorilor de evoluție și revizuirea intervenției, evaluarea finală, formularea recomandărilor pentru persoana în cauză);
- asigurarea intervenției de grup centrată pe activități de autocunoaștere și dezvoltare personală;
- elaborarea documentației specifice intervenției psihologice (registre, fișele specifice din Dosarul de Educație și Asistență Psihosocială ori din mapele documentare ale programelor, completarea câmpurilor specifice în aplicația informatică).

Recomandăm ca tehnicile și metodele utilizate să fie adecvate scopului intervenției, și să corespundă competențelor de formare ale psihologului.

III. Particularități

- Regimul mai puțin restrictiv facilitează desfășurarea activităților psihologice (posibilitatea de participare la activități fără supraveghere, de mișcare liberă în zonele stabilite de către administrația penitenciarului).
- Munca în echipe multidisciplinare este esențială în această etapă de executare a pedepsei privative de libertate, intervenția psihologică fiind frecvent un factor de susținere a celorlalte demersuri (de ex.: motivarea pentru desfășurarea de activități lucrative, stimularea interesului pentru formarea profesională).

- Persoanele private de libertate din regimurile semideschis sau deschis pot fi responsabilizate și implicate, într-o mai mare măsură, în cadrul diferitelor activități și programe (de ex.: deținuți de sprijin, desemnați pentru o secție de semideschis, la care alți deținuți pot apela în situații dificile).
- Intervențiile psihologice pot fi dezvoltate, prin colaborarea cu alți specialiști din comunitate.
- Responsabilitatea specialistului vizează recomandările pentru diferite comisii și intervenția privind riscurile post-detenție (de ex.: riscul de a recidiva într-o anumită infracțiune, risc de recădere în caz de adicții).
- Persoana privată de libertate se concentrează pe nevoile materiale, concrete (de ex.: absența suportului familial, lipsuri financiare, posibilități reduse de a găsi o locuință sau de a se angaja), iar rolul psihologului este de a-i oferi suport emoțional, inclusiv prin învățarea tehnicilor de rezolvare de probleme. Asumarea acestui rol, de către specialist, presupune înțelegerea limitelor inerente și a specificității domeniului, de către toate părțile implicate.

IV. Limite

- Unele persoane private de libertate pot prezenta dificultăți de adaptare la condițiile regimului semideschis și deschis, necesitând asistență specifică pentru această problemă.
- Imposibilitatea sau posibilitatea redusă de accesare a unor servicii psihologice sau medicale în perioada post-detenție cu efecte negative asupra continuității tratamentului și/sau intervenției psihologice.

V. Riscuri

- Cunoașterea insuficientă a persoanelor private de libertate poate determina formularea unor recomandări inadecvate, care antrenează adoptarea de decizii eronate cu privire la persoanele private de libertate.
- Centrarea pe nevoile persoanei private de libertate, nu pe nevoile administrației penitenciarului sau ale societății (confuzia între *rolul penitenciarului* de a servi societatea și cel al *comunității*, care, prin intermediul instituțiilor sale este cu adevărat în măsură de a contribui la diminuarea riscului infracțional).
- Nerespectarea *Regulamentului de Ordine Interioară* extinde posibilitatea trecerii într-un regim mai restrictiv, ceea ce poate antrena distres accentuat și risc de adoptare a unor comportamente hetero/autoagresive.
- Plasarea spațiilor de desfășurare a activităților în exteriorul zonei permise accesului liber al persoanelor private de libertate, antrenează implicarea personalului din pază pentru escortarea și supravegherea acestora la activitățile de asistență psihologică.

STUDIU DE CAZ

C.D., vârstă - 36 de ani, studii medii, raliat în concubinaj, are un copil minor, condamnare 4 ani, pentru infracțiunea de furt calificat. Până în prezent a executat 2 ani.

1. Acuze principale

Persoana privată de libertate a solicitat asistență psihologică, manifestând o stare de distres emoțional accentuat cauzat de anticiparea schimbării regimului din semideschis în închis (ca urmare a unui raport de incident) și transferul la un alt penitenciar. Aceste schimbări în modalitatea de executare a pedepsei au fost asociate cu ideea că nu va mai fi vizitat de familie datorită distanței prea mari și cu teama că v-a fi părăsit de concubină. De asemenea, acuză scăderea capacității de concentrare și memorare, diminuarea poftelor de mâncare, stări de tristețe, accese de plâns frecvente, insomnie (în special dificultăți la adormire), anxietate în special în legătura cu viitorul, corelată cu lipsa speranței, sentimente de neputință și vinovăție, ideea suicidară.

2. Istoric personal și social

C.D. provine dintr-o familie organizată, dar cu o situație materială precară. Are o relație de concubinaj de 3 ani din care a rezultat un copil, la data interviului, în vârstă de 2 ani. Se descrie ca fiind o persoană responsabilă, muncitoare (singurul întreținător al familiei, asigurând nevoile materiale ale acesteia), altruistă, cumsecade, respectuoasă. Recunoaște istoricul infracțional (cu antecedente penale pentru o infracțiune comisă în minorat).

3. Istoric medical

Subiectul nu prezintă antecedente medicale de natură să-i influențeze funcționarea psihică, problemele psihice curente sau procesul de tratament.

4. Evaluare psihologică

Tehnicile utilizate pentru realizarea evaluării au constatat în aplicarea unui interviu semi-structurat (SCID I), respectiv a unor scale de evaluare a stării afective (scale pentru depresie, anxietate, profil emoțional).

Subiectul este bine orientat spațio-temporal, abilități bune de comunicare și relaționare, intelect de nivel mediu, tendințe de minimalizare a consecințelor pe termen lung ale comportamentelor sale. C.D. prezintă cu o dispoziție anxios-depresivă, cu ideea suicidară, fără a avea un plan concret. Manifestă un nivel crescut de distres, cu abilități deficitare de coping (focalizare pe emoție, deprinderi slabe de rezolvare de probleme). Din punct de vedere cognitiv, are tendința de a exagera și de a se centra exclusiv pe posibilele consecințe negative din punct de vedere social, fără a verifica concordanța cu realitatea.

5. Conceptualizarea cazului

Anticiparea schimbării regimului, a transferului la un alt penitenciar, imposibilitatea familiei de a-l vizita datorită situației materiale precare (factor declanșator), precum și posibilitatea de a fi părăsit de concubină (factor favorizant) – au precipitat și menținut anxietatea și simptomele depresive. Dificultățile concubinei de a-i oferi suport emoțional au fost percepute ca și o modalitate a acesteia de a întrerupe relația, iar nemulțumirile cu privire la situația materială și problemele recente de sănătate ale copilului au declanșat sentimente accentuate de neputință și vinovăție, subiectul considerând că este responsabil, dar nu și capabil de a asigura suportul financiar familiei sale. Centrarea sa pe sentimentele sale și incapacitatea de a oferi un suport concret familiei au favorizat experiențierea unui nivel crescut de distres și dezvoltarea ideii suicidare, ca și modalitate de rezolvare a problemelor emoționale.

6. Plan de intervenție

Lista de probleme:

- ideea suicidară,
- distresul emoțional - sentimentele de neajutorare, lipsă de speranță, vinovăție,
- stilul cognitiv - care susține starea de distres,
- abilitățile deficitare de coping,
- relația cu concubina – modalități de relaționare.

7. Scopuri terapeutice

- reducerea ideății suicidare și a riscului de suicid,
- modificarea stilului cognitiv,
- diminuarea distresului emoțional,
- dezvoltarea abilităților de rezolvare de probleme în vederea îmbunătățirii relației cu concubina și a capacității de soluționare a problemelor.

8. Intervenția

Întrucât rezultatele evaluării psihologice au indicat o depresie majoră și o anxietate accentuată, s-a recomandat consult psihiatric, în urma căruia subiectul a fost diagnosticat cu tulburare anxios depresivă.

În perioada următoare, persoana custodiată a urmat tratamentul medicamentos prescris de medicul de specialitate și a participat la ședințe de consiliere psihologică individuală, în cadrul cărora, într-un mediu suportiv, au fost aplicate tehnici de modificare comportamentală, tehnici de inoculare a stresului, de rezolvare de probleme și de restructurare cognitivă.

Intervenția a vizat, în primul rând, rezolvarea crizei (ideeația suicidară), în acest sens fiind aplicate tehnici de activare comportamentală (stimularea implicării în activități de grup prin folosirea întăririlor pozitive - oferirea de suport în rezolvarea unor probleme administrative) și restructurarea convingerilor care îl predispun la comportament suicidar (identificarea dovezilor pro și contra conduitelor suicidare, corectarea erorilor de logică).

Motivele invocate de subiect s-au referit la faptul că moartea l-ar elibera de suferința psihică proprie și a familiei sale. Motivele identificate pentru a rămâne în viață și acceptate de subiect au fost „copilul meu ar rămâne fără suport material toată viața, nu numai 2 - 3 ani perioadă în care eu m-aș afla în închisoare”, „copilul va fi distrus aflând de moartea mea și va purta toată viața stigmatul că este copilul unui sinucigaș”. Criza a fost redefinită în termenii unui șir de probleme care pot fi rezolvate, astfel încât subiectul să nu mai perceapă suicidul ca fiind unica soluție posibilă. Au fost identificate problemele în termeni concreți, sub forma unor emoții și situații pe care dorește să le modifice și s-au identificat soluții alternative de rezolvare a acestora.

Subiectul se consideră „o persoană rea” și prezintă tendința de catastrofare și de evaluare globală negativă – de exemplu: „nu reușesc să-i ofer copilului meu suportul de care are nevoie, deci nu sunt un tată bun, nu mai merită să trăiesc”, credințe care au antrenat sentimente accentuate de neputință și vinovăție. Intervenția a vizat disputarea acestor credințe (identificarea, analiza consecințelor emoționale antrenate, flexibilizarea, dezvoltarea unor cogniții funcționale).

9. Rezultate, concluzii și urmărirea evoluției subiectului

Intervenția s-a extins pe parcursul a 10 ședințe, subiectul rămânând în același regim de executare a pedepsei.

Evaluarea realizată la o lună de la urmarea tratamentului medicamentos și a consilierii psihologice a înregistrat: absența ideății suicidare, o ameliorare a simptomatologiei anxios-depresive cu diminuarea sentimentelor de îngrijorare, neputință și vinovăție și implicarea în activități productive, religioase, programe educative și îmbunătățirea relației cu concubina.

Unele simptome ca stările de tristețe, accese de plâns au persistat, dar nu au mai îndeplinit criteriile pentru a defini tulburarea anxios-depresivă.

În vederea prevenției recăderilor și a susținerii schimbărilor realizate, subiectul a fost inclus în cadrul unui program individual de asistență psihologică destinat diminuării depresiei și reducerii riscului de suicid.

SECVENȚA 14
DESFĂȘURAREA ACTIVITĂȚILOR DE TIP PSIHOLOGIC CU BOLNAVII
CRONICI

Oana Sorescu, Simona Dumitrescu



I. Considerații teoretice

În penitenciarele - spital, asistența psihologică acordată persoanelor custodiate prezintă unele particularități generate de specificul nevoilor persoanelor private de libertate aflate sub îngrijire medicală.

Așezămintele spitalicești din sistemul penitenciar prezintă particularități, dintre care menționăm doar câteva:

- fluctuația mare a pacienților;
- durata relativ scăzută a timpului petrecut în aceste unități ;
- disconfortul generat de boală;
- perioada de repaus asociată tratamentului.

Toate aceste particularități ne determină spre alegerea unor intervenții specializate care să fie:

- mai puțin dinamice și solicitante;
- de scurtă durată;
- adaptate statusului psihosomatic al persoanelor private de libertate aflate sub îngrijire medicală;
- orientate, pe cât posibil, spre dezvoltarea resurselor personale.

Din categoria bolnavilor diagnosticați cu afecțiuni cronice, o atenție deosebită se acordă persoanelor private de libertate:

- infectate cu HIV/SIDA;
- diagnosticate cu TBC;
- diagnosticate cu hepatită cu virus C;
- diagnosticate cu cancer;
- diagnosticate cu diabet;
- diagnosticate cu boli cronice invalidante – de ex.: reumatismul inflamator sau cel cronic cu afectare importantă a mobilității, boli dermatologice cu aspect inestetic etc.

II. Demersuri

Asigurarea suportului psihologic are ca scop controlul reacțiilor emoționale și diminuarea efectelor impactului, chiar și la momentul confirmării adevărului despre boala persoanei private de libertate.

Obiective:

- oferirea unei calități optime a vieții persoanelor cu afecțiuni cronice și, de asemenea, minimalizarea suferințelor acestora;
- oferirea posibilității de a-și satisface o serie de trebuințe sociale, cum ar fi compasiunea, înțelegerea, susținerea, stima etc.;
- posibilitatea de a crea o nouă perspectivă asupra situației în care se află;
- oferirea suportului în a recunoaște și a face diferența între problemele cu care se confruntă din cauza bolii și cele legate de viața personală;
- consolidarea competenței și abilității de a lupta cu boala;
- creșterea stimei de sine;
- promovarea sentimentului de securitate, prin întărirea ego-ului și încurajare.

Mijloace:

Descrierea tabloului clinic/problemelor (prin interviu clinic și la nevoie testare psihologică) urmând pașii:

- a) focalizare generală pe tabloul clinic și mecanismele etiopatogenetice psihologice asociate bolii somatice – numărul de internări în unități spitalicești civile sau din sistem penitenciar; condițiile social-economice, informații despre familie, inclusiv suportul acordat de aceasta persoanei private de libertate, situații stresante; perspectiva generală asupra stării persoanei private de libertate în relație cu boala somatică;
- b) focalizare specifică pe tabloul clinic și mecanismele etiopatogenetice;
- c) focalizare pe consecințele psiho-sociale ale tabloului clinic și a modului în care acesta se particularizează pentru fiecare persoană privată de libertate luată în evidență cu boală cronică – investigația care vizează surprinderea structurii și dinamicii individuale și oferă informații suplimentare prin reliefarea modului în care tabloul clinic se particularizează (de ex.: funcționarea în condițiile vieții carcerale).

Se urmărește evaluarea psihologică a:

- stării prezente a persoanei private de libertate cu boală cronică și a modului în care aceasta se adaptează la situațiile concrete;
- problematicei comportamentelor simptomatice;
- influenței situației somatice asupra persoanei private de libertate;
- comportamentului interpersonal;
- principiilor morale și a atitudinilor sociale;
- mecanismelor defensive și de coping precum și a conflictelor și a dinamicii lor;
- identității și a imaginii de sine;
- controlului și a autocontrolului comportamentului și a emoțiilor etc.

Asigurarea intervenției specifice (individuale sau de grup) prin:

- a) *consiliere și terapie suportivă* - păstrarea unei gândiri pozitive și a unei vieți active, independente; trăirea plenară a bucuriilor vieții centrate pe „aici și acum”; bunăvoință, corectitudine și grație față de cei din jur; evitarea solitudinii,

izolării; păstrarea umorului și apelul la acesta pe cât mai des posibil; apelul la religie (acolo unde este posibil);

- b) *consiliere în situații de criză și asistența bolnavilor terminali;*
- c) *terapii standard de relaxare și sugestive;*
- d) *consiliere (utilizând tehnici comportamentale) specifică obiectivelor medicale (de ex.: creșterea aderenței la tratament, modificarea stilului de viață, pregătire preoperatorie, prevenție terțiară în cadrul bolilor cronice etc.).*

III. Particularități

- Când condițiile permit, unele activități pot fi realizate și în saloanele medicale, cu acordul medicului de secție.

IV. Riscuri

- *Precepte religioase ce impun conduite nesalutogenetice (de ex.: interzicerea tratamentelor chirurgicale);*
- *Menținerea simptomelor pentru obținerea beneficiilor (mai mult timp internat în spital, la camerele de infirmerie, obținerea unei întreruperi a executării pedepsei privative de libertate);*
- *Sincope în demersul terapeutic cauzate de variabilele specifice mediului penitenciar (transfer, schimbare regim de executare, prezentări la instanțele de judecată etc.).*

STUDIU DE CAZ

C.I. - 31 de ani, sex masculin, din Râmnicu Vâlcea.

Condamnat 3 ani pentru furt, are 10 clase și nu avea un loc de muncă stabil.

Depistat HIV pozitiv la un test rapid - analiza a fost făcută la solicitarea acestuia, în vederea căsătoriei cu concubina sa, cu care avea deja 2 copii.

Este internat în Spitalul Penitenciar Jilava pentru investigații suplimentare. După confirmarea rezultatului apar modificări la nivel emoțional și comportamental – apatie, schimbare bruscă, maladivă, a dispoziției emoționale, inapetență, pierderea interesului pentru activitățile de rutină (igienă corporală, plimbare zilnică, vizionarea emisiunilor TV etc.). Presupune că a fost infectat în urma unei relații anterioare celei prezente.

Relația cu familia nu se schimbă, își anunță concubina (cu care s-a și căsătorit ulterior) despre diagnostic, sfătuind-o să meargă cu copiii să-și facă analizele.

Simptomatologia se accentuează în perioada anterioară aflării rezultatelor analizelor familiei și devine suspicios când i se comunică telefonic faptul că acestea sunt negative.

Provenind dintr-o familie cu posibilități materiale modeste, aflată în imposibilitatea de a-l vizita săptămânal, în perioada următoare – aproximativ o lună – se menține simptomatologia și este diagnosticat cu depresie ușoară de către medicul psihiatru, primind tratament antidepressiv. După citirea buletinelor de analiză (arătate de către soție) solicită să nu mai primească tratamentul menționat anterior.

Intervenția psihologică a avut ca obiective:

- *evaluarea imaginii de sine;*
- *creșterea numărului de activități zilnice;*
- *identificarea unor modalități asertive de a solicita ajutor, la nevoie,*
- *îmbunătățirea procesului de înțelegere a diferitelor situații pe care le traversează,*
- *ameliorarea simptomatologiei anxioase, depresive,*
- *menținerea/readaptarea capacităților fizice sau intelectuale,*
- *readaptarea socială, în vederea evitării fenomenelor de marginalizare socială, stigmatizare, etichetare.*

Existența mecanismelor de apărare de genul negării, blocajului, refuzului realității, a făcut ca intervenția să debuteze destul de anevoios. Însă, odată stabilită relația psiholog –persoană custodiată, bazată pe onestitate și deschidere către nevoile și problemele reale ale pacientului, ședințele au continuat în direcția obiectivelor stabilite cu subiectul.

Un rol important în evoluția pozitivă l-a avut soția, care i-a oferit suportul necesar și certitudinea că nu au survenit modificări ale relației lor.

Mijloace

- *Aplicarea de instrumente psihologice standardizate pentru testarea diferitelor arii ale personalității (chestionare, scale, inventare etc);*
- *Măsurarea statusului funcțional;*
- *Măsurarea depresiei și a statusului mental;*
- *Sănătatea socială care presupune prin evaluarea suportului și măsurarea satisfacției față de viață și a încrederii de sine.*

V. Bibliografie

Iamandescu, B.I. (2002). *Stresul psihic din perspectivă psihologică și psihosomatică*, Editura Infomedica, București.

Iamandescu, B. I. (1997). *Psihologie medicală*, Editura Infomedica, București

Ionescu, G. (1990). *Psihoterapie*, Editura Științifică, București

Jeican R. (1997). *Psihopatologie*, Editura Casa Cartii de Stiinta, Cluj.

Rășcanu, R. (1997). *Psihologie medicală și asistență socială*, Editura Știință și Tehnică, București.

d) Intervenții psihologice în funcție de nevoile specifice

SECVENȚA 15 DERULAREA ACTIVITĂȚILOR PSIHOLOGICE CU PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE CU ANTECEDENTE ÎN TOXICOMANIE

*Loredana Corduneanu, Oana Sorescu, Cristina Ionescu,
Ana Maria Mucioniu, Natalia Ciobanu, Nicolae Marian*



I. Demersuri teoretice

Scopul acestor intervenții este de a menține motivația pentru abținere, de a preveni riscul de recădere sau de a stabili strategii de harm-reduction în privința consumului de droguri, în baza cunoașterii particularităților de personalitate ale consumatorului.

Intervenția implică:

- evaluarea inițială în perioada de carantină și observare, cu scopul de a identifica nevoile și riscurile persoanei, în această fază, esențială fiind identificarea riscului de sevraj și tratarea acestuia, asigurarea suportului și dezvoltarea relației terapeutice, așa încât, să se elaboreze un plan individualizat de intervenție pe parcursul traseului execuțional al pedepsei privative de libertate;
- consilierea psihologică în situație de criză sau la cererea persoanei private de libertate;
- consilierea psihologică planificată de psiholog în perioada de adaptare la mediul penitenciar;
- evaluarea psihologică pe parcursul executării pedepsei privative de libertate;
- includerea în programul de asistență psihosocială adresat persoanelor cu antecedente în toxicomanie;
- includerea într-o Comunitate terapeutică;
- includerea în programe de harm-reduction (schimb de seringi, substituție cu metadonă);
- includerea în programul de pregătire pentru liberare, centrat pe managementul situațiilor de risc după liberare, de prevenire a recăderilor, precum și de continuare a terapiei în instituții din comunitate (Agenția Națională Antidrog – Centrele de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog, Centre de zi);
- evaluarea psihologică la finalul executării pedepsei privative de libertate.

Metodele psihologice utilizate:

- Screening de evaluare;
- Interviu semistructurat SCID I și SCID II;
- Interviu motivațional;
- Chestionare de personalitate;
- Chestionar de completare de fraze și atitudinal;
- Teste proiective;
- Analiza altor documente (*de ex:* dosarul individual).

Interviu motivațional constituie o formă de consiliere, care diminuează posibilitatea ca persoana custodiată să nege problema și maximizează șansele ca motivația acesteia să crească, încurajează și determină beneficiarii să conștientizeze responsabilitatea personală pentru deciziile lor, capacitatea de a lua decizii, alegerile pe care le fac și consecințele asociate lor, să exploreze posibilitatea de a exista o discordanță între comportamentul actual și convingerile, atitudinile și sentimentele acestora.

Crearea condițiilor pentru schimbare, de către psiholog prin:

- **Exprimarea empatică și evitarea conflictuală** – stil empatic, schimbare facilitată de acceptare, o bună ascultare reflexivă, ambivalența este normală, de evitat stilul argumentativ care duce la o atitudine defensivă, iar beneficiarul va deveni mai fixat pe atitudinea de a nu se schimba,
- **Să facă față rezistenței, sublinierea discrepantei** – se evită discuțiile în contradictoriu legate de schimbare sau să opună rezistență în mod direct, se prezintă noi perspective, resursa primară este beneficiarul, semnal pentru a răspunde diferit, beneficiarul aduce argumente pentru schimbare, care este motivată de discrepanța percepută între comportamentul prezent și scopuri personale importante,
- **Sprijinirea eficienței personale** – propria percepție a beneficiarului asupra schimbării este importantă, beneficiarul fiind responsabil pentru alegerea și implementarea schimbării, profeția de tip autoconfirmativ.

Faza 1: Construirea motivației pentru schimbare – întrebări deschise, ascultare reflexivă, afirmare și rezumare, folosirea balanțelor decizionale, obținerea de afirmații automotivante (recunoașterea problemei, exprimarea îngrijorării, intenția de a se schimba, optimism față de schimbare). Capcane pe care trebuie să le evite psihologul – întrebări închise, confruntarea / negarea, etichetarea, concentrarea prematură pe un anumit subiect, capcana învinuirii.

Exemple în vederea obținerii de afirmații automotivante:

► *Recunoașterea problemei*

- a) Stilul actual de viață îți creează vreo problemă și care ar fi aceasta?
- b) În ce fel crezi că tu sau alte persoane ați avut de pierdut pentru că tu consumi substanțe ?
- c) Consumul de substanțe te-a împiedicat să faci ceva ce voiai ? Cum?
- d) Ce dificultăți ai întâmpinat legate de consumul de substanțe ?
- e) În ce fel crezi că atitudinea ta ți-a făcut rău ție sau altor persoane ?
- f) În ce fel acest rău ți-a creat probleme ?

► *Pentru a genera îngrijorare*

- a) *Ce aspecte legate de abuzul de substanțe ar putea constitui pentru tine sau alte persoane un motiv de îngrijorare ?*
- b) *Ce crezi că se va întâmpla cu tine ?*
- c) *Ce părere ai despre consumul de substanțe ?*
- d) *În ce fel te afectează ?*
- e) *Cât de mult te îngrijorează asta ?*
- f) *Ce crezi că se va întâmpla dacă nu faci o schimbare ?*

► *Intenția de a se schimba*

- a) *Faptul că ai vorbit în acest mod cu mine sugerează că te gândești să schimbi ceva. Care crezi că sunt motivele pentru a face schimbarea ?*
- b) *Ce te face să crezi că ar fi nevoie să-ți schimbi comportamentul ?*
- c) *Dacă ai avea succes pe toate planurile și lucrurile ar merge așa cum vrei tu, ce ar fi diferit de modul în care stau lucrurile acum ?*
- d) *Ce te face să crezi că ar trebui să continui consumul de substanțe ?*
- e) *Ce te-ar face să te gândești că e timpul pentru o schimbare ?*
- f) *Ce ai avea de câștigat dacă te-ai schimba ?*

► *Generarea optimismului*

- a) *Dacă te hotărăști să te schimbi, ce crezi că te-ar putea determina să poți să faci asta ?*
- b) *Ce îți dă speranțe că poți să schimbi ceva dacă vrei ?*
- c) *Este ceva din ce am vorbit care crezi că te va ajuta să-ți schimbi comportamentul ? Ce anume ?*
- d) *Ce crezi că ar da rezultate în cazul tău dacă te hotărăști să te schimbi ?*

► *Privind înapoi*

- a) *Îți amintești când îți mergea bine ? La ce te gândeai atunci ?*
- b) *Cum ai fost înainte să fii condamnat prima dată ?*
- c) *Care este diferența între cum erai acum ani și cum ești acum ?*

► *Privind spre viitor*

- a) *Dacă te hotărăști să faci o schimbare, care sunt speranțele tale de viitor ?*
- b) *Cum vrei să-ți iasă lucrurile ?*
- c) *Ce opțiuni ai la dispoziție ?*
- d) *Ce trebuie să faci ca să înregistrezi progrese ?*

Faza 2: Consolidarea angajamentului de a realiza schimbarea și elaborarea unui plan pentru realizarea schimbării

Terapia de grup: dimensiunea grupului să nu fie mai mare de 12 participanți, iar durata de 50-100 minute fiecare sesiune.

Programul de terapie de grup cuprinde aproximativ 10 sesiuni orientate pe următoarele teme: *tehnici de relaxare, reducerea consecințelor negative, supradoza și injectarea în condiții de siguranță, conștientizarea în privința drogurilor, cum acționează drogurile, conștientizarea în privința alcoolului, motivația pentru schimbare, prevenirea recăderii, mod sănătos de viață, dietă sănătoasă și echilibrată.*

Varianta de program de tip cognitiv-comportamental centrat pe următoarele teme: *introducere în temă și tehnici cognitiv-comportamentale, cum să faci față craving-ului, susținerea motivației și a angajamentului de schimbare, abilități de refuz / asertivitate, decizii aparent irelevante, plan de coping pentru orice situație, rezolvarea de probleme, managementul de caz, reducerea riscului HIV/VHC, persoane semnificative, sesiunea finală.*

II. Motivația pentru schimbare

Consumul abuziv de substanțe a fost de multe ori relaționat cu comportamentul infracțional. Această conexiune a fost posibilă deoarece toxicomanii sunt delincvenți prin chiar natura ilegală a drogurilor, mai mult, unii consumatori se angajează în furturi și alte activități infracționale pentru a putea procura aceste substanțe.

Din perspectivă criminogenă, motivația delincventului reprezintă o componentă critică a procesului de schimbare comportamentală, iar acesta poate fi pus în evidență analizând următoarele aspecte:

1. *motivația și cultura sistemelor judiciare* – în mod tradițional societatea trebuie „să fie dură” cu delincvenții sau aceștia sunt percepuți ca inumani și ar trebui să fie tratați în consecință, fără respect și demnitate, acestea ducând la sentimente ostile,

2. *teoria auto-determinării (TAD)* – oferă o cale utilă de conceptualizare a problemelor motivaționale inerente într-o cultură tipică a sistemului judiciar care accentuează controlul coercitiv și autoritatea,

3. *motivația și asimilarea tratamentului* – contextele judiciare prezintă mai multe provocări pentru cei care asistă delincvenții în schimbarea comportamentală,

4. *motivația și progresul în tratament* – un principiu al recuperării psihosociale eficiente, discutat în contextul motivației, este sensibilizarea tratamentului.

Motivația pentru schimbare este apreciată ca un demers prioritar în orice formă de terapie. *Interviul motivațional* este o tehnică ce permite subiectului să recunoască problemele pe care le are și să-l determine să intre într-o formă de tratament, să continue tratamentul și să atingă complianța.

Terapia de creștere motivațională poate genera o schimbare motivațională rapidă a subiectului în favoarea abandonării modelului de consum de droguri, folosind strategii necesare pentru mobilizarea resurselor personale.

Utilizarea *stadiilor schimbării după Prochaska, DiClemente, Norcross (1992, apud Walters & colab., 2007)* în schimbarea atitudinii persoanei custodiate față de consumul de droguri.

Stadiul 1. Subiecții nu au luat în considerare nimic pentru a se schimba, se află în faza de *precontemplație (premeditativă)* ce definește „luna de miere” a adicției, când doar efectele plăcute ale comportamentului sunt luate în considerare, în timp ce consecințele neplăcute sunt complet ignorate. În această etapă, consumatorul nu ia în considerare posibilitatea schimbării.

Stadiul 2. Persoanele se gândesc că ar trebuie să se schimbe, că au o problemă sau cât de ușor le va fi și cât de mult îi va costa această schimbare, se află deja în faza de *contemplație (meditativă)*. Este etapa în care persoana începe să fie conștientă și de efectele negative, neplăcute ale comportamentului, să fie îngrijorată și să ia în considerare posibilitatea schimbării, dar este ambivalentă și nesigură în raport cu schimbarea.

Stadiul 3. Atunci când iau hotărârea de a se schimba, subiecții parcurg etapa de *determinare*. Schimbarea începe să fie resimțită ca o necesitate, deoarece consumatorul resimte din ce în ce mai dureros efectele neplăcute. Individul planifică să realizeze

schimbarea în viitorul apropiat, dar încă nu e hotărât asupra a ceea ce are de făcut în continuare.

Stadiul 4. Odată cu modificarea comportamentului, indivizii trec în faza de *acțiune*, când au loc numeroase negocieri cu ei înșiși și ambianța. Etapa începe cu primii pași concreți spre realizarea schimbării, dar aceștia sunt deocamdată instabili.

Stadiu 5. În momentul reușitei, subiectul intră în faza de *menținere* (*perseverență*) a schimbării comportamentale sau de susținere a noului comportament. Și-a atins obiectivul propus – cum ar fi încetarea completă a comportamentului indezirabil - și se concentrează pe menținerea noilor comportamente însușite.

Stadiul 6. Dacă aceste eforturi au eșuat, subiectul intră în stadiul de *recădere* și poate reîncepe un nou ciclu, un nou proces de schimbare. Experimentează recurența simptomelor și, în fața consecințelor acestora, decide ce are de făcut în continuare. Opțiunile pot fi: reluarea tratamentului, a programului de recuperare sau dimpotrivă, reluarea consumului.

Cu toate că mulți subiecți părăsesc acest ciclu în diferite faze sau recad, important de știut este că mulți reiau ciclul și unii chiar reușesc să-l ducă la sfârșit fără recădere. Astfel, terapia de creștere motivațională reușește să susțină subiectul pentru a depăși stadiul de precontemplație, trecându-l prin ambivalența celui de contemplație și aducându-l în pragul deciziei și al angajamentului pentru schimbare.

Persoanele cu tulburări legate de consumul de substanțe psihoactive sau alt comportament adictiv au cel mai adesea o evoluție circulară, parcurgând în mod repetat pragurile schimbării.

De exemplu, un consumator de droguri aflat în *faza de precontemplare* ignoră efectele negative ale consumului, concentrându-se pe efectele plăcute. După un timp, persoana poate începe să devină tot mai conștientă și îngrijorată de efectele negative (senzația de mahmureală, greață, durerile de stomac, dificultățile financiare, deteriorarea relației cu partenerul etc.) intrând în *faza de contemplație*, de unde - spontan sau ca urmare a intervenției terapeutice - se îndreaptă mai departe spre luarea unei decizii, de exemplu micșorarea cantității de drog consumate și diminuarea frecvenței consumului – *stadiul deciziei*. Ulterior, persoana poate reveni asupra deciziei și renunță la obiectivul de schimbare (se întoarce în stadiul de contemplație) sau poate avansa în ciclul schimbării și concepe un plan concret de schimbare, pe care îl poate pune mai târziu în acțiune - cere ajutorul de specialitate, spune familiei despre decizie, cere suport prietenilor, aruncă drogul etc. (*stadiul acțiunii*). Odată schimbat comportamentul de consum - atinge abstenența sau consuma controlat – persoana custodiată poate menține schimbarea sau alege să reia consumul (*stadiul menținerii, respectiv al recăderii*). Majoritatea persoanelor care se angajează în schimbarea comportamentului (de consum) revin, cel puțin o dată, la un stadiu anterior în ciclul schimbării. După recădere, consumatorul poate decide să reintre în oricare dintre stadii, inclusiv în precontemplare. Majoritatea consumatorilor de substanțe parcurg de mai multe ori acest ciclu, până la obținerea recuperării.

Psihologul poate facilita parcurgerea de către subiect a etapelor ciclului schimbării prin folosirea unor tehnici de creștere și susținere a motivației, precum *Interviul motivațional*.

Prevenirea recăderilor conține un set complex de intervenții care combină psihoeducația și intervenția terapeutică - predominant de tip cognitiv-comportamental - destinat consumatorilor aflați în faza de menținere a ciclului schimbării.

Modelul prevenirii recăderilor acceptă ideea că *majoritatea consumatorilor problematici de substanțe recad*. Astfel, recăderea nu este sfârșitul drumului, ci doar o

nouă etapă în călătoria pe care consumatorul de substanțe o are de parcurs pentru a ajunge la recuperarea totală. Consumatorii care recad nu se întorc în poziția zero, în același loc de unde au plecat în ciclul schimbării. Experiența contemplării, a deciziei, a acțiunii și a menținerii pe o perioadă mai lungă sau mai scurtă a schimbării produce o serie de modificări la nivel comportamental și cognitiv. Persoana custodiată a adunat o serie de cunoștințe despre propriul său comportament, despre abilitățile pe care le posedă și despre situațiile cu cel mai mare risc. De aceea, reluarea ciclului schimbării nu se aseamănă cu o mișcare circulară, ci, mai degrabă, cu înscrierea pe panta ascendentă a unei spirale. Acceptarea recăderii ca o parte integrantă (și naturală) a procesului schimbării determină o modificare a obiectivelor și a criteriilor de succes ale intervenției. Scăderea numărului, a frecvenței recăderilor și a intensității acestora în termeni de durată și cantitate de substanță consumată sunt obiective dezirabile și acceptabile. În plus, viziunea conform căreia recăderea este un proces, o etapă și nu un *marker* punctual al eșecului are în programele de prevenire a recăderilor, o importanță terapeutică.

Astfel, recăderea începe înainte de reluarea propriu-zisă a consumului de substanțe, ulterior unei perioade de abținere și continuă după primul act de consum. Recunoașterea la timp a semnelor apariției unei recăderi permite consumatorului să instituie strategii de a face față (*coping*), strategii învățate și repetate împreună cu terapeutul și colegii de grup și în mediul de viață al subiectului (sub forma temelor pentru acasă).

Persoanele custodiate sunt invitate să adopte următoarea viziune asupra recăderilor: un episod de consum nu reprezintă eșecul încercărilor lor, ci o oportunitate de învățare, un pas înainte pe spirala schimbării.

Principalele obiective ale terapiei de creștere motivațională sunt :

- subiectul să conștientizeze cât de mare este problema toxicomaniei pentru el și cum îl afectează, în toate aspectele, balanță motivațională esențială pentru trecerea subiectului de la contemplație la determinare,
- determinarea subiectului, aflat în stadiul de contemplare, de a evalua posibilitățile și balanța cost / beneficiu a schimbării, respectiv să decidă dacă este în stare să se schimbe și cum se va reflecta asupra vieții lui.

Lucrul cu motivația subiectului:

1. *construirea motivației pentru schimbare* (afirmarea auto-motivației, ascultarea cu empatie, prezentarea rezultatelor evaluării personale, dezvăluirea acestuia, manipularea rezistențelor, reformularea, recapitularea),

2. *consolidarea angajamentului de schimbare* (recunoașterea disponibilității de schimbare – discutarea unui plan, comunicarea liberei alegeri, prezentarea consecințelor acțiunii și inacțiunii, informarea și sfătuirea, importanța abținerei, conduita în fața rezistențelor, alcătuirea unui plan al schimbării, recapitularea, angajamentul de schimbare),

3. *strategiile de urmărire* (trecerea în revistă a progreselor, reînnoirea motivației, refacerea Contractului terapeutic).

► *Distorsiuni cognitive specifice dependențelor de substanță:*

Identificarea și combaterea gândurilor despre droguri

Gândurile asociate consumului de droguri, care pot duce la reluarea acestuia, chiar și în mediul penitenciar, pot varia de la persoană la persoană în funcție de stilurile lor cognitive. Psihologul trebuie să ajute persoanele private de libertate, foste consumatoare de droguri, să-și identifice propriile distorsiuni cognitive și raționalizări. *De exemplu:* „Am observat că tu vorbești despre eul tău dependent de drog și despre eul tău îndreptat. Poți să-mi vorbești mai mult despre eul tău dependent?”.

Este important ca psihologul să definească în mod clar gândurile automate și cognițiile.

► *Gânduri obișnuite asociate consumului de droguri*

Testarea controlului: „Pot merge la petreceri (să mă întâlnesc cu prieteni care sunt consumatori, beau sau fumează) fără să consum” / „Viața nu va mai fi niciodată la fel, îmi place să fiu drogat”.

Eșec: „Tratamentele anterioare nu au funcționat, nu este nicio speranță pentru mine”.

Plăcere minimalizată: „Lumea este plictisitoare fără droguri”.

Îndreptățire: „Merit o recompensă”.

Sentiment de disconfort: „Nu știu cum să mă port cu oamenii, dacă nu sunt sub influența drogurilor”.

Autopedepsire: „Am dat-o din nou în bară, aș putea la fel de bine să mă droghez”.

Evadare: „Viața mea este atât de rea, am nevoie doar de o pauză de câteva ore”.

IV. Particularități

Psihologul desemnat pentru a desfășura activități cu persoanele private de libertate care au antecedente în consumul de droguri va colabora cu:

- *membrii echipei multidisciplinare (pază, medical)* constituită la nivelul unității în vederea desfășurării activităților de informare, consiliere și prevenire;
- *ceilalți specialiști (asistent social, educator, preot, monitor sportiv)* din cadrul pentru realizarea continuității activităților de recuperare și reinserție socială;
- întocmește, în colaborare cu *asistentul social, educatorul și preotul*, orarul și tematicile activităților derulate în vederea realizării evaluării inițiale cu persoanele private de libertate aflate în perioada de observare și carantinare;
- *șeful secției, supraveghetor* – pentru identificarea și monitorizarea constantă a persoanelor private de libertate participante la program;
- cabinetul medical – pentru derularea adecvată a programelor cu persoanele private de libertate aflate în *programul de metadonă*;
- *colaboratori externi* (reprezentanți ai poliției, direcției de sănătate publică, organizații neguvernamentale ce își desfășoară activitatea în domeniul prevenirii și combaterii traficului și consumului de droguri, reprezentanți ai cultelor religioase).

V. Limite

- Profesionale - potrivit competențelor dobândite, datorită numărului relativ redus de specialiști în acest tip de problemă la nivel național, fenomenul fiind unul relativ nou, din ultimii 10-15 ani;
- Disponibilitatea relativ redusă a personalului pentru activitățile în cadrul echipei multidisciplinare;
- Rezistențele personalului unității penitenciare față de persoanele private de libertate cu antecedente în consumul de droguri.

VI. Riscuri

- Numărul redus de personal specializat pentru a desfășura acest tip de intervenții.
- Transferul persoanelor private de libertate la alte unități penitenciare, pe parcursul derulării intervențiilor.

- Lipsa unor instrumente de evaluare specifice, adaptate la populația carcerală, care să surprindă exact acele aspecte necesare monitorizării permanente (evoluția pozitivă/negativă) pe durata participării la program.
- Rezistențe la psihoterapie: participare inconstantă și formală, dezvoltarea ostilității față de terapeut, dezvoltarea unor mecanisme de apărare neidentificate și nerezolvate la timp.

STUDIU DE CAZ

Prezentare

G.M. , 31 ani, București.

Condamnat 7 ani pentru Legea 143/2000.

12 clase, necăsătorit, neimplicat într-o relație de tip afectiv, fără copii.

La momentul arestării pompier salvator, cu 11 ani vechime în muncă.

Afirmativ policonsum de droguri.

Analiza cazului

Declarativ, consumator de heroină din 1993, 8 ani consum la folie și de circa 6 ani consum intravenos.

Consum intermitent, nu cotidian, însă fără perioade semnificative de abținere.

Asociază în mod frecvent: metadonă, cocaină, metamfetamine, ecstasy și ocazional codeină, LSD, diazepam.

Frecvent consumă amestec de alcool cu drog, alcool și pastile, droguri și pastile.

Nu declară internări în secții de detoxifiere din circuitul Ministerului Sănătății.

Nu declară internări pentru stări de sevraj sau supradoză ce au necesitat intervenție de urgență.

Fără perioade semnificative de abținere la drog, cel mai mult a rezistat 6 zile.

Consumator excesiv de alcool, cca. 700 ml/zi în asociere cu bere și vin.

Fumător de la vârsta de 11 ani.

Declarativ, la vârsta de 14 ani a suferit un TCC fără pierderea cunoștinței.

Declarativ, fără ideea sau tentative suicidare.

Model de intervenție

Stabilizare hemodinamică, funcțională prin eliminarea stării de rău fizic (sevraj / supradoză).

Stabilirea gradului de implicare, precum și al motivației pentru schimbare.

Evaluarea psihologică a personalității persoanei dependente.

Întocmirea fișelor de observație și menționarea aspectelor semnificative, întocmirea profilului psihologic.

Investigarea gradului de adicție / dependență.

Stabilirea nevoilor psihologice și programarea ulterioară a ședințelor de consiliere psihologică și a demersului terapeutic.

Monitorizare

Zilnică, pe întreaga perioadă a detoxifierii substitutive / nonsubstitutive.

Periodică, săptămânal după detoxifiere.

Prevenirea recăderilor

Intervenții psihologice individuale și de grup.

Informări despre efectele drogurilor asupra organismului cu colaboratori externi din cadrul organizațiilor antidrog.

Oferirea suportului moral / material din partea aparținătorilor acestora.

VII. Bibliografie

Corduneanu, L., Petrescu, C-S, (2009). *Program specific de asistență psihosocială destinat persoanelor cu antecedente în toxicomanie*, București.

Shelly, M-K., (25-28 august 2009). *Dependența de droguri*, Suport curs - Mamaia.

Gorskl, Terence T., Kelley, John M., Agenția Națională Antidrog, (2007). *Prevenirea recăderilor la persoanele dependente de droguri – Manualul consilierului*, București.

Cicu, G., Georgescu, D., Moldovan, A-M, Țintea, G., Agenția Națională Antidrog, (2008). *Protocol de evaluare psihologică a consumatorilor de droguri*, București.

Carroll, K.M., Agenția Națională Antidrog, (2007). *O abordare cognitiv-comportamentală în tratamentul dependenței de cocaină – Manual de terapie pentru dependența de droguri* București.

Miller, W.R., Rolnick, S., Agenția Națională Antidrog, (2005). *Interviul motivațional – Pregătirea pentru schimbare*, București.

Holdevici, I., Neacșu, V., (2006). *Consiliere psihologică si psihoterapie in situatiile de criză*, (2006), Editura Dual.

Yalom, I., Leszcz, M., (2008). *Tratat de psihoterapie de grup, teorie si practica*, Editura Trei.

David, D., (2006). *Tratat de psihoterapii cognitive si comportamentale - ANEXE*, Editura Polirom;

Tudose, F.și colab. (2002). *Psihopatologie si psihiatrie pentru psihologi*, Editura Infomedica.

Peseschkian, N., (2009). *Psihoterapia vieții cotidiene*, Editura Trei.

<http://www.vrasti.org/>

<http://www.interviulmotivational.ro/>

SECVENȚA 16

ASISTENȚA PSIHOLOGICĂ ACORDATĂ PERSOANELOR PRIVATE DE LIBERTATE CU AFECȚIUNI PSIHICE

Maria Gruică, Răzvan Amărăscu, Diana Manțoc



I. Delimitare teoretică

Asistența psihologică oferită persoanelor private de libertate cu afecțiuni psihice are ca scop compensarea sau prevenirea decompensărilor în plan psihocomportamental ale acestora.

Decompensările persoanelor cu afecțiuni psihice sunt destul de frecvente în mediul penitenciar, cauzele fiind reprezentate de multitudinea *factorilor declanșatori și de menținere* a bolii, cu care se confruntă zi de zi această categorie de persoane private de libertate. Prin urmare, asistarea psihologică destinată acestora trebuie să vizeze în principal echilibrarea și menținerea acestui echilibru, de preferat pe perioade cât mai lungi sau chiar pe întreaga durată a pedepsei privative de libertate.

II. Demersuri

Obiective

Atenuarea simptomatologiei evidențiate în cazul distorsiunilor personalității, dar și al dezordinilor severe în plan comportamental și emoțional, de care suferă persoanele private de libertate cu afecțiuni psihice.

În general, în mediul penitenciar sunt vizate următoarele alterații: retardul psihic, tulburările cognitive pronunțate, schizofreniile și sindroame paranoide aflate în faza de remisie, anxietatea socială, simptomatologia negativă preponderentă, tulburările de personalitate, tulburările afective, nevrozele etc.

Sprijinirea persoanelor private de libertate cu afecțiuni psihice în vederea descoperirii unor noi strategii de rezolvare a propriilor probleme.

Acest tip de sprijin vizează în special orientarea persoanelor private de libertate cu afecțiuni psihice care au suferit o degradare importantă a capacităților adaptative, în vederea facilitării adaptării optime la mediul penitenciar.

Metodologie

a) Identificarea persoanelor private de libertate cu afecțiuni psihice prin următoarele modalități:

- studiarea datelor consemnate în Fișa psihologică a Dosarului de Educație și Asistență Psihosocială cu ocazia screening - ului (evaluării inițiale);
- colaborarea nemijlocită cu medicul psihiatru al unității sau cu medicul – șef, în cazul în care unitatea nu dispune de medic psihiatru.

b) Stabilirea psihodiagnosticului clinic „vizează cunoașterea factorilor psihologici cu relevanță pentru sănătate și boală. Această cunoaștere se realizează prin procesul de evaluare clinică în care se utilizează două clase de metode: testarea psihologică (incluzând teste, diverse sarcini și probe) și interviul clinic (liber, semistructurat, structurat)”¹⁵. Fiind în genere o activitate cronofagă și cunoscând incidența crescută a bolilor psihice în mediul penitenciar, este utilă stabilirea unor *priorități* în cadrul psihodiagnosticării persoanelor private de libertate. Astfel, se recomandă psihodiagnosticarea cu prioritate a:

- persoanelor private de libertate susceptibile de tulburări pe **axa I** a DSM IV –TR, prin folosirea SCID I – versiunea clinică;
- persoanelor private de libertate susceptibile de tulburări pe **axa II** a DSM IV – TR și care generează frecvent evenimente negative în penitenciar, prin utilizarea SCID II.

De asemenea, se recomandă folosirea Sistemului de Evaluare Clinică (SEC), care dublează diagnosticul categorial realizat prin SCID I și II cu un diagnostic cantitativ care „dă o rigoare mai mare rezultatului și permite analize statistice mai complexe”¹⁶.

În lipsa instrumentelor recomandate sau în cazul altor opțiuni, se pot folosi orice tehnici standardizate și validate.

c) Obținerea consimțământului informat pentru realizarea intervențiilor psihologice cu persoanele private de libertate cu afecțiuni psihice și menționarea acestui aspect în *Planul individualizat de evaluare și intervenție educativă și terapeutică*.

d) Întocmirea tabelelor nominale cu persoanele custodiate care urmează să beneficieze de consiliere psihologică individuală, de grup/psihoterapie și avizarea acestora conform metodologiei specificate în *programele de grup* și în *Manualul de proceduri al Sistemului Penitenciar*.

e) Derularea demersurilor individuale, în grup sau de grup, axate pe valorificarea resurselor interne în vederea dezvoltării autonomiei, relaționării interpersonale adecvate și a creșterii adaptabilității la viața carcerală a persoanelor private de libertate cu tulburări psihice:

- consiliere psihologică individuală, în grup sau de grup;
- activități individuale specifice de psihoterapie;
- programul specific de asistență psihosocială destinat persoanelor cu afecțiuni psihice (modulele I și II).

¹⁵ First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., și Williams, J.B.W. (1997). *Interviu Clinic Structurat pentru Tulburările Clinice de pe Axa I a DSM – Versiune Clinică*. Adaptare în limba română David, D. (coordonator) (2007). Editura RTS, Cluj-Napoca, pag. III.

¹⁶ *Ibidem*, pag VI.

f) Utilizarea metodei managementului de caz pentru persoanele private de libertate cu afecțiuni psihice – metodă descrisă amănunțit în manualul „Managementul de caz în domeniul sănătății mintale pentru persoanele private de libertate”.

g) Formarea persoanelor private de libertate de sprijin, care sunt selectate astfel încât să fie în măsură a se implica în susținerea și ajutorarea persoanelor private de libertate cu afecțiuni psihice, dar și să informeze specialiștii în legătură cu orice schimbări apărute în comportamentul acestora.

h) Monitorizarea și prevenirea recăderilor

i) Colaborarea cu reprezentanți ai altor instituții publice, asociații sau organizații nonguvernamentale, respectiv, personal specializat în domeniul asistenței psihosociale și a sănătății mintale.

III. Particularități

- Condițiile privării de libertate – *de ex.*: cazarea într-o cameră de deținere, alături de alți colegi cu care împarte spațiul personal (numărul acestora putând varia între 2 și 30 persoane private de libertate) particularizează contextul intervenției psihologice cu persoanele private de libertate cu afecțiuni psihice.
- Reglementările privind colaborarea cu serviciul medical și serviciul siguranța deținerii și regim penitenciar particularizează gestionarea demersurilor psihologice destinate persoanelor private de libertate cu afecțiuni psihice.
- Desfășurarea activităților în grupuri mici, în care să predomine climatul de siguranță și confort psihic.
- Dificultăți în asigurarea asistenței psihologice necesare tuturor persoanelor private de libertate cu afecțiuni psihice, datorită incidenței crescute în mediul carceral a tulburărilor psihice – tulburarea de personalitate paranoidă, antisocială, anxioasă, schizoidă, emoțional-instabilă, borderline, retardul mintal etc., cât și a personalului de specialitate insuficient.
- Necesitatea desfășurării anumitor intervenții specifice în prezența personalului din serviciul siguranța deținerii și regim penitenciar, inclusiv a grupei de intervenție - pentru categoria grad sporit de risc, regimul de maximă siguranță.
- Adaptarea deficitară la viața carcerală a persoanelor cu afecțiuni psihice, amplifică problemele cu care acestea se confruntă.
- Deficitul de autonomie, capacitatea limitată de relaționare, care accentuează problemele cu care se confruntă persoanele private de libertate diagnosticate cu afecțiuni psihice.

IV. Limite

- Resursele de specialitate insuficiente pentru a răspunde nevoilor multiple, complexe ale persoanelor private de libertate cu probleme de sănătate mintală.
- Limitele de competență în formarea psihologului (condiționate de obținerea atestatului de liberă practică) diminuează numărul specialiștilor care pot practica psihoterapia, din resursele și așa extrem de reduse ale sistemului penitenciar.
- Stabilirea diagnosticului psihiatric în urma unui consult de specialitate nu se realizează în toate situațiile într-un interval de timp optim.
- Eficiența intervenției și rapiditatea obținerii rezultatelor scontate sunt limitate de caracterul imprevizibil al persoanelor cu patologie psihiatrică, de complexitatea, diversitatea manifestărilor, a simptomatologiei etc.

- Posibilitatea limitată a psihologului de completare a informațiilor despre istoricul, antecedentele cazului cu informații din partea membrilor familiei sau a grupului de suport.
- Complanța redusă la tratamentul medicamentos și la intervențiile psihologice individuale sau de grup.
- Absența intervenției specifice, asigurate de către un medic psihiatru (nefiind asigurată această funcție) care să susțină intervenția psihologică și să influențeze pozitiv obținerea rezultatelor scontate.
- Lipsa unui sistem de evaluare a nevoilor persoanelor private de libertate cu probleme de sănătate mentală în vederea dimensionării adecvate a resurselor.
- Insecuritatea legată de viitor este generată de perspectiva dificultăților traiului după liberare.

V. Riscuri

- Decompensarea psihică pe fondul particularităților și limitărilor mediului privativ de libertate.
- Controlul redus asupra contextului în care evoluează persoanele private de libertate cu afecțiuni psihice – de ex.: climatul din interiorul camerei de deținere poate influența negativ anumite persoane și poate crește riscul decompensării psihice.
- Eticheta categoriei de „vulnerabil” sau „bolnav psihic”, poate influența negativ evoluția tratamentului, percepția personală asupra stării de sănătate.
- Creșterea riscurilor asociate acestei categorii de persoane private de libertate, ca urmare a stigmatizării celor cu afecțiuni psihice de către ceilalți deținuți sau chiar de către personalul administrației locului de deținere.
- Manipularea persoanelor private de libertate cu afecțiuni psihice de către unii dintre deținuți.
- Apariția unor situații conflictuale, atac asupra personalului, autoagresiuni, risc de suicid.
- Retragerea, riscul de drop-out, din cadrul intervențiilor psihologice individuale sau de grup.
- Riscul simulării bolii și a traficului de medicamente.

STUDIUL DE CAZ

Sex – masculin

Vârsta – 33 ani

Fapta – tâlhărie

Condamnare – 7 ani și 3 luni

Subiectul studiului de caz este recidivist, prima infracțiune fiind de furt calificat. A absolvit 11 clase, nu a fost niciodată căsătorit, având o relație de concubinaj, care s-a încheiat odată cu ultima arestare. Nu are copii. Mama este decedată, tatăl pensionar, singura lui soră fiind plecată în străinătate. Este vizitat lunar de tată. Afirmă că, în libertate consuma alcool frecvent și în mod abuziv.

Problemele au apărut în urmă cu aproximativ un an, când a început să prezinte idei delirante de persecuție și urmărire. A devenit violent față de colegul de cameră, fără nici un motiv, apoi a aruncat televizorul pe jos, fiind convins că, despre el se discuta la emisiunea ce se derula la acea oră.

Tematica centrală a ideilor delirante este legată în parte de sistemul justițiar, considerându-se închis pe nedrept, precum și de faptul că cineva dorește neapărat să îi facă rău, fiind vorba de o răzbunare. Afirmă că sunt mai multe persoane care trimit asupra sa „atacuri psihologice”, prin care acestea doresc să îl tortureze. Este convins că vor să îl omoare, că i-au implantat un cip în cap, iar acum de la o telecomandă îl controlează tot timpul. Doarme puțin, din cauza că nu vrea ca aceste persoane să îl prindă și să îi facă rău.

Afirmă că, trebuie să fie tot timpul pregătit pentru a se apăra. Este convins că primește mesaje zilnic de la aceste persoane, iar pentru faptul că a stat de vorbă cu psihologul, crede că acum, vor trimite mesaje și psihologului. Prezintă inversiune afectivă față de tatăl său. Despre mamă nu dorește să vorbească, devenind foarte suspicios atunci când se insistă asupra acestui subiect.

Nu se cunosc date concrete din antecedentele sale despre o eventuală patologie psihiatrică. Din relatările sale, există probabilitatea de a fi manifestat în copilărie tulburări de comportament, afirmând în cadrul interviului că, de multe ori, tatăl îi spunea că o să îl interneze „la nebuni”.

Analiza cazului

Se prezintă la interviu, într-o ținută dezordonată, neîngrijită, nepieptănat, așezându-se pe scaun cu nonșalanță, foarte sigur pe el, încercând să domine și să conducă discuția. Foarte suspicios, se uită tot timpul peste umăr, urmărind dacă vine cineva. Postura dreaptă, cu ritm ideoverbal crescut, idei de referință. Este neîngrijit, arătând o totală lipsă de interes față de igiena personală, mimica cu expresivitate bogată, psihomotricitate normală din punct de vedere al dezvoltării, dar cu perioade de agitație psihomotorie, limbaj normal dezvoltat, folosind în comunicare o tonalitate înaltă, cu un debit verbal crescut, uneori manifestând incoerență în desfășurarea logică a ideilor. Este neîncrezător, vorbind doar cu persoanele în care are încredere.

Examinarea funcțiilor psihice.

S-au utilizat ca instrumente de testare psihologică: observația, anamneza, interviul clinic semistrucurat, SCID-I, analiza produselor activității. Rezultatele examinării au reliefat o anumită concordanță astfel:

1. Gândirea – centrată pe idei delirante paranoide de persecuție și urmărire – „îmi vor răul, nu știu ce vor de la mine, vor să mă omoare”, de urmărire – „sunt camere peste tot și ne ascultă tot ce vorbim, mi-au pus un cip în cap prin care îmi controlează gândurile și tot ce fac, de la o telecomandă”. Se caracterizează prin idei himerice, de persecuție, primare, nesistemmatizate și de neînălțat, uneori fiind legate de halucinații (este convins că, obiectele din cameră se mișcă).
2. Afectivitate – instabilitate emoțională, prizonier al pulsionilor
3. Personalitate – devitalizare, nevoie de sprijin, conflicte cu sine și cu ceilalți, adaptare dificilă, încăpățănare, vulnerabilitate, depersonalizare, „mă uitam la mine cum eram căzut jos, împușcat, într-o baltă de sânge”, nedeterminare în prezent, dezorientat și fără scop, tendințe antisociale accentuate, nu este de acord cu ordinea socială „dacă aș avea o armă, i-aș împușca pe toți”, nu respectă regulile sociale, predispoziție pentru paranoia, dezechilibru psihic, control slăbit al realității, ce indică tendința de a aluneca în psihoză.

AXA I – schizofrenie paranoidă

AXA II – posibile tulburări de comportament în antecedente

AXA III – nu este în evidență cu boli cronice

AXA IV – probleme cu grupul de suport primar prin disciplină inadecvată, probleme profesionale – nu a muncit niciodată cu carte de muncă, nereușind să își păstreze un loc de muncă stabil din cauza consumului excesiv de alcool, probleme educaționale – abandon școlar înainte de a termina liceul – clasa a XI-a, probleme în legătură cu sistemul legal - recidivist

AXA V GAF 25 (16. februarie 2010)

Model de intervenție

- s-a luat legătura cu serviciul siguranța deținerii și regim penitenciar, pentru a fi supravegheat cu atenție, dar și cu cabinetul medical, pentru consult psihiatric de specialitate, deoarece nu figura în fișa medicală ca având probleme psihice. Pentru operativitate, în prima fază, deoarece în cadrul penitenciarului nu există psihiatru, subiectul a fost trimis la cabinetul de psihiatrie din cadrul policlinicii orașului,
- în urma consultului de specialitate, s-a confirmat ipoteza de schizofrenie paranoidă, subiectului urmând a i se administra medicația antipsihotică,
- în paralel cu farmacoterapia, s-au desfășurat și ședințe de consiliere psihologică individuală, pentru a evita marginalizarea acestuia,
- responsivitatea la tratament fiind scăzută, subiectul a fost transferat la un spital penitenciar, cu secție de psihiatrie,
- la reînțoarcerea de la spital, fiind relativ compensat, intervenția psihologică s-a putut desfășura cu eficiență mai bună decât înainte, permițând ulterior și includerea lui într-un program de grup destinat persoanelor cu afecțiuni psihice, cu scopul de a îmbunătăți abilitățile de relaționare interpersonală, creșterea adaptabilității la mediul penitenciar, reducerea riscului de pericolozitate prin asistare specializată, diminuarea ponderii incidentelor negative provocate, diminuarea alterațiilor cognitive, comportamentale și emoționale, dezvoltarea unei imagini realiste despre

sine, despre viață, despre mediul în care se află, sprijinirea persoanei în descoperirea strategiilor de rezolvare a propriilor probleme,

- a beneficiat de ședințe de consiliere psihologică individuală, cu durata de 50 minute, săptămânal,
- a fost inclus în programul de terapie ocupațională.

Monitorizarea și prevenirea recăderilor

1. subiectul este monitorizat în permanență, pentru detecție și intervenție timpurie în caz de schimbări apărute în comportament,
2. este văzut periodic de către medicul penitenciarului și de către psiholog,
3. în fazele de decompensare, este transferat la penitenciarul-spital, pentru tratament adecvat.

VI. Bibliografie

American Psychiatric Association, (2003). *DSM-IV-TR*, Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, București.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., și Williams, J.B.W. (1997). *Interviu Clinic Structurat pentru Tulburările Clinice de pe Axa I a DSM – Versiune Clinică*, Adaptare în limba română David, D. (coordonator) (2007), Editura RTS, Cluj-Napoca.

Fundația Reforma Justiției Penale, (2009). *Managementul de caz în domeniul sănătății mintale pentru persoanele private de libertate*, București.

Pripp, C., Zamoșteanu, A., (2009). *Program specific de asistență psihosocială destinat persoanelor cu afecțiuni psihice*, București.

SECVENȚA 17

DERULAREA INTERVENȚIILOR PSIHOLOGICE CU PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE CU RISC CRESCUT DE SUICID

Cristina Pripp, Alina Decsei-Radu

Moto:

Închisorile sănătoase sunt locurile în care cei mai slabi deținuți se simt în siguranță, toți deținuții sunt tratați cu respect, ca și indivizi, toate persoanele custodiate sunt incluse în activități pentru a fi menținute ocupate, toți au posibilitatea de a menține legăturile cu mediul de suport social și sunt pregătiți pentru liberare.

- Duffy & Ryan, 2003



I. Considerații teoretice

În ultimii ani, la nivel internațional, au fost analizate și revizuite datele a peste 17.000 articole, în cadrul unei cercetări¹⁷, care a contribuit, printr-o sinteză a cunoașterii științifice și a practicii clinice, la evaluarea și intervenția psihologică destinată persoanelor cu comportamente suicidale.

În condițiile privării de libertate, rata suicidului este de 9 ori mai mare decât în populația generală. Aceleași cercetări au indicat rata suicidului, în penitenciar, la 17.8% din populația carcerală, aflându-se deci, pe locul trei, ca și cauză a morții, după moartea naturală și SIDA. În sistemul penitenciar românesc, ponderea este mult sub cea internațională (variază în jurul a 0.05% din populația carcerală), dar, chiar și din perspectiva acestor repere cantitative, constituie o prioritate pentru psihologi.

Identificarea cazurilor de risc constituie un pas câștigat în procedura prevenirii suicidului. Subliniem definițiile termenilor, ca punct de sprijin în evaluarea cazurilor:

- **suicid sau moarte autoindusă** - în prezența dovezii explicite sau implicite cu privire la intenția persoanei de a muri;

¹⁷ Asociația Psihologilor Americani *Ghid de practici pentru evaluarea și tratarea pacienților cu comportamente suicidare*, 2004

- **tentativa de suicid** - este însoțită de un rezultat nonfatal, dar există dovada explicită sau implicită a faptului că persoana a dorit să moară;
- **tentativa de suicid abandonată** - există dovada explicită sau implicită că persoana a intenționat să moară, dar a oprit încercarea înainte de se produce rănirea fizică;
- **ideația suicidală** - gânduri de reprezentare a propriei morți, dar care pot varia în ceea ce privește gradul de seriozitate, în funcție de specificitatea planului de suicid și de gradul intenției suicidale.
- **intenția suicidală** - așteptare subiectivă și dorința de a realiza un act auto-distructiv care să sfârșească prin moarte;
- **letalitatea comportamentului suicidal** - pericol obiectiv la adresa vieții, asociat cu metoda sau acțiunea de sinucidere.

Statisticile înregistrate în ultimii 5 ani conturează portretul persoanei care a finalizat suicidul, prin elemente:

1. comune

- bărbat;
- cu vârsta peste 40 de ani;
- acuzat de infracțiuni violente;
- se afla în penitenciar - niciun caz petrecut în penitenciar-spital.

2. particulare

- infracțiunea violentă - omor sau viol comis asupra unui membru al familiei/ asupra unui prieten apropiat ori tâlhărie cu circumstanțe agravante;
- arestat preventiv sau se apropie de al cincelea an al pedepsei - demersurile juridice se încheie și pedeapsa mare devine realitate;
- la prima pedeapsă cu închisoarea, dar și recidiviști (sau cu fapte în minorat);
- ca și stare civilă, în pondere aproximativă, celibatar sau văduv;
- nivel educațional scăzut, dar și cazuri de studii universitare complete;
- în zilele de week-end;
- în preajma unor date aniversare personale sau familiale;
- spânzurarea este metoda cea mai folosită, dar nu unica (tăiere, intoxicare, aruncare de la etaj);
- de cele mai multe ori are statut socio-economic scăzut, dar au fost și cazuri de nivel crescut.

Elementele particulare largesc sfera riscului, dar portretul nu este unul complet, deoarece ponderea o constituie grupul celor nou intrați în penitenciar și despre care nu se poate întregi tabloul referitor la: existența unor tentative anterioare și cu ce perioadă în urmă, antecedente în familie; abuzul de substanțe sau alcool ca factor precipitator; existența unor diagnostice psihiatrice.

Factori particolari ce largesc spectrul de identificare a riscului de suicid

1. Numărul deceselor masculine este legat de stresul inerent asociat pierderii rolurilor și al responsabilităților masculine, pe când, inexistența suicidului feminin este asociată de atașamentul emoțional mai mare față de casă și familie, de mai multă speranță și răbdare – prezintă stiluri de coping mai adaptabile și mai flexibile în comparație cu bărbații. Femeile tind să aibă rețele sociale mai puternice și fac apel mai ușor la aceste resurse. Chiar dacă datele susțin o tendință a suicidului raportat la categoria bărbaților, totuși nu trebuie să excludem potențialul de suicid al femeilor ori al minorilor.

2. Pentru cele mai multe cazuri, nu este stabilit diagnosticul unei boli mentale ca factor agravant, dar trebuie să avem ca reper tulburările psihiatrice de natură emoțională (depresie majoră, tulburare bipolară, tulburare schizoafectivă).

3. Detectarea tentativelor anterioare de suicid nu este ușor de realizat, dar este foarte important să obținem aceste date, deoarece riscul unei alte încercări crește foarte mult de-a lungul unei perioade de 2 ani și se accentuează în următorii 10.

II. Demersuri

A. Evaluarea suicidului

Scopul intervenției specializate vizează:

- asigurarea securității imediate a persoanei custodiate și determinarea celui mai potrivit cadru de intervenție, asociat tratamentului medicamentos, atunci când este cazul;
- identificarea unor factori și trăsături specifice, care pot descrie acurat riscul de suicid și pot servi ca și factori modificabili pentru intervențiile acute sau de durată;
- stabilirea unui diagnostic multiaxial diferențial, care să orienteze planul de intervenție psihologică.

Recomandăm obținerea informațiilor de la persoana custodiată, dar și din alte surse (alți specialiști în sănătate mentală, dosare medicale, membri ai familiei, terți relevanți).

Deși scalele de evaluare a suicidului au fost dezvoltate în scop de cercetare, le lipsește *validitatea predictivă* necesară în practica clinică de rutină.

Factorii urmăriți prin aplicarea instrumentului de screening

- ideeție sau tentative suicidare anterioare;
- ideeție curentă;
- amenințare (nu în sensul de șantaj);
- existența unui plan;
- tratament psihiatric anterior sau internări;
- pierderi semnificative recente (relații, moartea unei persoane apropiate);
- istoric de comportament suicidal în familie;
- risc de suicid în cadrul executării unei pedepse anterioare;
- declarațiile personalului din pază că deținutul este în situație de risc.

Ideeție suicidară depresivă - definiții comportamentale

- Dispoziție depresivă în fiecare zi;
- Insomnie sau hipersomnie;
- Diminuarea apetitului de hrănire;
- Interes diminuat pentru activități care anterior îi făceau plăcere;
- Retragere din grupul camerei ori cel de la activități;
- Sentimente de lipsă de speranță, lipsă de ajutor sau de valoare;
- Agitație sau întârziere psihomotorie;
- Dificultăți de concentrare;
- Istoric de episoade depresive cronice recurente pentru care a primit tratament;
- Încercări de suicid în istoric;
- Gânduri recurente și preocupări în legătură cu moartea;
- Plan specific în legătură cu comiterea suicidului;
- Schimbări bruște de dispoziție.

Sugestii de diagnostic:

- **pe Axa I:** Tulburare de adaptare cu dispoziție depresivă; Tulburare bipolară - fază depresivă; Tulburare distimică; Tulburare ciclotimică; Tulburare depresivă majoră - episod unic; Tulburare depresivă majoră recurentă; Tulburare schizoafectivă; Doliu.
- **pe Axa II:** Tulburare antisocială de personalitate; Tulburare narcisistică de personalitate; Tulburare de personalitate de tip borderline.

Domenii de acoperit în evaluarea suicidului

a) Starea curentă a suicidalității

- Gânduri, planuri, comportamente, intenții suicidare, metode specifice luate în considerare pentru suicid incluzând letalitatea lor și așteptările pacientului cu privire la letalitatea lor, accesibilitatea mijloacelor;
- Dovezi cu privire la lipsa de speranță, impulsivitate, atacuri de panică, anxietate;
- Motive pentru a trăi și planuri de viitor;
- Uzul de alcool sau alte substanțe asociate cu prezentarea curentă;
- Gânduri, planuri sau intenții de violență direcționată spre alții.

b) Tulburările psihiatrice

- Semne și simptome curente ale unor tulburări psihiatrice, acordându-se o atenție particulară tulburărilor afective (depresie majoră sau tulburare bipolară), schizofrenie, tulburare legată de abuzul de substanță, tulburări de personalitate borderline și antisocială;
- Diagnostic și tratamente psihiatrice anterioare, instalarea condiției medicale, cursul urmat, internări, tratament pentru dependența de substanță.

c) Istoricul

- Tentative anterioare de suicid, renunțarea la anumite tentative de suicid;
- Alte diagnostice sau tratamente medicale, operații sau internări;
- Istoricul familial cu privire la suicid sau tentative de suicid, boli mentale în familie, inclusiv dependența de substanță sau alcool.

d) Situația psihosocială

- Crize psihosociale acute și stresori psihosociali cronici, care pot include pierderi interpersonale reale sau percepute, dificultăți financiare și schimbări în statutul socio-economic în prezent sau de perspectivă (post-detenție), conflicte familiale, violență domestică, abuz sexual sau neglijare fizică trecută sau prezentă;
- Posibilități de angajare, are perspectiva unei locuințe, cu cine va locui (prezența copiilor în casă), prezența sau absența surselor externe de suport;
- Constelația familiei și calitatea relațiilor din familie;
- Credințe culturale și religioase cu privire la moarte și suicid.

Metodologie

Interviul are în vedere identificarea punctelor forte și a vulnerabilităților individuale, dar, ca beneficiu secundar, psihologul oferă subiecților și posibilitatea de întărire a rețelei de suport social.

- Important de explorat credințele culturale și religioase ale persoanei, îndeobște cele legate de moarte și suicid;
- Interviul este important să se focalizeze pe natura, frecvența, profunzimea, durata și persistența ideății suicidare. Dacă ideția este prezentă, trebuie cerute mai multe detalii despre prezența sau absența unui plan specific de suicid, inclusiv pașii care au fost făcuți pentru punerea în practică a planului sau pregătirea morții;
- Dacă alte aspecte ale prezentării clinice par inconsistente cu negarea inițială a gândurilor suicidare, trebuie adresate întrebări suplimentare;
- Acolo unde există un istoric cu privire la tentative de suicid, tentative abandonate de suicid, este important să se obțină cât mai multe detalii cu privire la intenție, metodă, moment ales, consecințele unor astfel de comportamente;
- Este important să se determine contextul de viață în care au survenit și dacă s-au produs pe fondul intoxicației sau uzului cronic de alcool sau alte substanțe;
- Dacă în trecut a beneficiat de tratament psihiatric este de ajutor să se determine dacă a fost asistat psihologic, precum și tăria și stabilitatea relației terapeutice;
- Dacă pacientul raportează o metodă specifică de suicid, este important ca psihologul să obțină informații cu privire la așteptările acestuia cu privire la letalitatea metodei, deoarece, atunci când letalitatea depășește așteptările, riscul de suicid accidental este ridicat chiar dacă intenția este scăzută;
- Riscul de suicid este direct proporțional cu intenția suicidală și cu descrierea unui plan detaliat și specific de suicid, mai ales atunci când organizarea acestuia implică metode violente și ireversibile;
- De restricționat accesul la mijloacele sau ocaziile de lezare.

Model de interviu clinic

Întrebări de introducere – sentimentele pacientului cu privire la viață și dorința de a trăi:

- *Ai simțit vreodată că viața nu merită trăită?*
- *Ți-ai dorit vreodată să adormi și să nu te mai trezești niciodată?*

Urmate de **întrebări specifice** cu privire la gândurile legate de moarte, auto-rănire și suicid:

- *Te-ai gândit recent la moarte?*
- *Au ajuns vreodată lucrurile în punctul în care te-ai gândit să îți faci rău?*

Întrebări particularizate indivizilor care au gânduri legate de suicid

- *Când ai observat pentru prima dată prezența acestor gânduri?*
- *Ce a condus la aceste gânduri (precipitatori interpersonalii sau psihosociali, pierderi reale sau imaginare, simptome specifice - lipsă de speranță, anxietate, agitație, psihoze)?*
- *Cât de des au apărut aceste gânduri? (frecvență, caracter obsesiv, controlabilitate);*

- *Cât de probabil crezi că este să le pui în practică în viitor?*
- *Ai început vreodată să încerci să îți faci rău sau să te ucizi, dar te-ai oprit înainte de a face ceva?*
- *Ce îți imaginezi că s-ar întâmpla dacă te-ai sinucide (ai scăpa, ai renaște, te-ai reuni cu persoanele semnificative, care crezi că ar fi reacțiile celorlalți?)*
- *Ai făcut vreun plan specific pentru a te sinucide? (dacă da, la ce se referă planul?)*
- *Ai făcut ceva pregătiri speciale (scrierea unui bilet, aranjamente financiare, măsuri pentru a evita să fii descoperit, procurarea unor itemi specifici, exersarea planului?)*
- *Ai vorbit cu cineva despre planurile tale?*
- *Cum arată viitorul din perspectiva ta?*
- *Ce lucruri te-ar face să ai mai multă sau mai puțină speranță cu privire la viitor (tratament, reluarea unei relații, rezolvarea unui stresor?)*
- *Ce lucruri ar crește sau ar scădea probabilitatea de a te sinucide?*
- *Ce lucruri din viața ta te țin în viață și care sunt lucrurile de care ai dori să scapi prin moarte?*
- *Ce ai face dacă ai începe să ai gânduri cu privire la a te autorăni sau la a te sinucide?*

Pentru indivizii care au încercat să se sinucidă

- *Ce gânduri îți treceau prin minte înainte de a comite tentativa?*
- *Erau alte persoane prezente în acel moment?*
- *Poți să descri ce s-a întâmplat? (circumstanțe, precipitatori, perspectiva cu privire la viitor, uz de alcool sau alte substanțe, metodă, gravitatea răni?)*
- *Ce te-ai așteptat să se întâmple (să adormi, să îți faci rău sau să mori - să obții o reacție din partea unei anumite persoane)?*
- *Ai cerut ajutor după-aceea sau altcineva ți-a acordat ajutorul?*
- *Ai planificat să fii descoperit sau ai fost descoperit din întâmplare?*
- *Ce ai simțit după (ușurare că ești în viață, regret)?*
- *Ai primit tratament după acest incident (medicamentos, psihoterapeutic)?*
- *S-a schimbat perspectiva ta asupra lucrurilor de la ultima tentativă?*
- *Au mai fost momente în trecut în care ai încercat să îți faci rău sau chiar să te sinucizi?*

Pentru indivizii cu gânduri și tentative suicidare repetitive

- *Cât de des ai încercat să te sinucizi?*
- *Când a fost ultima oară?*
- *Poți să îmi spui ce gândeai în momentele în care erai foarte hotărât în privința sinuciderii?*
- *Care a fost cea mai serioasă tentativă de a-ți face rău sau de a te răni?*
- *Ce a condus la această tentativă și ce s-a întâmplat după-aceea?*

Pentru indivizii cu psihoze, întrebările vizează halucinațiile și delirul

- *Poți descrie vocile (singulară sau multiple, masculină sau feminină, externă sau internă, recognoscibilă sau de nerecunoscut?)*
- *Ce spuneau vocile? (remarci pozitive, negative, amenințări); dacă remarcile sunt comenzi, determinăți dacă ele vizează acte nocive sau nu, cereți exemple)*
- *Cum faci față sau cum răspunzi la voci?*
- *Ai făcut vreodată ceea ce ți-au cerut vocile? Ce te-a determinat să te supui vocilor? Ce a fost dificil în încercarea ta de a te opune lor?*

- *Au fost momente în care vocile ți-au spus să îți faci rău sau să te sinucizi? Cât de des? Ce s-a întâmplat?*
- *Ți-e frică de faptul că suferi de o boală gravă sau că s-ar descopune corpul tău?*
- *Ești îngrijorat cu privire la situația ta socială/familială/financiară chiar dacă alții îți spun că nu ai motive să îți faci probleme?*
- *Au fost lucruri în legătură cu care te-ai simțit vinovat sau în legătură cu care te-ai învinovățit?*
- *Sunt alte persoane care consideră că ești responsabil pentru ceea ce experimentezi (idei de persecuție, experiențe pasive)?*
- *Ai de gând să le faci vreun rău?*
- *Sunt alte persoane care ai vrea să moară cu tine?*
- *Sunt persoane despre care crezi că le-ar fi imposibil să continue în lipsa ta?*

În estimarea riscului de suicid, **tabloul de risc** trebuie să aibă în vedere toate caracteristicile și particularitățile individului.

1. Factorii asociați cu un risc ridicat de suicid:

- gândurile sau comportamentele suicidare;
- ideile suicidare (curente sau anterioare);
- planurile de suicid (curente sau anterioare);
- tentative de suicid (abandonate sau întrerupte de către cineva);
- măsura în care planurile și tentativele au un caracter letal;
- intenția suicidară.

2. Diagnosticul psihiatric:

- tulburarea depresivă majoră;
- tulburarea bipolară,
- schizofrenia;
- anorexia nervoasă;
- tulburarea legată de uzul sau abuzul de alcool sau alte substanțe;
- tulburările de personalitate din clusterul B, îndeosebi tulburarea de personalitate borderline sau antisocială;
- comorbiditatea tulburărilor de pe axa I și sau axa II.

3. Bolile fizice cu diagnostic sever sau incurabil:

- ale sistemului nervos;
- scleroza multiplă;
- boala Huntington;
- leziunile de coloană sau de creier;
- neoplasmul malign;
- infecția HIV/SIDA;
- ulcerul peptic;
- bolile pulmonare obstructive cronice;
- bolile renale cronice care au eșuat în tratamentul cu hemodializa;
- eritematoza sistemică lupus;
- sindroamele de durere;
- funcționarea generală afectată.

4. Trăsăturile psihosociale asociate unor evenimente de viață stresante recente:

- lipsa suportului social sau a perspectivei acestuia (absența unui adăpost),
- lipsa posibilităților de a fi angajat după liberare,
- diminuarea statutului socioeconomic (părăsire, deces, divorț în familie);
- reducerea relațiilor cu familia.

5. Traume în copilărie:

- abuz sexual;
- abuz fizic.

6. Istoric familial și genetic:

- istoric de suicid în familie (îndeosebi în cazul rudelor de gradul I);
- istoric familial de tulburări mentale, inclusiv tulburări legate de uzul de substanță.

7. Trăsături psihologice:

- lipsa oricărei speranțe;
- durerea psihică;
- anxietate severă, care nu se remite;
- atacurile de panică;
- rușinea sau umilirea;
- stima de sine scăzută;
- vulnerabilitatea narcisistică extremă.

8. Trăsăturile comportamentale:

- impulsivitatea;
- agitația;
- agresivitatea îndreptată către ceilalți.

9. Trăsăturile cognitive:

- pierderea funcțiilor executive;
- constricția gândirii - viziune „în tunel”;
- gândirea polarizată, alb-negru;
- încăpățânarea, îngustimea.

10. Trăsături demografice

- bărbat (posibil și cazuri dintre femei);
- singur (divorțat), văduv;
- vârsta peste 40 de ani (posibil și adolescent/tânăr, la debutul unor boli psihiatrice);
- homosexualitate sau bisexualitate.

11. Alte trăsături

- accesul la obiecte sau substanțe cu care își poate provoca moartea;
- relația terapeutică instabilă sau sărăcicioasă.

B. Intervenția în situație de criză

Etapele de desfășurare a intervenției

1. Determinarea cadrului pentru intervenție.
2. Asigurarea siguranței persoanei custodiate.
3. Munca în vederea stabilirii unei relații de cooperare și colaborare între psiholog și persoana custodiată.
4. Stabilirea și menținerea unei alianțe terapeutice.
5. Monitorizarea progreselor subiectului și a răspunsului la planul de tratament.
6. Evaluarea continuă a siguranței, a statutului psihiatric și a nivelului de funcționare al subiectului.
7. Încurajarea aderenței la intervenție.
8. Psihoeducația.

Principiile de prevenție a suicidului

- Aplicarea instrumentului de screening;
- Asistarea psihologică;
- Observarea îndeaproape (de către întreg personalul care lucrează în secția respectivă de deținere, dar și de către deținuții de sprijin);
- Utilizarea procedurilor stabilite;
- Transferarea cazurilor cu risc crescut de suicid în penitenciare-spital.

În ceea ce privește spațiul de deținere, practica și studiile demonstrează că izolarea escaladează riscul, cea mai bună modalitate de cazare fiind varianta de grup, alături de populația generală, în infirmerie unde există personal disponibil în apropiere, într-un loc care poate oferi vizibilitate.

Criterii pentru includerea în programul specific de asistență psihosocială și de prevenție a riscului de suicid:

- după o tentativă de suicid sau o tentativă de suicid eșuată, dacă persoana custodiată este psihotică;
- tentativa a fost premeditată, violentă, aproape mortală;
- a luat măsuri pentru a evita salvarea sau descoperirea;
- ideatie suicidară prezentă, plan specific cu nivel ridicat de letalitate, intenție suicidară ridicată;
- distresul este ridicat și persoana custodiată regretă că a supraviețuit;
- este bărbat, are peste 40 de ani, debut nou de tulburare psihiatrică sau gânduri suicidare;
- suportul social și familial limitat, nu are un domiciliu stabil;
- comportament impulsiv curent, agitație severă, raționament afectat, refuzul ajutorului este evident.

Obiective de urmat în intervenția psihologică de tip terapeutic

1. Verbalizarea și explorarea intensității emoțiilor suicidare și a detaliilor planurilor legate de suicid.
2. Determinarea riscului de suicid al persoanei custodiate, prin verbalizarea intenției și a motivelor, în ce măsură metoda poate fi una letală.
3. Semnarea unui contract în care să se stipuleze că va menține colaborarea cu psihologul terapeut, în cazul în care crește riscul de suicid.
4. Alertarea suportului social (familie) pentru susținere (vizite) în caz de risc de suicid.
5. Instalarea tratamentului medicamentos dacă este cazul și monitorizarea complianței, eficienței și efectelor colaterale ale medicamentelor.
6. Evaluarea obiectivă a profunzimii depresiei și a riscului de suicid (*Scala de intenție suicidală Beck*, *Scala de depresie Hamilton*) și comunicarea rezultatelor evaluării.
7. Alegerea tipului intervenției în funcție de nevoile persoanei, temperamentul și resursele disponibile.
8. Verbalizarea chestiunilor nerezolvate legate de pierdere/doliu, ce pot contribui la depresie.
9. Explorarea, împreună cu persoana custodiată, a tot ceea ce a învățat cu privire la rezolvarea depresiei și a tendințelor suicidare prin participarea la intervenție.
10. Încurajarea subiectului cu privire la intrarea în contact zilnic cu persoane care îi pot furniza sprijin (deținuți de sprijin, care au fost formați în acest sens).

11. Alcătuirea, împreună cu subiectul, a unei liste de minimum 7 persoane la care ar putea apela atunci când se simte trist sau are gânduri de suicid.
12. Descoperirea împreună cu acesta a avantajelor acestor contacte.
13. Listarea autodialogului negativ care susține depresia.
14. Oferirea de ajutor persoanei, în revederea și inventarierea unei serii de gânduri negative, distorsionate care susțin depresia (*de ex.*: „Nu sunt bun de nimic”, „Lucrurile nu vor funcționa niciodată mai bine”, „Nu are sens să mai continui să trăiesc”).
15. Formularea în scris, a unor modalități pozitive de reinterpretare a autodialogului negativ care susține depresia, prin scoaterea la iveală a gândurilor realiste (*de ex.*: „Dacă reușesc să rezist și fac ceva în privința asta lucrurile se pot îmbunătăți”, „Sunt persoane care ar suferi cu adevărat dacă eu nu aș mai exista”).
16. Stabilirea unui pattern de somn și de alimentare, discutarea beneficiilor unei astfel de scheme și urmărirea progreselor.
17. Păstrarea de către pacient a unui jurnal de automonitorizare (în cazul în care știe să scrie și să citească), surprinderea a ceea ce poate să interfereze cu pattern-ul de somn și alimentare și dezvoltarea mecanismelor de coping.
18. Identificarea potențialelor cauze pentru depresie și ideea suicidară.
19. Explorarea, împreună cu subiectul, a cauzelor percepute de el ca fiind responsabile pentru depresie și diferențierea stresorilor *externi* (*de ex.*: conflicte cu alții, respingere) și *interni* (*de ex.*: critica sinelui, lipsă de speranță).
20. Listarea modalității de depășire a stresorilor externi (deprinderi de rezolvare de probleme, modalități de relaționare cu ceilalți).
21. Reformularea autodialogului intern care întreține depresia.
22. Revederea, împreună cu subiectul, a materialului din jurnalul său zilnic pentru a regăsi autoevaluările negative și pentru a întări abilitatea sa de a reevalua aceste declarații.
23. Creșterea numărului activităților plăcute în care subiectul poate fi implicat (*de ex.*: lectură, club de pictură - desen, ergoterapii, asistență moral-religioasă).
24. Introducerea activităților de educație fizică și sport, de cel puțin 3 ori pe săptămână, stabilirea tipului de exerciții și a timpului alocat.
25. Învățarea subiectului a unor tehnici simple de relaxare pentru a depăși stresul și tensiunea și practicarea acestora, timp de 5-10 minute pe zi.
26. Învățarea subiectului a unor deprinderi sănătoase de comunicare asertive, care susțin exprimarea gândurilor, emoțiilor și a nevoilor (*de ex.*: deprinderi de ascultare, refuzul unei cereri, cum să ceri ajutor).
27. Folosirea modelării, jocului de rol, repetiția comportamentală pentru învățarea de către subiect a unor deprinderi de comunicare și de rezolvare a conflictelor, pentru a-l ajuta să își îmbunătățească modul de comunicare (*de ex.*: reflectarea conținutului comunicat de ambele părți, acordul parțial, comunicarea cu Eu).
28. Verificarea implementării celor învățate în viața de zi cu zi a subiectului, întărirea succesului și redirectionarea eșecului).
29. Realizarea evaluărilor de parcurs.
30. Interpretarea obiectivă a scorurilor reevaluării subiectului.

Asistarea (supervizare) se realizează pe două niveluri:

- observarea îndeaproape și
- observarea constantă.

Observarea îndeaproape este utilizată în cazul deținutului care nu prezintă risc activ de suicid, dar exprimă ideea suicidată (își exprimă dorința de a muri, în lipsa unei amenințări specifice sau a unui plan clar), are în istoric un comportament autodistructiv. Observarea de către personalul de pază, la interval de 15 minute.

Observarea constantă a individului cu risc activ de suicid, cu prezența ideii, planului și a intenției, angajat în comportament suicidar. Personalul de pază trebuie să observe un astfel de individ continuu, neîntrerupt.

Suplimentarea supravegherii și cu ajutorul deținuților de sprijin, care sunt selectați și formați pentru astfel de acțiuni.

Specialiștii serviciului medical trebuie să interacționeze și să evalueze zilnic, nu doar să observe deținuții cu risc de suicid, acesta fiind motivul pentru care este de preferat transferul persoanelor custodiate în penitenciare-spital, pe perioada de criză. Supervizarea (observarea) se face la intervale care să nu depășească 30 min.

Raportarea

În cazul unei tentative de suicid sau a unui suicid, procedura indică informarea întregului personal din unitate, dar și direcția de specialitate din administrația centrală.

Consecințele instituționale ale suicidului

Moartea unui deținut, ca urmare a unui act suicidar, constituie o situație de criză pentru personal, un puternic factor de stres, care îi face pe angajați să se simtă vinovați, furioși, ostracizați.

De aceea, recomandăm ca *personalul de reintegrare socială*, aflat în această situație, să beneficieze de tehnicile de debriefing pentru a-și procesa emoțiile cu privire la incident, a înțelege simptomele critice de stres și modalitățile de a le face față. Psihologul de personal va coordona activitatea de debriefing.

Procesul de debriefing trebuie să aibă loc între 24-72 ore de la incidentul critic urmărindu-se anumite aspecte:

- revizuirea critică a circumstanțelor din jurul incidentului,
- revizuirea critică a procedurilor spațiului de detenție cu privire la incident,
- revizuirea serviciilor medicale, de psihiatrie și psihologice acordate victimei,
- luarea în calcul a posibilor factori cu rol de precipitatori, care au contribuit la producerea suicidului.
- recomandări în vederea revizuirii procedurilor existente.

III. Particularități

Evaluarea psihologică a persoanelor custodiate, din perspectiva celor 11 caracteristici ale tabloul de risc, constituie o etapă prioritară în identificarea celor cu risc crescut de suicid. Coroborarea datelor existente, provenite din surse diferite, cu privire la aceeași persoană, va permite clasificarea deținutului în una din categoriile stabilite (absența riscului / risc foarte scăzut; risc scăzut; risc moderat; risc crescut). Lărgind sfera analizei vom fi în măsură să eliminăm eroarea de clasificare a unei persoane care se automutilează în categoria celor cu risc de suicid.

Autorânirea

Adesea, **autoagresiunea**¹⁸ este folosită în mediul penitenciar ca mijloc de șantaj, încercându-se obținerea un avantaje cu valoare subiectivă.

Foarte rare sunt situațiile în care, depășindu-se involuntar limitele de protecție (cuiul se bate într-un anume loc, tăieturile sunt de suprafață etc.), persoanele au decedat. Aceste situații nu pot fi asimilate suicidului:

- nici din perspectiva cauzalității
 - dacă pentru suicid este predominantă depresia, însoțită de idei, gânduri, plan pentru întreruperea vieții;
 - automutilarea este agresiunea orientată manipulativ pentru obținerea unui beneficiu, chiar și acela de a fi în centrul atenției specialiștilor.
- nici din cea a intenționalității.
 - dacă în suicid este prezentă și persistentă intenția de a muri;
 - în autoagresiune intenția nu este de a muri, ci de a obține cu orice preț un avantaj.

Extinderea riscului de suicid prin includerea actelor de autoagresiune are grave consecințe, și anume:

1. întărim un comportament negativ prin acordarea unei intervenții de specialitate și a unei observări îndeaproape (ceea ce își dorește, de astfel, și persoana care se agresează);
2. se va afla despre beneficiile obținute de persoana care se autorănește și cum autoagresiunea este un fenomen mimetic, va crește exponențial numărul automutilărilor;
3. resursa de personal este destul de redusă pentru a ne permite, în toate situațiile, alocarea și spre cazurile de autoagresiune;
4. se obține o creștere falsă a categoriei persoanelor cu risc de suicid,
5. cum psihologul este responsabil de orice eveniment negativ al persoanelor din secția gestionată, prin extinderea riscului de suicid, specialistul devine răspunzător și de decesul care are drept cauză o autoagresiune, ceea ce nu este tocmai corect.

Particularitatea actelor autoagresive a necesitat această diferențiere de cea a riscului suicidal. Dar asta nu înseamnă că ignorăm problematica automutilărilor, de altfel, intervențiile în detaliu se regăsesc la capitolul destinat persoanelor cu risc de victimizare.

Suicidul la femei

Depresia este de două ori mai prezentă la femei decât la bărbați, cu toate acestea **actele de suicid finalizate** sunt prezente la bărbați. De asemenea, **tentativele sunt de 2 ori mai numeroase în cazul femeilor, decât al bărbaților**.

Există deci, un paradox de gen al comportamentului suicidal, respectiv o relație inversă între ratele mortalității feminine și incidența depresiei și a tentativelor de suicid.

Risc mai mare de suicid prezintă femeile singure, recent separate, divorțate sau văduve, între 45-54 de ani sau după 75 de ani.

Femeile caută mai des decât bărbații ajutor de specialitate și au un suport social mai puternic.

¹⁸ **Autoagresiunea / automutilarea / provocarea de răni dureroase, distructive** este un act cu consecințe de autorânire *fără intenția de a muri*.

IV. Limite

Transferurile neașteptate ale persoanelor private de libertate între unitățile penitenciare pot întrerupe intervenția psihologică. În acest sens, procedura stipulează ca transferul persoanei custodiate să fie precedat de anunțarea telefonică a coordonatorului echipei (în unitatea în care deținutul urmează să se transfere) cu privire la sosirea acesteia și, bineînțeles, de *transmiterea în condiții de confidențialitate a fondului documentar, care reflectă evoluția subiectului*.

Existența unor variabile care nu pot fi controlate de personalul implicat în intervenția psihoterapeutică, și anume:

- regres în traseul execuțional penal – eșecul în tentativa de obținere a schimbării regimului de detenție într-unul mai lejer, nu îndeplinește condițiile pentru a fi liberat condiționat, întoarcerea în penitenciar în urma încălcării unor condiții ale perioadei de liberare condiționată;
- înfățișările în instanță și rezultatele lor, îndeosebi primirea unei condamnări neașteptat de lungi;
- amenințările sau ironiile din partea celorlalți deținuți;
- aplicarea unor proceduri disciplinare, îndeosebi percepute ca fiind nedrepte,
- transferul nedorit de persoana custodiată;
- probleme relaționale sau dezamăgiri – o vizită sau o scrisoare,
- suicidul unui alt deținut;
- îngrijorarea cu privire la proprii copii, mai ales în cazul femeilor.

V. Riscuri

Având în vedere că, mai bine de jumătate din actele de suicid finalizate se produc în prima lună de la intrarea în penitenciar, o treime se petrec în prima săptămână și restul spre al 5-lea an de executare a pedepsei, în așteptarea sentinței definitive, recomandăm ca evaluarea și intervenția să se focalizeze, în special, pe aceste perioade carcerale.

Astfel, putem spune că există stadii ale custodiei care prezintă riscuri crescute asociate suicidului.

Deținuții cu tulburări de personalitate au un **risc de suicid de 7 ori mai mare decât ceilalți**.

Anniversary trigger dezvoltă ideea că oamenii tind să moară sau să comită suicidul în jurul unor date cheie din viața lor.

Suicidul din lunile de primăvară - **martie, aprilie și mai** - are rate mai ridicate comparativ cu cele din restul anului.

După tentativă, pacientul poate nega problemele pentru că depresia severă care a condus la actul suicidar poate fi urmată de o îmbunătățire a stării afective.

STUDIU DE CAZ

Subiect – C.M, sex – feminin, vârsta – 41 ani, fapta – înșelăciune, arestată preventiv
Prezentarea cazului

C.M. a fost adusă în penitenciar, în urma unei fapte de înșelăciune. Nu a primit încă o condamnare definitivă. Se află pentru prima dată într-un penitenciar. A absolvit facultatea de științe economice, deținând un post de conducere în cadrul unei firme. Tatăl este decedat, dar păstrează legătura cu mama și fratele ei, care o caută și o sprijină. A divorțat de primul soț, din cauza comportamentului violent al acestuia, relația ulterioară pe care a avut-o, fiind cu un bărbat mai tânăr cu 8 ani, dar cu care, afirmă că se înțelegea foarte

bine.

Soțul o vizita după arestare. Pleacând după o astfel de vizită, are un accident de mașină, în urma căruia își pierde viața. Nu are copii, deși spune că și-ar fi dorit. Nu există patologie psihiatrică în familie.

Este o persoană cu un orizont larg de cunoaștere, cu o bună capacitate de introspecție, caracterizându-se ea însăși, ca fiind o persoană ambițioasă și altruistă, căreia îi place foarte mult să citească, să îngrijească animale, să conducă mașina.

Analiza cazului

Problemele au debutat cu ceva timp înainte să fie adusă în penitenciar, fiind conștientă de consecințele faptelor sale. Afirmă că, din aceasta cauză, se află într-o stare permanentă de stress, de multe ori chiar dorindu-și să moară, deoarece nu putea găsi nicio ieșire din situația în care se afla.

Decesul soțului a fost șocul cel mai mare pe care îl putea primi. Din acel moment, afirmând că, nu a mai contat nimic pentru ea. A ajuns în penitenciar prezentând insomnii severe, plâns facil, lipsa poftei de mâncare, izolându-se și necomunicând cu nimeni. Afirmă că „îmi merit pedeapsa”, „simt că nu am pentru ce să mai traiesc”, „ar trebui să sufăr mai mult de atât”.

Este furioasă pe soțul ei pentru faptul că a lăsat-o singură, în același timp, culpabilizându-se foarte mult pentru tot ceea ce s-a întâmplat, inclusiv pentru accidentul de mașină al acestuia. Prezintă idei suicidare, rezistență la a primi ajutor, considerând că nu o poate ajuta nimeni, mai ales datorită faptului că nu reușește să mai dea niciun sens vieții. Majoritatea timpului stă în pat, pentru a putea plânge fără să o vadă nimeni. Nu se poate concentra, este nemulțumită de felul în care arată, prezintă puternice sentimente de inutilitate, tresare la orice zgomot, este foarte convinsă că simte în preajma ei prezența soțului, pe lângă toate acestea, dificultățile de adaptare la noul mediu în care se află și persoanele cu care este nevoită să stea în cameră și cu care simte că nu are nimic în comun, contribuind la agravarea stării sale.

Metode de intervenție

S-a aplicat SCID-II, scala pentru depresie Beck, rezultatele indicând o stare de depresie severă.

Prima măsură a fost, anunțarea serviciului medical pentru a putea beneficia de tratament de specialitate și, în același timp, a serviciului de pază, pentru a putea fi supravegheată permanent.

A fost trimisă pentru consult de specialitate la psihiatrie, confirmându-se diagnosticul de tulburare depresivă și trauma de doliu nedepășită. În paralel cu tratamentul medicamentos, au continuat ședințele de consiliere psihologică. Autoevaluându-se la una din ședințe, afirmă că „problema pe care nu am putut să o rezolv niciodată este moartea”, iar „dacă mi-aș putea rezolva problema m-aș simți fericită”.

Monitorizarea și prevenirea recăderilor

A acceptat să primească ajutor, dar au existat momente când, a refuzat ședințele, din cauza rezistenței mascate. Pe parcursul perioadei de monitorizare a prezentat momente de recădere, sub forma unei stări de furie bruscă și fără motiv, alteori prezentând o stare de veselie exagerată.

Continuă, în prezent, tratamentul și ședințele de consiliere psihologică individuală.

Este monitorizată și supravegheată permanent. Evoluția este favorabilă, în acest moment. A început să se implice în activitățile de curățenie din cadrul secției.

VI. Bibliografie

Bogue, B.M., Nandi, A., Jongsma, A.E., Jr. (2003). The probation and parole treatment planner John Wiley & Sons Inc, New Jersey.

Douglas, G.J., Brewe, M. (2006). Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors: Part A: Assessment, Treatment, and Risk Management Recommendations în Simon, R.I., Hales, R.E. (2006). *Textbook of suicide assessment and management*, pp 577-628, The American Psychiatric Publishing.

Duffy, D., Ryan, T. (2003). New Approaches to Preventing Suicide, A manual for practitioners, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.

Evans, G., Farberow, N.K. (2003). *The Encyclopedia of suicide, Second Edition*, Facts on File Inc, New-York.

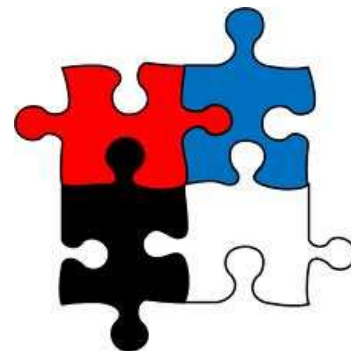
Gold, L.H. (2006) Suicide and gender , pp 77-107, în Simon, R.I., Hales, R.E. (2006). *Textbook of suicide assessment and management*, The American Psychiatric Publishing.

- Goldsmith, S.K. (2001). *Suicide prevention & intervention. Summary of a workshop*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washinton DC.
- Klott, J., Jongsma, A. (2004). *The suicide and homicide risk assessment & prevention-Treatment Planner*, John Wiley & Sons Inc, New Jersey.
- Lester, D. (2005). The classic systems of psychotherapy and suicidal behavior., în Yufit, R.I., Lester. D. (2005). *Assessment, treatment and prevention of suicidal behavior*, John Wiley & Sons, New Jersey.
- Metzner, J.L., Hayes L.M (2006). Suicide Prevention in Jails and Prisons, pp. 139-159, în Simon, R.I., Hales, R.E. (2006). *Textbook of suicide assessment and management*, The American Psychiatric Publishing.
- Oquendo, M.A., Carballo, J.J., Stanley, B., Brodsky, B.S. (2006) Personality disorders, 329-347 în în Simon, R.I., Hales, R.E. (2006). *Textbook of suicide assessment and management*, The American Psychiatric Publishing.
- Reineckem, A., Franklin-Scott R.L. (2005). *Assessmen of suicide. Beck's scales for assessing mood and suicidality* în Yafit, R.I., Lester, D. (edit., 2005). *Assessment, treatment and prevention of suicidal behavior*, John Wiley & Sons Inc, New Jersey.
- Simon, R.I. (2005). Suicide risk - assessing the unpredictable, *Textbook of suicid assesment*, American Psychiatric Association.
- Yufit, R.I. (2005). *Assessing the vital balance in evaluating suicidal potential*, în Yufit, R.I., Lester. D. (2005). *Assessment, treatment and prevention of suicidal behavior*, John Wiley & Sons, New Jersey.

SECVENȚA 18

DERULAREA INTERVENȚIILOR PSIHOLOGICE CU PERSOANELE PRIVATE DE LIBERTATE CU CONDUITĂ AGRESIVĂ

*Loredana Corduneanu, Maria Gruiță, Claudiu Ștaier
Bogdan Moisuc, Marcela Simon*



I. Considerații teoretice

În mediul penitenciar, apar fenomene de agresivitate și violență, privarea de libertate favorizând apariția și dezvoltarea unor comportamente agresive. În multe cazuri, impactul privării de libertate asupra componentelor personalității este dramatic, generând și permanentizând conduite diferite față de cele avute anterior, în mediul liber.

Motivele conduitelor agresive în penitenciar sunt cât se poate de diferite: stări de disperare, abandonul sau lipsa familiei, cererile către administrația penitenciarelor care rămân nerezolvate, confuzie, nevoia de descărcare a impulsurilor agresive crescute, nevoi biologice nesatisfăcute, nerespectarea regulamentului și de către personal, tulburări de comportament și personalitate, comportament dezadaptativ imitat.

Câteva dintre tendințele și trăsăturile de personalitate specifice, semnalate la persoanele private de libertate cu conduită agresivă sunt: autopercepție pozitivă neconformă cu realitatea, evaluarea globală disfuncțională (față de sine și de alții), sentimente de autovictimizare crescută, capacități empatice scăzute, atât față de victimă, cât și față de colegii de cameră, sfidarea și ironizarea personalului, atitudini de participare formală, fără motivație intrinsecă puternică în sau față de activitățile de influențare pozitivă.

Investigarea agresivității în mediul penitenciar trebuie să urmărească identificarea factorilor de influență și a cauzelor, pornind de la ipoteza că agresivitatea în penitenciar este determinată de multiple aspecte: caracteristici individuale, determinanți psihosociali, factori de mediu școlar, cauze sociale, ale căror efecte se cumulează și se potențează reciproc.

Date fiind caracteristicile de personalitate prezentate mai sus, se consideră că, pentru a obține o restructurare pozitivă, obiectivă a personalității deținuților, este nevoie de mai mult timp și de o acțiune complexă, în care să se intervină la mai multe niveluri: familial, individual, școlar, social-cultural.

II. Demersuri

Derularea intervențiilor psihologice cu persoanele private de libertate ce prezintă tendințe agresive accentuate, manifestate reactiv și concretizate în comportamente violente față de personal, față de alte persoane, sau față de obiecte (distrugeri, spargeri geamuri etc.) și cu sancțiuni disciplinare pentru comportamente agresive, au ca principal scop, obținerea unui nivel de autocontrol care să permită reorientarea impulsurilor agresive, îmbunătățirea climatului penitenciar prin diminuarea numărului de acte de agresiune prin modificarea deprinderilor de rezolvare de probleme și valorificarea potențialului propriu de autoajutor.

Obiective

- Prevenirea și diminuarea prejudiciilor asociate comportamentului agresiv prin derularea de activități destinate reducerii conflictualității, îmbunătățirii nivelului de adaptare socială și profesională, modificarea deprinderilor de rezolvare de probleme;
- Îmbunătățirea climatului carceral prin diminuarea ponderii comportamentelor agresive – încălcări ale regulamentului de ordine interioară, care presupun agresiuni fizice față de alți deținuți sau față de personalul unității penitenciare;
- Oferirea de informații cu privire la diferitele consecințe ale comiterii unui act agresiv;
- Producerea schimbării la nivel comportamental, în direcția dezvoltării unor comportamente dezirabile social.

Mijloace și tehnici

Aceste proceduri vizează restructurarea cognitivă, respectiv schimbarea modului în care individul își reprezintă realitatea sau a modului disfuncțional în care o interpretează. Gândurile disfuncționale se referă, spre exemplu, la:

- *catastrofare* (exagerarea aspectelor negative ale unui eveniment);
- *personalizare* (însușirea evenimentelor negative la care subiectul n-a avut nicio contribuție);
- *raționamentul emoțional* („trebuie să fie adevărat pentru că așa simt eu”);
- *generalizarea excesivă* (concluzia pe care subiectul o trage acoperă mai multe situații decât există);
- *etichetarea sau evaluarea globală* („sunt prost, incapabil”, „toată lumea mă urăște”);
- *citirea minții celuilalt* (crede că știe ce este în mintea celuilalt, fără să discute cu acesta);
- *maximizarea aspectelor negative și minimizarea celor pozitive*;
- formulări în termeni de „*trebuie*” *absolutist*; *gândirea dihotomică* (totul sau nimic) etc.

În restructurarea cognitivă, avem la dispoziție mai multe categorii de tehnici

A. Proceduri de intervenție la nivel cognitiv

a. Tehnici de identificare a gândurilor automate disfuncționale și/sau iraționale

- *Tehnica întrebărilor directe* („La ce te gândești când ești furios?”);
- *Tehnica imageriei dirijate* („Încearcă să îți amintești sau să îți imaginezi, cât mai real, o situație în care ai fost extrem de furios. La ce te gândeai înainte să devii atât de furios?”);

- *Tehnica înregistrării zilnice a gândurilor* („De fiecare dată când te confrunți cu o situație neplăcută sau stresantă, te rog să o descrii pe scurt, să notezi felul în care te-ai simțit în acea situație și gândurile care îți treceau prin minte în acele momente”);
- *Tehnica asociațiilor libere* („Care este primul lucru care îți vine în minte atunci când ești furios?”).

b. Tehnici de modificare a gândurilor automate disfuncționale și/sau iraționale

- *Tehnici logice* („Care este logica acestui gând?”, „Cum poți argumenta asta?”).
- *Tehnici empirice* („Unde scrie că lucrurile trebuie să stea așa cum crezi tu?”, „Ce dovezi ai?”).
- *Tehnici pragmatice* - Analiza costuri-beneficii („Te rog să faci o listă cu beneficiile și costurile pe care acest gând le are”).
- *Tehnici metaforice* (povești care promovează un stil de gândire rațional; cântece sau proverbe cu tâlc, ce promovează un stil de gândire funcțional și rațional, versete și rugăciuni, umor).

c. Procedura rezolvării de probleme

Persoanele custodiate sunt învățate cum să formuleze și să abordeze, în etape, o problemă: identificarea problemei, stabilirea scopurilor, generarea soluțiilor alternative, considerarea consecințelor, luarea deciziei, implementarea deciziei luate, evaluarea.

d. Procedura antrenamentului asertiv

Persoanele sunt învățate cum să se exprime, cum să își ceară drepturile, respectând însă și drepturile celorlalți: examinarea modului în care aceștia, de regulă, interacționează cu ceilalți; selectarea situațiilor în care ar dori să se comporte mai asertiv; examinarea propriului comportament dintr-un eveniment trecut, în care persoana a fost fie agresivă, fie pasivă; identificarea unor persoane care se comportă asertiv; listarea mai multor variante de comportament asertiv; imaginarea propriei persoane realizând comportamente asertive; jocuri de rol în care sunt exersate comportamentele asertive; implementarea în situații reale a comportamentelor asertive.

B. Proceduri de intervenție la nivel comportamental

Aceste demersuri vizează, de regulă, întărirea (accelerarea) unor comportamente care s-au dovedit utile, funcționale, respectiv, eliminarea (decelerarea) unor comportamente disfuncționale.

a. Tehnici de accelerare a comportamentului

- *Tehnica întăririi pozitive* (acordarea de întăriri pozitive, recompense - obiecte materiale sau simbolice, activități - după realizarea comportamentelor țintă);
- *Tehnica întăririi negative* (acordarea de întăriri negative - critică, pedeapsă - pentru nerealizarea comportamentelor țintă);
- *Tehnica contractului* (realizarea unei înțelegeri scrise între două sau mai multe persoane prin care se stabilește care sunt comportamentele țintă pentru fiecare dintre părți și care sunt consecințele executării sau neexecutării acestora);
- *Tehnica amorsajului* (organizarea mediului în așa fel încât să fie prezenți stimulii care favorizează apariția comportamentului țintă).

b. Tehnici de decelerare a comportamentului

- Tehnica pedepsei (aplicarea de pedepse - consecințe neplăcute, apărute imediat după apariția comportamentului indezirabil);
- Tehnica extincției (eliminarea recompenselor care însoțesc comportamentele dezadaptative).
- Tehnica izolării (îndepărtarea sau izolarea persoanei de întăririle pozitive, care apar după efectuarea unui comportament dezadaptativ).

c. Tehnici autoadministrate.

Tehnicile descrise anterior și multe altele în plus față de acestea, pot fi și autoadministrate având astfel rol de autoterapie (este important însă ca în această perioadă psihologul să aibă un rol de consultare și monitorizare).

C. Monitorizare și prevenirea recăderilor

În acest scop se realizează **evaluări periodice**, prin analiza fișelor individuale și a protocoalelor de activitate (atât pentru fiecare subiect, cât și la nivelul grupurilor de lucru), iar concluziile desprinse pot deveni puncte de sprijin în vederea (re)orientării și focalizării intervenției.

Evaluarea finală (cantitativă) se va face prin raportul între numărul de abateri constând în comportamente violente / agresive ale participanților la începutul intervenției și monitorizarea acestora o perioadă de trei luni, după finalizarea programului de asistență psihologică, cu înregistrarea comportamentelor agresive/violente în acesta perioadă.

Evaluarea calitativă se referă la diminuarea frecvenței/intensității comportamentelor agresive/violente la deținuții incluși în programul de asistență, concomitent cu formarea și îmbunătățirea deprinderilor de autocunoaștere și schimbarea comportamentală în direcția dezvoltării unor comportamente dezirabile social.

Se poate face, de asemenea, o monitorizare permanentă a progreselor/dificultăților înregistrate, fiecare etapă fiind analizată, iar consecutiv concluziilor desprinse, vor fi identificate direcțiile optime de acțiune

III. Particularități

- Persoanele private de libertate au, încă din perioada anterioară depunerii în sistemul penitenciar, un bagaj de tendințe și manifestări agresive de intensități diverse, dezvoltate, în unele cazuri, în medii infracțional-agresive (frecventate anterior sau de proveniență);
- Cazarea în comun a persoanelor private de libertate este un factor care contribuie la creșterea agresivității;
- Mediul penitenciar, prin atitudinile și manifestările celor care îl populează, este, el însuși, purtător și generator de agresivitate;
- În mediul penitenciar, la nivel informal, în populația custodială, agresivitatea este valorizată, fapt care influențează negativ motivația pentru schimbare a persoanelor private de libertate;
- Necesitatea desfășurării anumitor intervenții specifice în prezența reprezentanților serviciului siguranța deținerii și regim penitenciar, sau, după caz, a grupei de intervenție (de ex. regim de maximă siguranță inclusiv persoanele cu risc pentru siguranța penitenciarului) poate interfera negativ cu demersurile de asistență psihologică;
- Comportamentul agresiv se asociază frecvent cu diverse tulburări psihice, de la retardul mintal la tulburarea de adaptare, tulburările de personalitate de tip antisocial,

narcisic sau histrionic; de asemenea, agresivitatea poate apărea și ca urmare a unei condiții medicale generale (TCC, epilepsie, hipotiroidism, neoplasmele SNC, maladii cardiovasculare, HIV, etc.).

IV. Limite

- Valorizarea agresivității în mediul informal afectează rezultatele intervenției.
- Unele persoane private de libertate cu conduită agresivă au semnificative carențe cognitive, dificultăți de comprehensiune, dificultăți de scris-citit etc.
- Transferurile neașteptate ale persoanelor private de libertate între unitățile penitenciare pot întrerupe intervenția psihologică.
- Realitatea terapeutică arată că, deseori, comportamentul agresiv reprezintă o tulburare stabilă care poate fi modificată cu dificultate.
- Nu există un feed-back cu privire la comportamentul său post-detenție, decât în situațiile în care revine în penitenciar, recidivând.
- Motivația intrinsecă redusă a persoanelor private de libertate pentru participarea la activități, îngreunează demersurile de asistență psihosocială; aceștia urmăresc, în special, ridicarea sancțiunilor disciplinare sau obținerea altor tipuri de recompense prevăzute de legislație.

V. Riscuri

- Menținerea conduitei agresive.
- Manifestări agresive la adresa personalului, a celorlalte persoane private de libertate, a familiei, a altor potențiale victime sau a propriei persoane.
- Nerezolvarea în timp util a conflictelor în vederea prevenirii escaladării acestora și a degenerării lor în alte evenimente negative.
- Posibilitatea redusă de a monitoriza comportamentul persoanelor private de libertate pe toată durata timpului petrecut în detenție (de ex. climatul din interiorul camerei de deținere, care poate influența negativ anumite segmente și poate crește riscul reapariției unei probleme sau a manifestărilor dezadaptative).

STUDIU DE CAZ

Subiect

Sex – masculin.

Vârsta – 23 ani.

Fapta – tâlhărie.

Condamnare – 9 ani.

Provine dintr-o familie cu condiții materiale modeste. Tatăl a decedat, când el avea 15 ani. Își descrie tatăl, ca fiind un om dur, care de multe ori îl bătea fără motiv, mai ales când se îmbăta. Relațiile cu mama, le consideră mai degrabă indifferente, afirmând că, aceasta îl „cicălește” prea mult. În prezent, este căsătorit, dar nu are copii. Sunt trei frați la părinți, el fiind mezinul. Între el și al doilea frate există o diferență de 11 ani. Se consideră „bătut de soartă” și cu „foarte puțin noroc” și „întotdeauna lăsat deoparte, chinuit și neiubit de nimeni, mai ales de familie.”

Nu prezintă antecedente penale în familie.

La data săvârșirii faptei, lucra temporar la diverși cetățeni, care-i solicitau serviciile (mai ales în agricultură), pentru care era plătit atât în bani, cât și cu diverse produse, inclusiv cu băuturi alcoolice. Consumă băuturi alcoolice de la vârsta de 15 ani. Avea ca și pasiuni, jocurile de noroc și sprițurile prelungite. Are prieteni cu și fără antecedente penale.

Nu a continuat școala, pentru că avea (susține declarativ) probleme de memorie, de comportament,

nevoi materiale scăzute și părinți care nu l-au încurajat prea mult în acest sens.

Are antecedente penale. În minorat, a mai fost condamnat pentru tâlhărie și vătămare corporală.

La ultima condamnare, a avut trei abateri comportamentale, toate cu agresivitate, constând în lovirea altor deținuți.

Analiza cazului

Subiectul are un aspect exterior îngrijit, este ordonat, preocupat de igiena personală, are o mimică expresivă, este neîncrezător în timpul interviului, cu un grad de cooperare scăzut, agresiv în relaționare, agitat. Limbajul este normal dezvoltat, cu o tonalitate joasă, intensitate crescută, debit verbal normal.

În timpul interviului, se constată că are un istoric agresiv foarte pregnant, cu vătămări corporale foarte grave, cu repetate agresiuni fizice la adresa soției sale și a oricui îl supăra.

Este impulsiv, foarte instabil psihocomportamental, are convingeri pro-agresivitate, idei infracționale, tendința de a-și afirma personalitatea recurgând la violență. Afirmă deseori că „doar așa poți răzbate în viață, fiind dur”.

Interesul său pentru schimbare este foarte scăzut, este egocentric, cu o stimă de sine crescută, susținută prin acte violente.

De la arestare a avut trei abateri comportamentale, toate cu agresivitate, constând în lovirea altor deținuți. La sectorul „vizite” și-a amenințat soția și i-a adresat injurii, încercând chiar să o lovească.

A manifestat atitudini foarte oscilante față de colegii de cameră, față de sine, dar și față de personalul de supraveghere din penitenciar, exprimând prin aceasta, o crescută inadaptare la mediu, cu dificultăți în respectarea regulilor și normelor și prag de toleranță scăzut la frustrări relativ minore.

Model de intervenție

A intrat în atenția psihologului, deoarece a fost condamnat pentru o infracțiune comisă cu agresivitate instrumentală, iar celelalte abateri și infracțiuni demonstau existența unor dificultăți de autocontrol, manifestându-se nestingherită agresivitatea sa spontană. În paralel cu participarea la programul de grup, a urmat și un program de consiliere psihologică individuală.

Treptat, a învățat care este rolul autocontrolului, a conștientizat importanța manifestărilor non-agresive, a reușit să dea răspunsuri asertive, să manifeste măcar puțină empatie față de eventualele victime. De asemenea, a înțeles mecanismul creșterii agresivității până la stadiul de furie și și-a însușit tehnici simple de amânare a reacției și de păstrare a autocontrolului.

Alte modalități de intervenție utilizate

1. Odihnă activă:

- ergoterapie în interiorul locului de deținere,
- lectură opțională și îndrumată, în camera de deținere sau la bibliotecă,
- vizionare T. V. și ascultare muzică, rebusistică.

2. Exerciții fizice în aer liber:

- exerciții de respirație corectă,
- jocuri sportive - la curtea de plimbare.

3. Căldură afectivă / suport emoțional:

- asistență religioasă - la capela unității.

4. Stimulente morale:

- investirea cu roluri (funcții de încredere, răspundere la camerele de deținere și clubul deținuților),
- atribuirea de sarcini ce presupun încredere, autoresponsabilizare,
- bonificarea verbală și recompense consacrate (rapoarte de evidențiere), investirea cu diferite roluri valorizatoare.

5. Activități plăcute:

- artterapie, meloterapie, terapie prin râs și dans, cercuri artistice, literare.

Monitorizarea și prevenirea recăderilor

Persoana custodiată a reacționat favorabil la activitățile de intervenție, reușind, după cel puțin un an de la includerea sa într-un program de asistență și intervenție specializată:

- să-și modifice percepțiile și reprezentările, astfel încât să aibă o imagine mai reală despre sine, despre viață, despre mediul în care se află și în ce scop;
- să-și identifice și să conștientizeze resursele sale adaptative și de autoajutor prin verbalizarea /externalizarea sentimentelor negative,
- să conștientizeze și să-și integreze pierderile afective și socio-financiare,
- să-și dezvolte capacitatea de autocontrol și interrelaționare pozitivă;
- să-și formeze și să-și dezvolte deprinderi de rezolvare de probleme;
- să conștientizeze nevoia de autocunoaștere și să înregistreze progrese în acest sens (prin stabilirea identității personale, definirea propriului sistem motivațional și aptitudinal,

conștientizarea diferențelor ideal–real, posibilități - aspirații, recunoașterea necesității schimbării comportamentale și identificarea trăsăturilor asupra cărora e necesară intervenția/schimbarea);

- să dobândească un nivel de autocontrol care să-i permită reorientarea impulsurilor sale agresive, cu îmbunătățirea calității relațiilor în plan personal și social;
- să-și formeze și să-și exerseze abilitățile prosociale, pentru a putea face față cu succes revenirii în societate.

VI. Bibliografie

Enăchescu, C., (2008). *Tratat de igienă mintală*, Editura Polirom.

Săsărman, M., coord. și alții (2005). *Negocierea de conflicte*-ghid de lucru, Editura Cheiron, București.

Jigău, M., coord și alții (2006). *Violența în școală*, Editura Alpha MDN , București.

David, D., (2006). *Psihologie clinică și psihoterapie*, Editura Polirom.

Goglează, D., (2002). *Psihoterapia ca relație a schimbării individuale*, Editura Polirom, București.

Lementent, E.M., (1998). *Devianță și control social*, din Modern Sociology, editor Peterm Worsley, Penguin Books.

Fischer G., (2001). *Tratat de psihotraumatologie*, Editura Trei, București.

Ionescu, G., (1997). *Tulburările personalității* , Editura Asklepios, București.

Florian, Gh., (1996). *Psihologie penitenciară*, Editura Oscar Print, București.

Florian, Gh., (2003). *Fenomenologie penitenciară*, Editura Oscar Print.

Dafinoiu, I., (2000). *Elemente de psihoterapie integrativă*, Editura Polirom, București.

Dafinoiu, I., Varga, J.L. (2005). *Psihoterapii scurte*, Editura Polirom.

Holdevici, I., Neacșu, V., (2006). *Consiliere psihologică și psihoterapie în situație de criză*, Editura Dual Trech, București.

Holdevici, I., (2000). *Gândirea pozitivă –Ghid practic de psihoterapie rațional – emotivă și cognitiv-comportamentală* , Editura Dual Trech, București.

Butoi, I.T., Butoi, T., (2006). *Psihologie Judiciară*, Editura Fundației România de mâine, București.

Ibis, A., (2001). *Influența agenților de socializare (familia, școala, grupul de referință) asupra comportamentelor predelincente*, Editura Pansofia.

Ilut, P., (1994). *Comportamentul prosocial –comportamentul antisocial*, în *Psihologie socială*, (D.Radu-coord.), Editura Exe SRL , Cluj Napoca.

Mitrofan, I., coord. (2003). *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane-Psihologie, psihopatologie, psihodiagnoză, psihoterapie centrată pe copil și familie*, Editura Polirom.

Mitrofan, I., (2001). *Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului - abordare experiențială*, Editura SPER, București.

Cottraux, J., (2003). *Terapiile cognitive*, Editura Polirom.

Mitrofan, N., (1994). *Psihologie judiciară*, Editura Șansa, București.

- Păunescu, C., (1998). *Deficiența mintală și organizarea personalității*, Editura didactică și pedagogică, București.
- Petcu, M., (1999). *Delincvența – repere psihosociale*, Editura Dacia, Cluj – Napoca.
- Preda, V., (1991). *Profilaxia delincvenței și reintegrarea socială*, Editura Științifică, București.
- Rădulescu, D. și Piticariu, M. (1989). *Devianța comportamentală și boala psihică*, Editura Academiei Române, București.
- Murphy, T. și Hoff Oberlin, L. (2007). *Agresivitatea pasivă - Cum să o recunoști și controlezi la tine și la ceilalți*, Editura Trei, București.
- Dragomirescu, V.T., (1990). *Determinism și reactivitate umană*, Editura Științifică, București.
- Corduneanu, L., autor și coordonator, (2009), *Program specific de asistență psihosocială destinat persoanelor cu conduită agresivă*, Editura PrintGrafic, București.

SECVENȚA 19

DERULAREA INTERVENȚIILOR PSIHOLOGICE CU PERSOANELE CARE AU SĂVÂRȘIT AGRESIUNI SEXUALE

Cristina Pripp, Alina Decsei-Radu, Liliana Hurezan, Emanuel Andelin



I. Considerații teoretice

Psihologii care lucrează în sistemul penitenciar, se confruntă, pe de o parte, cu problemele de tratare a tulburărilor psihologice diagnosticate la persoanele private de libertate, iar, pe de altă parte, trebuie să diminueze riscul criminogen prin adresarea factorilor psihologici asociați recidivei în abuzurile sexuale.

Tulburarea psihologică, diagnosticată la o persoană privată de libertate pe axa I sau II, poate interfera cu abilitatea deținutului de a beneficia de pe urma intervențiilor care au scopul de a-i reduce riscul de recidivă. Motiv pentru care, într-o primă fază, persoanei custodiate i se acordă intervenție psihologică pentru tulburările acute de pe axa I.

Pași de parcurs în intervenția psihologică a persoanelor custodiate care au săvârșit agresiuni sexuale

- Realizarea evaluării psihologice (pentru dimensiuni clinice și de risc criminogen, dar și resursele de sanogeneză);
- Stabilirea diagnosticului pe cele 5 axe (DSM - IV-TR);
- Conceptualizarea clinică;
- Construirea și menținerea relației terapeutice (așteptări, scopuri, program, instituirea speranței de schimbare, empatie, congruență, acceptare necondiționată, profesionalism);
- Stabilirea listei de probleme și adaptarea la modelul pentru care s-a optat în intervenție, operaționalizarea problemelor;
- Aplicarea intervenției propriu-zise, evaluări periodice ale eficienței metodei;
- Asigurarea transferului din psihoterapie în realitate, prin prescripții, teme pentru acasă.

Din practică se cunosc 8 principii pentru intervenții eficiente

Principiul 1

Evaluarea nivelului de risc pentru recidivă și a nevoilor criminogene ale deținuților

I. Se folosesc instrumente focalizate **pe factorii de risc statici și dinamici**, pe nevoile criminogene:

- **factori de risc statici** care nu pot fi schimbați - de ex: cazier, abuz de substanță în trecut, factori demografici (sex, vârstă);

- **factorii de risc dinamici** - sunt susceptibili de schimbare deprinderile de relaționare deficitare, prietenii antisociale;
- **nevoi criminogene**, caracteristici legate de posibilitatea de a comite infracțiunea;
- **nevoi non-criminogene**, deficite la nivelul infractorului nelegate direct de posibilitatea de a comite infracțiunea - *de ex.*: stima de sine scăzută, izolarea emoțională.

Psihologul evaluează factorii de risc asociați cu infracționalitatea și riscul general de recidivă, după cum urmează:

- comportamentul antisocial în istoric;
- personalitatea antisocială: trăsături antisociale - probleme de autoreglare, impulsivitate, instabilitate, nivel scăzut al realizărilor personale, financiare, educaționale, vocaționale;
- atitudini și valori antisociale;
- asocierea cu infractori sau devianți;
- abuz de substanță;
- relații familiale disfuncționale: ostilitate, deficite în intimitate, conflicte în relațiile intime, lipsă suport social.

Principiul 2

Relația psihoterapeutică

- **Creșterea motivației intrinseci** prin utilizarea **interviului motivațional** (abordare focalizată pe persoană, directivă destinată creșterii motivației prin explorarea și rezolvarea ambivalenței) în facilitarea relației terapeutice (nu se optează pentru tehnicile de persuadare);
- Relația terapeutică implică **factori** ce țin de persoana custodiată, de terapeut și de interacțiunea dintre cei doi;
- **Deficitele de motivație** pot fi bariere în calea implementării adecvate a programului.

Principiul 3

Stabilirea acurată a categoriilor ce necesită intervenție psihologică

- Intervenția trebuie să utilizeze ținte prestabilite, utilizând **principiul riscului**, pentru a include, în primul rând, persoanele cu risc crescut de recidivă;
- La deținuții cu risc crescut, încărcătura de sarcini trebuie **să fie mai mică** și planurile de intervenție **să fie atent dezvoltate**;
- Intensitatea intervenției trebuie adaptată la nivelul de risc;
- Deținuții cu risc ridicat de recidivă trebuie să beneficieze **de servicii intensive și extensive**, iar cei cu risc scăzut de recidivă trebuie să beneficieze **de intervenții mai puțin intense sau de nici un tratament**.

Principiul nevoii stă la baza prioritizării categoriilor de deținuți pentru demararea programului destinat abuzatorilor sexuali, astfel încât țintele intervenției să fie **nevoile criminogene și nu cele non-criminogene**.

- **Nevoile criminogene** - factori de risc dinamici care, atacați și schimbați afectează riscul de recidivă al infractorilor – *de ex.*: atitudinile antisociale, emoțiile antisociale, dependența de substanță;
- **Nevoi non-criminogene** - și acestea sunt dinamice, dar schimbarea lor nu influențează direct diminuarea riscului de recidivă – *de ex.*: stima de sine, probleme emoționale și personale vagi.

Factori majori și minori de risc/nevoie (Bonta & Andrews, 2007).

Factori majori de nevoie/ risc	Indicatori	Scopurile intervenției
Pattern-ul antisocial de personalitate	Impulsivitate, căutarea aventurii și a plăcerii, agresivitate, iritabilitate, neastâmpăr.	Dezvoltarea unor deprinderi de auto-management și de management a furiei.
Atitudinile pro-infracțiune	Raționalizări ale infracțiunii, atitudini negative față de lege.	Înlocuirea raționalizărilor cu atitudini pro-sociale, construirea unei identități pro-sociale.
Suportul social pentru comiterea de infracțiuni	Prieteni infractori, izolare față de persoanele cu atitudini pro-sociale.	Înlocuirea prietenilor care susțin infracționalitatea cu cele care ar putea modela un comportament pro-social.
Abuzul de substanță	Abuzul de alcool și /sau droguri.	Reducerea abuzului de substanță, întărirea alternativelor pentru uzul de substanță.
Relațiile familiale/maritale	Monitorizare parentală și disciplinare nepotrivită, relații deficitare de familie.	Predarea unor deprinderi parentale, promovarea unor relații bazate pe căldură și grijă.
Școala / munca	Performanță scăzută, nivele scăzute de satisfacție.	Formarea unor deprinderi de studiu și muncă, dezvoltarea unor relații interpersonale la școală sau la muncă.
Activități recreaționale pro-sociale	Lipsa de implicare în activitățile recreaționale pro-sociale.	Încurajarea participării la activități recreaționale pro-sociale, familiarizarea cu hobby-uri și sporturi pro-sociale.
Nevoi minore, non-criminogene	Indicatori	Scopurile intervenției
Stima de sine	Stimă de sine și auto-apreciere scăzute.	
Sentimentul vag al stresului personal	Anxietate, tristețe.	
Tulburări mentale majore	Schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă.	
Sănătate fizică	Handicap fizic.	

Principiul responsivității identifică intervenția potrivită pentru persoana în cauză

Exemple de tehnici utile: modelarea, practica gradată, exersarea, jocul de rol, întărirea, ghidarea verbală detaliată prin sugestii, motivarea și restructurarea cognitivă, managementul furiei, psihoeducația, conștientizarea declanșatorilor, trainingul relaxării, trainingul comunicării, formarea de deprinderi asertive, auto-instrucțiunile, disputarea

gândurilor iraționale, rezolvarea de probleme, managementul stresului, auto-conștientizarea, abordarea schemelor negative cu privire la sine, procesul de luare de decizii, controlul stimulilor.

Principiul libertății profesionistului de a dispune orientează specialistul, pentru ca, ținând cont de principiile mai sus enunțate, să poată recurge la anumite excepții.

De exemplu: poate include o persoană custodiată cu un nivel moderat de pericolozitate socială, în grupul destinat celor cu nivel de pericolozitate ridicată, în situația în care nu există condiții pentru constituirea unui grup țință cu același nivel de risc.

Principiul 4

Se folosesc tehnicile desprinse din terapia cognitiv-comportamentală și teoria învățării sociale. Tehnicile cognitiv-comportamentale pornesc de la ideea că persoanele arestate sau condamnate nu au reușit să-și formeze în mediul lor deprinderi cognitive sau comportamentale prosoziale.

Principiul 5

Se urmărește creșterea întăririlor pozitive

Regula de aplicare a întăririlor pozitive: 4 la 1

- 4 întăriri pozitive și una negativă, aplicate în ordine aleatorie, cu condiția ca întăririle să fie relevante și valorizate de subiectul intervenției;
- Regulile să fie clare și consistente;
- La început sunt acceptabile și întăririle externe, fiind important să fie relevante.

Principiul 6

- Se obține susținerea la nivelul suportului social al deținutului;
- Se implică și persoanele din grupul de sprijin - de încredere și apropiate - în întărirea comportamentului acestuia;
- Se insistă pe componenta de reintegrare prin folosirea tehnicilor de prevenție a recăderilor, planuri de siguranță;
- Se pregătesc persoanele custodiate pentru reintegrarea în societate.

Principiul 7

- Se măsoară și se evaluează procesele și practicile relevante;
- Se adună date despre persoană custodiată, caz, rezultate și personalul implicat.

Principiul 8

Se furnizează feed-back cu privire la evaluări.

- Este important în acest context feed-back-ul oferit direct persoanelor, întăririle oferite;
- Se realizează managementul performanței. Personalul trebuie format și supervizat în aplicarea programului, stilul să fie ferm și corect, interacțiunea cu persoanele private de libertate să se bazeze pe căldură, respect, comunicare liberă, se urmărește modelarea unor comportamente potrivite și întărirea comportamentelor prosoziale.

II. Demersuri

Scopul intervenției psihologice destinate persoanelor care au comis infracțiuni sexuale este de a reduce incidența factorilor dinamici de risc, asociați riscului crescut de recidivă, raportat la aceeași categorie de infracțiuni.

Obiectivele generale ale intervenției determină abuzatorul sexual:

- să își asume responsabilitatea pentru comportamentul său deviant și să recunoască existența unei probleme, necesar a fi rezolvată;
- să recunoască antecedentele comportamentului sexual deviant și situațiile cu risc crescut în care se poate găsi în viitor și consecințele care presupun riscul recidivei;
- să recunoască faptul că există un risc al recidivei și să implementeze strategii adecvate care implică un comportament social acceptabil;
- să conștientizeze consecințele comportamentului său asupra victimei, asupra apropiaților victimei, asupra familiei sale și asupra societății în general;
- să își schimbe atitudinile și credințele cu privire la femei și la rolurile de gen;
- să învețe strategii eficiente de interacțiune cu ceilalți, în general și cu femeile în special;
- să fie capabil să recunoască modul în care prin distorsiunile sale cognitive încearcă să își justifice comportamentul deviant și să minimalizeze propria vină;
- să înțeleagă rolul consumului de alcool, al lipsei deprinderilor sociale și heterosociale, al emoțiilor negative intense și al gândurilor iraționale în producerea infracțiunii de natură sexuală;
- să facă distincția între fanteziile sexuale deviante și cele non-deviante și să conștientizeze rolul pe care, sexul în general, fanteziile deviante în special și alte aspecte (dorința de control, dominare, umilire, putere) îl au în comiterea infracțiunii și în menținerea riscului de recidivă;
- să accepte posibilitatea recidivei, precum și faptul că acest control asupra comportamentului său deviant este un proces care durează o viață.

Metodologie

Pași de urmat în formarea grupurilor

Grupul este format din maximum 8-10 persoane, iar în cazul celor cu nevoi de risc speciale, grupul va fi mai mic.

- Selecția membrilor grupului se face în funcție de risc;
- Decizia pentru abordarea individuală sau de grup este luată în funcție de criteriile de cost, timp și eficiență;
- Cadrul instituțional și de colaborare cu comunitatea - intervenția este realizată intensiv pe perioada încarcerării, apoi urmată de evaluare și susținere (follow-up), în comunitate, în perioada post-detenție;
- Procedura implică evaluare, intervenție individuală și de grup;
- Durata intervenției este recomandată pentru 1 an de zile (în penitenciar);
- Intensitatea intervenției - 40-70% din timp, 35-50 de ore săptămânale, implicare în activitățile terapeutice.

A. Evaluarea vizează mai multe aspecte și are paliere distincte de acțiune.

Evaluarea inițială urmărește istoricul de viață general și infracțional, atitudinile, credințele, distorsiunile cognitive cu privire la faptă sau la victime, stilul de viață infracțional, gradul de asumare al responsabilității, ostilitatea generală și cea față de victime, suportul social de care dispune, izolarea emoțională, empatia, deprinderile sociale și heterosociale, dependența de substanțe și alcool, impulsivitatea, furia.

Evaluarea de parcurs măsoară factorii dinamici de risc și tulburările acute, precum și gradul de realizare a obiectivelor specifice (operaționale) și propune adaptări în planul de intervenție.

Evaluarea finală, pentru identificarea modificărilor înregistrate în urma intervenției trebuie să țină seama de câțiva factori.

1. Integritatea intervenției, respectiv, măsura în care evaluarea păstrează principiul pentru care a fost creat.

2. Impactul intervenției, constituie gradul în care aceasta are efect asupra aspectelor în care intervine conform modelului său.

3. Rezultatele intervenției - modul în care, pe termen lung, diminuează recidiva, prin raportarea la persoanele custodiate care nu au fost implicate (lotul martor).

Utilizarea instrumentelor:

- valide de evaluare a riscului, care să permită stabilirea gradului de incidență a riscului pentru formularea recomandărilor de intervenție;
- care să evalueze factorii dinamici de risc, respectiv, controlul impulsului, deficitul în deprinderile relaționale, atitudini care susțin infracțiunea, deficite în funcționarea psihică generală (impulsivitatea, deficit în abilitățile de rezolvare de probleme).

B. Intervenția individuală

Pentru eficientizarea intervenției, se recomandă ca activitățile de grup să fie dublate de cele în regim individual, atunci când este cazul.

Etape de desfășurare:

- descrierea personală a faptei;
- conștientizarea responsabilității, plasarea vinei;
- tipul de parteneri și comportamente considerate excitante;
- auto-corijarea atitudinilor sau a gândurilor care sprijină sau condamnă agresiunea sexuală;
- gradul de implicare în comportamente sexuale normale versus deviante;
- identificarea propriului pattern al comportamentului sexual;
- autocunoașterea și autocorectarea, ajustarea atitudinilor și a gândurilor care sprijină sau condamnă comportamentul deviant;
- abuzul de droguri/alcool/anturaj;
- gradul în care comportamentul individului este impulsiv;
- implicarea individului într-o relație intimă;
- implicarea individului în relații sociale.

C. Intervenția de grup

Reprezintă forma de intervenție recomandată în cazul persoanelor private de libertate încadrate în categoria agresorilor sexual.

Pentru eficientizarea asistenței specializate, este indicat ca participanții la grup să fie cazați în cadrul aceleiași secții de deținere. Acest aspect facilitează stabilirea unor relații interpersonale între membrii acelui grup, permite monitorizarea constantă și uniformă a participanților, oferind o imagine de ansamblu asupra grupului și, în contextul dat, în cadrul secției de deținere.

De asemenea, este indicat ca frecvența ședințelor să fie de minimum 2 întâlniri pe săptămână, deoarece activitatea intensivă contribuie la reducerea timpului de vizualizare a problemei celorlalți, la dezvoltarea inter-relaționării și la facilitarea suportului reciproc în grup, la dezvoltarea coeziunii.

Având în vedere obiectivele intervenției și specificul acesteia, se recomandă ca activitatea să fie desfășurată de doi terapeuți, iar metodele și tehnicile aplicate să fie adaptate de fiecare specialist, în funcție de competențe, de grup, dar și de problema abordată.

În concordanță cu principiul responsivității, cel mai important factor pentru o intervenție eficientă este relația terapeutică, un motiv în plus pentru a reaminti **sarcinile terapeutului** (Yalom, 1998):

1. să discute problemele *aici și acum*;
2. să încurajeze membrii să participe la dinamica de grup;
3. să promoveze interacțiunea directă, participarea activă, asumarea riscului, acordarea de feed-back și suport;
4. să faciliteze autodezvăluirea gândurilor, emoțiilor, comportamentelor;
5. să înțeleagă procesul de grup, fazele grupului terapeutic și comportamentul membrilor în aceste faze;
6. să-și structureze intervenția în funcție de fazele procesului de grup;
7. să medieze situațiile conflictuale ivite în grup și care amenință coeziunea, într-o manieră directă, dar non-abuzivă;
8. să ajute membrii să reflecteze asupra procesului de grup, prin comentarii ale procesului de grup, oferire de feed-back, interpretări;
9. să organizeze informația vehiculată în cadrul grupului (prin apelul la deprinderile fundamentale de ascultare activă).

Etape de desfășurare:

- cunoaștere;
- model ABC – gânduri, emoții, comportament – ciclul infracțiunii;
- descrierea faptei;
- asumarea responsabilității;
- destructurarea ideilor iraționale cu privire la femei;
- delimitarea fanteziilor sexuale deviate de cele non-deviate;
- dezvoltarea mecanismelor alternative de coping;
- comportamentul pasiv-agresiv-asertiv;
- stil de viață, relații, suport social;
- dezvoltarea deprinderi sociale;
- empatia față de victimă;
- prevenția recăderilor.

De la liderul grupului așteptăm (cf. Yalom, 1995):

1. *stimularea emoțională a grupului*, prin provocare, confruntare, asumarea de riscuri, auto-dezvăluire,
2. *manifestarea afecțiunii-compasiunii*, prin oferire de suport, afecțiune, protecție, căldură, acceptare, grijă,
3. *atribuire de sens, susținere* la explicare, clarificare, interpretare, transformarea sentimentelor și a experiențelor în idei,
4. *funcții practice de execuție, cum ar fi* stabilirea limitelor, a regulilor și a normelor, organizarea timpului.

III. Particularități

- În cadrul intervenției individuale și/sau de grup, este foarte important să se acorde o atenție deosebită **modului de raportare** a fiecărui individ la fapta sa, deoarece acest aspect influențează, în mod semnificativ, eficiența intervenției;
- **Selecția** pentru activitatea de grup este importantă, impunându-se luarea în considerare a următoarelor aspecte: fapta pentru care este condamnată persoana (este contraindicată realizarea unui grup mixt cu pedofili și agresori sexuali a căror victimă este o persoană majoră; persoanele care au comis incest să nu fie incluse în același grup cu agresori sexuali a căror victimă este majoră), starea de recidivă, sexul victimei;
- **Confidențialitatea informațiilor** este esențială în activitatea cu acest grup de persoane private de libertate, inclusiv cea cu privire la tipul de activitate de grup la care participă, în scopul evitării etichetărilor negative și a stigmatizărilor;
- **Relația stabilită cu psihologul** este crucială, deoarece reprezintă baza pentru o comunicare deschisă și pentru implicarea în activitățile de intervenție specifică;
- Este importantă **diferențierea clară** între persoană și comportamentului ei, abordarea corectă fiind de a percepe subiectul ca fiind „o persoană care are o problemă pentru care poate beneficia de servicii specializate”, evitându-se etichetarea „infractor”;
- Ținând cont de specificul intervenției în mediul penitenciar, este relevant ca **obiectivele stabilite să țină cont de context și de persoană.**

IV. Limite

- Dificultăți de constituire și menținere a grupului - separarea participanților în cadrul diferitelor secții de deținere, intoleranța reciprocă, presiunea suprasistemelor (personalul angajat, precum și celelalte persoane private de libertate);
- Dificultăți de realizare a unei evaluări obiective în absența stimulului, mai ales în condițiile în care persoana este extrasă din contextul social în care a realizat fapta (este dificilă observarea obiectivă a modificărilor atitudinale, comportamentale și cognitive în raport cu stimulul, evaluarea putând fi realizată doar în contextul mediului penitenciar, eventual prin tehnici de imagerie);
- Caracteristicile acestei infracțiuni presupune dificultățile de control ale impulsului, ceea ce reduce în mod semnificativ eficiența intervenției

V. Riscuri

- Etichetarea de către celelalte persoane private de libertate și chiar de către personalul unității penitenciare;
- Dificultăți în modificarea cognițiilor, atitudinilor, comportamentelor.
- Motivație în general scăzută – motivație preponderent extrinsecă, contextuală.
- Atitudinea psihologului referitoare la această categorie de infracțiuni și incapacitatea de a conștientiza limitele în raport cu acest aspect, poate afecta performanța profesională (accent pe autocunoaștere și dezvoltare personală);
- Centrarea pe infracțiune și acuzarea persoanei în detrimentul centrării pe problema existentă și pe remedierea acesteia.

STUDIU DE CAZ

Subiectul L.C., născut în anul 1971, în localitatea Târnaveni, jud. Mureș, căsătorit, angajat paznic la un domeniu de viță de vie, absolvent a 10 clase, recidivist

Cazier: 90.000 lei amendă / legea circulației / 1994; 4 ani pentru perversiuni sexuale, în 1998, liberat condiționat în 1998; ultima faptă - condamnat pentru infracțiunea de viol, pentru 14 ani, arestat în 2002.

Descrierea pe scurt a faptei

În ziua de 07.09.2002, numitul L.C. a atras-o pe fiica patronului, în vârstă de 7 ani, în vie, unde a supus-o la acte sexuale. Recunoaște comiterea faptei, dar susține că nu poate oferi explicații cu privire la motivele comiterii infracțiunii.

Mediul social de proveniență. Antecedente comportamentale

Provine dintr-o familie organizată, mama sa s-a recăsătorit și a fost crescut de aceasta împreună cu tatăl vitreg. Climatul familial a fost marcat de violență fizică și consum de alcool din partea tatălui.

Relația cu părinții a fost rece, persoana custodiată percepând lipsa suportului emoțional din partea acestora, precum și absența discuțiilor cu privire la aspecte personale ale vieții lor.

În prezent, este căsătorit, soția prezentând handicap locomotor grav, ceea ce împiedică deplasarea acesteia sau realizarea sarcinilor casnice. Din relația de căsătorie a rezultat un copil.

De la vârsta de 20, a început să consume alcool în mod abuziv, patternul dezadaptativ fiind de alternanță: o perioadă, de aproximativ, 3 luni de consum masiv continuu, cu 3 luni de abținere. Declară că în perioada de consum adoptă diferite comportamente problematice, inclusiv acte de natură infracțională, de tipul celui pentru care a fost condamnat în prezent.

Profil psihocomportamental

Subiectul are un intelect de nivel mediu, bună capacitate de analiză, a manifestat disponibilitate pentru comunicare și atitudine cooperantă pe parcursul ședințelor de evaluare și consiliere psihologică.

Recunoaște că atracția față de minori a fost prezentă încă din pubertate, fiind explicată prin preferința pentru „pielea lor fină” și „inocența acestora”, respectiv „curiozitatea lor inițială în raport cu actul sexual”. Fanteziile sale au ca și conținut, în general, comiterea unui raport sexual oral cu victimele. Din punct de vedere al vârstei partenerilor sexuali, subiectul declară preferința pentru copii, dar susține că atracția apare în raport cu persoane cu vârsta cuprinsă între 8 și 18 ani.

Atitudinea generală față de agresiunea sexuală este de condamnare a actului, considerând adecvată pedeapsa pentru un agresor, mai ales dacă este discutată posibilitatea implicării copilului său într-o situație similară, ca și victimă. Totuși, în particularizarea discuției la propria persoană, prezintă dificultăți de analiză acurată și de motivare pentru schimbare.

În raport cu fapta comisă, nu poate să ofere explicații pentru actele sale, dar nu manifestă regret, deoarece consideră că plăcerea resimțită este o consecință care domină celelalte urmări negative. Din punct de vedere al motivației pentru schimbare, nu poate identifica motive pentru care să adopte comportamente non-infracționale, declarând că „nu este bine să fii bun”.

Intervenția

Intervenția individuală a fost realizată la solicitarea persoanei private de libertate L.C. Inițial, L.C. a fost introdus în grup, dar acesta nu a dorit ca problematica infracțiunii să fie dezbătută în cadrul grupului.

Pașii acestui tip de intervenție au la bază etapele standard ale programului specific pentru reducerea recidivei în abuzurile sexuale, particularizată în funcție de faptă (incest, pedofilie, agresiune sexuală).

Evaluarea inițială a vizat nivelul atitudinal, cognitiv-comportamental, cu privire la preferințele față de activitatea sexuală, concluziile fiind că acțiunile sale se bazează pe satisfacerea impulsurilor sexuale deviante, indiferent de persoane și risc, considerând că „nimic nu se compară cu plăcerea de care am parte atunci când „am un copil”.

Anamneza s-a centrat pe identificarea relațiilor intrafamiliale și interpersonale, având ca scop o mai bună cunoaștere a acestuia din perspectiva modalității de relaționare cu persoanele de sex opus sau de același sex. Au fost relevante informațiile referitoare la comportamente sexuale deviante, mai exact mențiunea că era atras de copii încă din perioada pubertății.

Modalitatea de prezentare a istoriei personale infracționale a fost făcută într-un mod special, reamintirea cu mare plăcere și detalierea acțiunilor a dus la o schimbare instantanee a dispoziției afective, trecându-se de la o stare normală la o stare de euforie, exaltare, reală plăcere în a povesti. Trebuie amintit faptul că „abilitățile sociale specifice” ca manipularea, puterea de convingere, amabilitatea, prezentarea informațiilor din perspectiva pozitivă, victimizarea, toate acestea fac din L.C. un „interlocutor plăcut”.

Pentru o mai bună conștientizare și raționalizare a propriei probleme, a fost explicată practic, pe caz, metoda ABC. A fost constată o mare disponibilitate mentală, rațională, orientată strict pe interiorizarea acestei metode, dar doar din punctul de vedere al cognițiilor, nicidecum emoțional. Strict pe caz, acesta uzitează de „abilitățile sociale specifice” la care se mai adaugă metode proprii de deculpabilizare, având de fiecare dată diverse explicații: de la alcool, familie, probleme personale, până la explicații medicale, neurologice.

Are capacitatea de a analiza și condamna din perspectivă generală pe ceilalți agresori sexuali, dar nu are capacitatea de a se condamna pe sine, neputându-se identifica în astfel de situații.

De asemenea, intervenția a vizat dezvoltarea de noi abilități sociale, de relaționare, punându-se accent pe resursele identificate. L.C prezintă abilități sociale, care dacă ar fi folosite conform normelor sociale acceptate, corelate cu un foarte bun autocontrol instinctual, ar face din acesta o persoană adaptată situațional societății. Dificultățile nu au apărut atunci când a trebuit să-și însușească noi deprinderi sociale, ci atunci când a trebuit să le folosească în contextul imageriei mentale, pe fondul activării stimulului excitator. Dificultățile de autocontrol ale impulsurilor sexuale sunt elementele negative din punct de vedere al schimbării abordării inter-relaționale, constatând că acestea sunt factorii dinamici principali în adoptarea comportamentului sexual deviant.

Informarea, prezentarea de materiale specifice cu privire la comportamentele sexuale deviante vs. non-deviante sunt metode utile în intervenție, dar acestea trebuie direct susținute de o motivație intrinsecă, respectiv, dorința de a modifica propriul comportament deviant, în caz contrar, acestea având doar rol de informare. L.C manifestă interes pentru noile informații prezentate, dar lipsa totală a motivației face din acest individ un potențial, viitor recidivist.

VI. Bibliografie

Bonta, J., Andrews, D.A. (2007). Risk-Need- Responsivity model for offender assessment and rehabilitation, <http://www.publicsafety.gc.ca>.

Decsei-Radu A., Pripp C. (2010). *Program specific de asistență psihosocială pentru reducerea recidivei în abuzurile sexuale*, Editura Print & Graphic București.

Lievore, D. (2004). *Recidivism of sexual assault offenders: Rates, risk factors and treatment efficacy*. Canberra: Australian Institute of Criminology, www.aic.gov.au.

McGrath, R.J., Cumming, G., Livingston, J.A., Hoke, S.E. (2003). Outcome of a treatment program for adult sex offenders from prison to community, *Journal of Interpersonal Violence*, 18(1), 2-17.

National Institute of Corrections, U.S. Department of Justice, Crime and Justice Institute (2004), *Implementing evidence-based practice in community corrections: the principles of effective interventions*.

Taxman, F.S., Shepardson, E.S., Byrne, I.M (2007). *Tools of the trade- a guide to incorporating science into practice*, National Institute of Corrections, U.S. Department of Justice, Maryland Department of Public Safety and Correctional Services.

Walters, S.T., Clark, M.D., Gingerich R., Meltzer, M.L. (2007). *Motivating offenders to change- A Guide for Probation and Parole*, U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections.

Ward, T., Stewart, C.A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353-360.

Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*, New- York: Basic Books.

Yalom, V.J. (1998). Group psychotherapy: An Interpersonal Approach, în Koocher, G.P., Norcross, J.N., Hill III, S.S. (1998). *Psychologist's Desk Reference*, Oxford University Press, New- York, 353-358.

SECVENȚA 20

DERULAREA INTERVENȚIILOR PSIHOLOGICE CU CATEGORIILE DE PERSOANE PRIVATE DE LIBERTATE CU RISC DE VICTIMIZARE

Emilia Topală, Răzvan Amărăscu, Mirela Brînzan, Simona Dumitrescu



I. Considerații teoretice

Victimizarea reprezintă ansamblul caracteristicilor unei persoane, care fac să crească riscul față de stres și față de patologia indusă de acesta. Este efectul frustrării unei game largi de trebuințe:

- fiziologice și de securitate;
- sociale - de afiliație, adeziune, identificare cu alții, apartenență;
- ale Eu-lui - de stimă față de sine, considerație, prestigiu.

Toate modelele psihosociale și clinice ale stresului pun în centrul sistemului lor explicativ schimbările de viață care, în funcție de amploarea și profunzimea modificărilor produse, sunt situate de-a lungul unei axe ce cuprinde:

- **dificultăți**, apreciate ca fiind solicitări curente de intensitate relativă;
- **evenimente**, considerate drept experiențe semnificative care aduc schimbări importante și au mai multe caracteristici: intensitate (mărimea schimbărilor produse în situația personală ori în mediul înconjurător), durată (o experiență limitată în timp, dar intensă produce consecințe severe, comparabile cu cele generate de situații de stres prelungit), acumulare în timp (însumarea efectelor nocive ale mai multor evenimente), imposibilitate de a fi prevăzute (produce intensificarea tulburărilor emoționale), efectul de noutate (amplifică impactul situațiilor stresante);
- **evenimente extreme**, interpretate ca fiind experiențe majore care pun în pericol existența sau integritatea organismului și au mai multe caracteristici: indezirabilitate (refuzul subiectiv al producerii lor datorita pericolului vital pe care îl conțin), sentimentul lipsei de control (cauzat de incompetența personală), lipsa de normativitate a producerii (se situează în afara orizontului normal de așteptare), amenințarea pe termen lung (generează tensiune și după producerea lor).

Este unanim acceptat că factorii determinanți ai reacțiilor patologice la stres sunt severitatea, durata și proximitatea expunerii la evenimentul traumatic. Există însă un consens privind și rolul predispozant pe care îl are victimizarea individului, ca factor ce mediază impactul agenților agresivi asupra organismului. Istoricul familial, experiențele din copilărie, suportul social, diferențele culturale, anumite variabile ale personalității (preexistența unor tulburări mentale) pot influența apariția manifestărilor patologice legate de stres.

În mod particular, victimizarea în mediul penitenciar reprezintă interacțiunea dinamică dintre mai mulți factori:

- privările mediului de detenție;
- psihopatologia persoanei private de libertate;
- stilul de coping individual (ce poate fi dictat de însăși mediul carceral, nereprezentând stilul „obișnuit” al individului).

Din categoria persoanelor private de libertate cu risc de victimizare fac parte: deținuții care abuzează de ceilalți, victimele agresiunilor sexuale, persoanele cu dizabilități fizice sau mentale, cele lipsite de suport social, persoanele autoagresive, cetățenii străini sau refugiați.

II. Demersuri

Scopul realizării unor astfel de demersuri este de a diminua riscul față de stresul asociat schimbărilor de viață majore și traumatice, precum și față de patologia indusă de acestea, în rândul persoanelor private de libertate cu risc de victimizare.

Obiective

1. Stimularea eforturilor persoanei private de libertate de a adopta un **stil de coping eficient**. R.S. Lazarus (1966) este primul psiholog care definește adaptarea ca un „ansamblu de pattern-uri comportamentale pozitive orientate spre reducerea acțiunii stresorilor”, și care consideră că „adaptarea activă ce are loc sub presiunea stresului este mai bine exprimată prin noțiunea de **coping**”¹⁹.

Coping-ul este strategia adaptativă elaborată psihologic, proprie persoanei, maniera activă prin care aceasta caută soluții de succes în condiții de intensă activare psihofiziologică nefavorabilă.

Declanșat de situații complexe, cu semnificație puternică și intens stresantă pentru subiect, comportamentul de coping este mult mai elaborat decât o simplă activare a unor tendințe de luptă sau de fugă.

2. Creșterea **stimei de sine** pentru persoanele private de libertate cu risc de victimizare. Conceptul care integrează factorii de victimizare este cel al **stimei de sine**, gradul crescut de victimizare fiind asociat cu o stimă de sine scăzută.

Tot mai frecvent, victimizarea și expresia ei sintetică - stima scăzută față de propria persoană - sunt analizate în funcție de rolul a doi factori de grup: rețeaua socială și suportul social.

3. Abordarea eficientă a manifestărilor psihopatologice la stres din aria de acoperire a trei categorii nosologice:

a) tulburarea de adaptare (acută sau cronică constă într-un ansamblu de simptome emoționale și comportamentale apărute ca răspuns la stresori psihosociali identificabili. „Tulburările apar pe terenul unei vulnerabilități individuale sub presiunea unui eveniment stresant”²⁰. În funcție de manifestările predominante, tulburările de adaptare sunt²¹:

- cu dispoziție prevalent depresivă (suferință morală, deprimare, sentimente de vinovăție și disperare, plâns);

¹⁹ R.S. Lazarus, *Psychological stress and the coping process*, 1966, New York: McGraw-Hill.

²⁰ George Ionescu, *Psihiatrie clinică standardizată și codificată*, Editura Univers Enciclopedic, București, 2000.

²¹ American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR*, Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003.

- cu dispoziție prevalent anxioasă (neliniște, agitație, nervozitate, frică și panică);
- cu dispoziție mixtă anxioasă și depresivă (combinație de depresie și anxietate);
- cu perturbare de conduită (violarea drepturilor altora, încălcarea regulilor sau a normelor sociale majore corespunzătoare vârstei - chiul, vandalism, bătaie, neglijarea responsabilităților legale);
- cu perturbare mixtă a emoțiilor și a conduitei (intense simptome emoționale depresive și anxioase, ca și perturbări de conduită);
- nespecificate (acuze somatice, izolare socială, inhibiție în activitatea profesională sau școlară, apărute în legătură cu stresori psihosociali identificabili și care nu sunt clasificabile ca subtipuri specifice de tulburare de adaptare).

b) stres acut;

c) stres post-traumatic (acut și cronic).

Ultimele două sunt stări patologice de răspuns la acțiunea unor factori de agresivitate extremă, care pun în pericol viața sau integritatea fizică și psihică a individului și au un caracter traumatic.

Reacțiile patologice la stres „sunt răspunsuri în exces la presiunile de adaptare și care au drept consecință o deteriorare în funcționarea socială sau profesională a individului.”²²

Aceste stări patologice sunt rezultatul direct al acțiunii factorilor agresivi, dar sunt totodată favorizate de moștenirea genetică a persoanei, de gradul ei general de victimizare, de însușirea unor scheme cognitive neadecvate de evaluare a situațiilor, ca și de învățarea unor conduite dezadaptative de răspuns la stres.

Metodologie

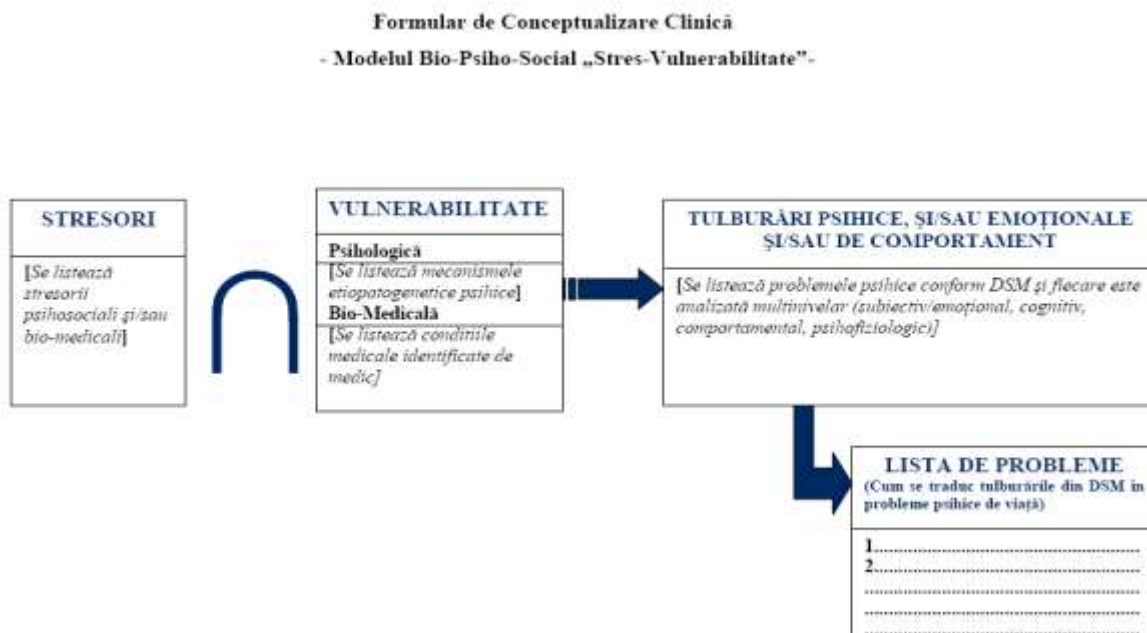
1. Identificarea persoanelor private de libertate cu risc de victimizare și stabilirea ponderii acestora în populația carcerală (și la nivelul unității). Pentru o identificare corectă se vor urmări în Fișa psihologică din Dosarul de Educație și Asistență Psihosocială, conform Modelului bio-psiho-social (Fig. 1), markerii consemnați sub forma unui profil al riscului de victimizare, rezultat din aplicarea screeningului inițial sau prin evaluările ulterioare.

Markerii psihologici ai riscului de victimizare sunt:

- un Eu slab structurat și imatur;
- stimă de sine scăzută;
- autonomizare precară;
- inflexibilitate intelectuală;
- capacități și abilități limitate;
- aptitudini insuficient dezvoltate;
- structuri caracteriale cu o integrare deficitară a normelor morale;
- reactivitate emoțională excesivă, labilă și distimică.

²² *Ibidem.*

Fig.1: Modelul bio – psiho – social Stres - Vulnerabilitate



Markerii biologici ai riscului de victimizare sunt:

- particularitățile genetice ale structurilor biochimice și neurofiziologice, care stau la baza procesării informației și care determină o anumită capacitate înăscută de înțelegere și prelucrare cognitivă – inteligența scăzută crește riscul de victimizare;
- bolile organice ale copilăriei;
- regimul de viață dezechilibrat;
- traumele fizice;
- caracteristicile de sex – femeile au un risc de victimizare mai ridicat;
- caracteristicile de vârstă – copiii și vârstnicii prezintă risc de victimizare crescut.

Markerii sociali ai riscului de victimizare sunt:

- clasa socială, indicator global al mai multor dimensiuni, clasele defavorizate fiind considerate ca fiind mai expuse la stres și la patologizarea reacțiilor față de acesta prin: venitul scăzut, educația limitată (antrenează variate incompetente), statusul ocupațional;
- familia de tip destructurat sau cu carențe afective, insecurizantă, excesiv autoritară sau manifest agresivă;
- venitul scăzut, ca factor de victimizare predilect la bărbați;
- educația scăzută, ca factor de victimizare predilect la femei;
- rețeaua socială și suportul social insuficiente.

2. Pentru persoanele identificate, **obținerea consimțământului informat și derularea tuturor celorlalte demersuri administrative** pentru includerea în activități de asistență psihologică, se realizează conform procedurilor interne.

3. **Identificarea și descrierea tabloului clinic** (prin interviu clinic și la nevoie testare psihologică) urmează patru pași:

Focalizarea generală urmărește identificarea mai multor factori: declanșatori, determinanți, favorizanți, predispozanți și de menținere a riscului de victimizare. Are în vedere caracteristicile populației vizate și urmărește, în principal, stabilirea unui cadru de încredere și siguranță, cu scopul de a reduce anxietatea și de a facilita comunicarea dintre persoana privată de libertate cu risc de victimizare și psiholog. Sunt foarte importante tehnicile de reducere a rezistențelor.

Focalizarea specifică clarifică și definitivează tabloul și presupune o investigație detaliată a comportamentului și a mecanismelor implicate în generarea/întreținerea riscului de victimizare. Analiza se realizează prin interviu și este dublată de o investigație obiectivă prin teste psihologice, acolo unde acest lucru este necesar.

Focalizarea pe consecințele psiho-sociale și modul în care acestea se particularizează pentru fiecare persoană privată de libertate, presupune analiza detaliată a următoarelor:

- starea persoanei private de libertate și a modului în care aceasta se adaptează la situațiile concrete ;
- problematica legată de comportament;
- dinamica și structura personalității;
- comportamentul interpersonal;
- mecanismele defensive și de coping, precum și conflictele și dinamica acestora;
- identitatea și imaginea de sine;
- determinanții sociali și situațiile curente de viață;
- controlul și autocontrolul comportamentului și al emoțiilor etc.

Întocmirea listelor de probleme pentru fiecare situație care poate genera riscul de victimizare.

4. Întocmirea sau, după caz, reactualizarea Planului individualizat de evaluare și intervenție educativă și terapeutică din Dosarul de Educație și Asistență Psihosocială, diferențiat ținând cont de riscul de victimizare identificat.

5. **Recomandarea unui consult psihiatric**, dacă se consideră că este cazul.

6. **Psihoterapie și consiliere psihologică**, în vederea restructurării schemelor cognitive eronate care generează răspunsurile dezadaptative față de stimulii stresanți. Aceste scheme cognitive sunt întemeiate pe convingeri parțial incorecte sau complet false, neconcordanțe cu realitatea imediată sau complet nerealiste. Acestea îi creează subiectului imagini distorsionate asupra diverselor situații stresante și asupra resurselor de care dispune pentru a le face față. „Îmbunătățirea răspunsului la stres ar consta în ștergerea schemelor cognitive defectuoase și înlocuirea lor cu altele raționale care să favorizeze mecanismele de adaptare eficientă²³.”

Psihoterapia vizează simptomatologia asociată tulburării de adaptare, pe cea a stresului acut și pe cea a stresului post-traumatic, fiind recomandată în special victimelor agresiunilor sexuale, străinilor, refugiaților și celor cu dizabilități fizice sau mentale. Psihoterapia acestor tulburări combate efectele patologice ale evenimentelor stresante și are cinci submodalități de realizare:

- utilizarea resurselor de răspuns;
- exprimarea stresului și eliberarea de tensiune;
- atacarea factorilor de stres;
- creșterea toleranței la stres prin desensibilizare progresivă;

²³ M. Mică, *Stres și apărare psihică*, Editura Presa Universitară Clujeană, 1997.

- reducerea iritabilității generale.

De asemenea, psihoterapia include acțiuni de prevenire (evitare) a stresului și însumează *patru submodalități*:

- evitarea stresorilor prin modul de organizare a existenței;
- formularea unor aspirații și așteptări rezonabile;
- corectarea comportamentelor care induc stresul;
- descoperirea tuturor resurselor personale de adaptare.

7. Învățarea unor modalități de autoreglare a tensiunilor psihice, în cadrul cărora relaxarea ocupă un loc central.

Tehnicile de relaxare pot ocupa un loc special în intervenția psihologică destinată persoanelor private de libertate care comit frecvent acte de autoagresiune sau automutilare, contribuind la reglarea răspunsurilor afective față de factorii stresori declanșatori ai comportamentelor nedezirabile.

8. Acțiuni de informare și educație pentru sănătate care îmbunătățesc cunoașterea solicitărilor și favorizează raportarea adecvată la ele.

În general, aceste acțiuni sunt destinate acelor evenimente stresante sau traumatizante care au efecte negative asupra persoanelor private de libertate, din cauza următoarelor caracteristici: imposibilitatea de a fi prevăzute, efectul de noutate, sentimentul lipsei de control, lipsa de normativitate a producerii. De asemenea, *străinii și refugiații* pot fi incluși în programe de informare cu privire la legislația românească, dar mai ales la normele informale ale unei camere de detenție, care ar contribui la o mai bună înțelegere a ceea ce se petrece în jurul lor, inclusiv la detensionarea emoțională.

9. Acțiuni sociale ce implică mobilizarea rețelei sociale a persoanei.

Aceste intervenții pot fi derulate împreună cu asistentul social și sunt destinate *persoanelor lipsite de suport social*, cu scopul de a diminua riscul de victimizare prin îmbunătățirea nivelului de trai, pe perioada privării de libertate și în cea post-detenție.

10. Propunerea unor măsuri administrative de cazare a persoanelor cu risc de victimizare în spații funcționale, în scopul protejării acestora. Aceste demersuri sunt realizate în baza prevederilor art. 7 alin. 5 și art. 80 alin. 1 din *Regulamentul de aplicare a Legii nr. 275/2006 privind executarea pedepselor și a măsurilor dispuse de organele judiciare în cursul procesului penal*, cu modificările și completările ulterioare, precizări suplimentare fiind transmise unităților penitenciare subordonate Administrației Naționale a Penitenciarelor și prin adresa DSDRP nr.74871/21.12.2010. În mod concret, psihologul poate propune conducerii unității, conform legii și, ținând cont și de dorința persoanei private de libertate, mutarea acesteia în spații special amenajate, în vederea extragerii acestuia din mediul care a cauzat riscul de victimizare. Propunem în continuare (Fig. 2) un model de document procedural care poate fi adaptat în funcție de problemele constatate.

1. Înregistrarea rezultatelor intervenției și urmărirea evoluției cazului.

În continuare, prezentăm un model de document pentru persoanele cazate în spații destinate protecției persoanelor private de libertate cu risc de victimizare.



Penitenciarul
Serviciul Asistență Psihosocială
Grad, nume și prenume:

INFORMARE

Către

Domnul Director

În data de, am fost solicitat pentru consiliere psihologică de către persoana privată de libertate M.G., născut în data de, fiul lui, arestat preventiv pentru Legea 143/ 2000 privind combaterea traficului și consumului de droguri, cazat în secția la camera În urma evaluării au reieșit următoarele aspecte:

persoana privată de libertate prezintă o puternică stare de tensiune psihică (neliniște, insomnie, anxietate, agitație psiho-motorie, scăderi semnificative în greutate) generată de presiunile colegilor de camera pentru a obține anumite beneficii.

există o dificultate de relaționare generată de apartenența culturală diferită amplificată de discriminările existente în Italia la adresa romilor, aceasta putând fi o cauză a atitudinii ostile a colegilor de camera față de cetățeanul italian.

tensiunea psihică în care se afla persoana privată de libertate prezintă riscul de decompensare prin acte autoagresive, deși în perioada de carantină observare persoana a declarat că nu a avut astfel de idei înainte de arestare.

necunoscând limba română, nu înțelege ce se întâmplă în jurul său și se cere, aceste aspecte contribuind la escaladarea tensiunilor.

Pentru confirmarea aspectelor semnalate de M.G. am discutat și cu colegul său de faptă și de cameră M.R. născut în data de, fiul lui, arestat preventiv pentru aceeași infracțiune. Acesta a prezentat aceleași probleme care duc la o incapacitate de adaptare și integrare într-un grup de deținuți de apartenență etnică diferită.

Pentru a evita situațiile conflictuale deschise cele două persoane private de libertate nu se angajează în activitățile comune, cum ar fi servitul mesei și plimbarea zilnică, adoptând o conduită de autoizolare.

Ca urmare a celor prezentate mai sus considerăm că cele două persoane private de libertate se încadrează în categoria persoanelor vulnerabile prevăzută de art. 80 alin. 1 din Regulamentul de aplicare a Legii 275/2006 care se referă la repartizarea categoriilor speciale de persoane private de libertate.

Propuneri:

- Separarea temporară a celor două persoane private de libertate M.G. și M.R. prin repartizarea lor într-o cameră cu un efectiv mic de persoane.

- Reevaluarea periodică a stării psihice și consilierea de specialitate în vederea unei adaptări corespunzătoare și a oportunității menținerii în categoria persoanelor vulnerabile.

Având în vedere cele menționate, rog dispuneți.

Data:

Semnătura:

III. Particularități

Fiecare categorie cu risc de victimizare prezintă particularități.

Aspecte comune tuturor categoriilor de persoane private de libertate cu risc de victimizare

- Identificarea persoanelor private de libertate cu risc de victimizare;
- anunțarea și implicarea personalului de supraveghere și a personalului medical.

Aspecte specifice fiecărei categorii de persoane private de libertate cu risc de victimizare

- Pentru comportamentul autoagresiv: identificarea factorilor declanșatori, evaluarea consecințelor comportamentale;
- Pentru victimele agresiunilor sexuale: evitarea stigmatizării.
- Pentru cei cu dizabilități fizice sau mentale: menținerea statusului funcțional, activități ocupaționale simple, repetitive.

- Pentru cei lipsiți de suport social: lucrul în echipă cu asistentul social, implicarea organizațiilor guvernamentale și neguvernamentale,
- Pentru cetățenii străini și cei refugiați: depășirea barierelor generate de diferențele culturale și de cele de comunicare (necunoașterea limbii române).

IV. Limite

- Stabilirea unui diagnostic diferențial corect constituie o limită. Stresul acut trebuie diferențiat de tulburările mentale datorate unei condiții medicale generale (de ex: traumatism cranian), de tulburarea indusă de o substanță (de ex: intoxicația cu alcool), de tulburarea psihotică scurtă, de episodul depresiv major și de exacerbarea unei tulburări mentale preexistente – chiar dacă ultimele trei survin după un stres extrem, încadrarea acestora și conduita (psiho)terapeutică se raportează la conținutul de bază al suferinței și nu la stres. Stresul posttraumatic trebuie diferențiat de tulburarea afectivă, de tulburarea anxioasă, de tulburarea psihotică scurtă, de tulburarea de conversie, de tulburarea depresivă majoră.
- Limitele de competență ale psihologului determină influențează opțiunea acestuia pentru un anumit tip de demers, mai mult sau mai puțin eficient pentru problematica persoanei private de libertate identificate cu risc de victimizare.
- Persoanele private de libertate înțeleg cu dificultate rolul activităților de asistență psihosocială.
- Specificul carceral (limitarea spațiului personal, despărțirea de familie, traiul în comun etc.) influențează obținerea rezultatelor expectate.
- Posibilitatea redusă sau imposibilitatea activării grupului de suport, al familiei, influențează obținerea rezultatelor expectate la persoanele private de libertate cu pedepse mari.
- Nivelul educațional redus limitează capacitatea de înțelegere.

V. Riscuri

- Sincope în demersul terapeutic cauzate de variabile specifice mediului penitenciar (transfer, regim de executare, instanțe etc.);
- Supra- sau subaprecierea intervenției psihologului;
- Pentru aprecierea corectă a stării de stres acut sau posttraumatic trebuie exclusă suspiciunea simulării, cu atât mai mult în situațiile în care, o asemenea condiție clinică, ar aduce diverse tipuri de beneficii sau decizii medico-legale favorabile.

STUDIU DE CAZ

Date personale

- *Persoana privată de libertate B.P.C. are 21 de ani, stare civilă – necăsătorit, fără copii, studii - 6 clase absolvite, fără calificare profesională, fără ocupație în momentul arestării, stagiul militar nesatisfăcut;*
- *Este condamnat la executarea unei pedepse privative de libertate de 9 luni pentru complicitate la furt. Nu figurează ca având antecedente penale în fișa de cazier judiciar.*

Mediul social de proveniență; antecedente comportamentale:

- *Subiectul provine dintr-o familie disfuncțională, numeroasă (are 9 frați), mediul familial fiind marcat de violență fizică și emoțională pe fond de consum de alcool;*

- Ca factor relevant al dezvoltării personalității deținutului, se impune de precizat faptul că, fiind cel mai mare dintre frați, fost obligat de către părinții săi să procure cele necesare traiului zilnic de la vârsta de 7 ani.

Istoricul cazului

- Pe perioada de carantină și observare, subiectului i s-a cerut să se prezinte la cabinetul psihologic în vederea realizării evaluării inițiale pentru întocmirea Planului de evaluare și intervenție educativă și terapeutică;
- Cu această ocazie, a fost observat un tatuaj pe antebrațul persoanei private de libertate cu numele unei persoane de sex feminin. Tatuajul nu era vindecat complet;
- Până în momentul observării tatuajului, subiectul a manifestat rezervă, capacitate redusă în a stabili contacte, dorință scăzută pentru relaționare interpersonală, comunicare dificilă, tensiune afectivă exprimată prin neliniște, tremurături, bâlbâială.
- I-au fost solicitate persoanei private de libertate detalii privind tatuajul;
- În intervalul așteptării răspunsului, subiectul a intrat într-o stare de puternică activare emoțională, fapt ce l-a determinat să facă dezvăluiri și să relateze faptul că fusese violat în camera de deținere. În același timp, manifesta tendința de a repeta relatarea faptelor, fapt care a fost încurajat de către psiholog în scopul obținerii unui efect cathartic benefic pentru subiect;
- Toate acestea au condus la inițierea unui raport de colaborare, care a fost ulterior dezvoltat și menținut într-o manieră activă pe tot parcursul ședințelor de consiliere.
- Primul pas al intervenției pentru situația de criză a fost informarea cabinetului medical despre situația existentă în vederea îndepărtării imediate a victimei de sursa traumei, cu scopul reducerii forței de acțiune a stresorului la dimensiuni rezonabile.

Pentru subiect, evenimentul traumatic era experimentat prin:

- reamintirea persistentă, intruzivă și deranjantă a traumei;
- rușine față de sentimentele de neajutorare și gol interior;
- teama (de altfel îndreptățită) că trauma se va repeta;
- frecvente coșmaruri nocturne;
- furie neputincioasă împotriva sursei traumei;
- sentimente de culpabilitate;
- simptome marcate de anxietate (răspuns de tresărire exagerat, neliniște motorie);
- sentimentul de viitor îngustat.

Ca strategii terapeutice în consiliere au fost utilizate:

- tehnici de debriefing - ca intervenție imediată, scurtă care constă în facilitarea exprimării sentimentelor și a emoțiilor, pentru a se obține descărcarea emoțională;
- restructurare cognitivă în vederea diminuării gândurilor dezadaptative legate de autoblamare, reducerii gândurilor de autoînvinovățire, deoarece se simțea vinovat de ceea ce i se întâmpla;
- tehnica stopării gândurilor;
- tehnica dialogului dirijat;
- scopul principal al acestei intervenții în situație de criză l-a constituit stabilizarea emoțională, cognitivă și comportamentală a subiectului;
- consilierea psihologică a parcurs 20 de ședințe, persoana privată de libertate fiind zilnic monitorizată, în vederea obținerii unor rezultate pozitive;
- obiectivele consilierii psihologice au fost realizate, în sensul că s-a obținut o diminuare a stărilor de anxietate, a sentimentelor de culpabilitate, reducerea intensității episoadelor de flashback recurente, dispariția coșmarurilor nocturne.

VI. Bibliografie

American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR*, Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, București, 2003.

Bonta, J., Andrews, D.A. (2007). Risk-Need- Responsivity model for offender assessment and rehabilitation, <http://www.publicsafety.gc.ca>.

Decsei-Radu A., Pripp C. (2010). *Program specific de asistență psihosocială pentru reducerea recidivei în abuzurile sexuale*, Editura Print & Graphic București.

Ionescu, G. *Psihiatrie clinică standardizată și codificată*, Editura Univers Enciclopedic, București, 2000.

- Lazarus, R.S. *Psychological stress and the coping process*, 1966, New York: McGraw-Hill.
- Lievore, D. (2004). *Recidivism of sexual assault offenders: Rates, risk factors and treatment efficacy*. Canberra: Australian Institute of Criminology, [www. aic.gov.au](http://www.aic.gov.au).
- McGrath, R.J., Cumming, G., Livingstron, J.A., Hoke, S.E. (2003). Outcome of a treatment program for adult sex offenders from prison to comunitiy, *Journal of Interpersonal Violence*, 18(1), 2-17.
- Miclea, M., *Stres si apărare psihică*, Edtura Presa Universitară Clujană, 1997.
- National Institute of Corrections, U.S. Department of Justice, Crime and Justice Institute (2004), *Implementing evidence-based practice in community corrections: the principles of effective interventios*.
- Taxman, F.S., Shepardson, E.S., Byrne, I.M (2007). *Tools of the trade- a guide to incorporatig science into practice*, National Institute of Corrections, U.S. Department of Justice, Maryland Department of Public Safety and Correctional Services.
- Walters, S.T., Clark, M.D., Gingerichm R., Meltzer, M.L. (2007). *Motivating offenders to change- A Guide for Probation and Parole*, U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections.
- Ward, T., Stewart, C.A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353-360.
- Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*, New- York: Basic Books.
- Yalom, V.J. (1998). Group psychotherapy: An Interpersonal Approach, în Koocher, G.P., Norcross, J.N., Hill III, S.S. (1998). *Psychologist's Desk Reference*, Oxford University Press, New- York, 353-358.

TITLUL IV

INTERVENȚIA PSIHOLOGICĂ ÎN SITUAȚII DE CRIZĂ



SECVENȚA 21

SITUAȚIILE DE CRIZĂ - DEBREFINGUL PSIHOLOGIC

Bogdan Moisuc, Oana Sorescu, Loredana Corduneanu

I. Considerații teoretice

Situațiile de criză reprezintă o perioadă, în dinamica unui sistem sau a unui individ, caracterizată prin acumularea accentuată a presiunilor interne sau externe la care este supusă organizația/persoana, a dificultăților, izbucnirea conflictuală a tensiunilor, fapt care face dificilă funcționarea sa normală, declanșându-se puternice presiuni spre schimbare. Criza este în sine o situație neașteptată, care amenință capacitatea organizației de a-și continua în mod normal activitatea și pune în discuție responsabilitatea acesteia față de: personal, persoanele custodiate, întreaga comunitate.

O unitate penitenciară se poate confrunta cu o situație criză, care, pe lângă consecințele negative produse asupra funcționării și a imaginii, este în măsură să „verifice” rapiditatea, organizarea și eficiența reacției instituționale. Astfel, o criză gestionată inadecvat are repercusiuni asupra organizației, direct, prin incapacitatea de adevărată funcționare instituțională la parametri contextuali și, indirect, prin diminuarea încrederii comunității în rolul social al instituției, acela de a menține gradul de siguranță a societății civile.

Cele mai grave situații de criză (incidente critice) sunt luarea de ostatici și revolta persoanelor custodiate.

Situațiile de criză au următoarele caracteristici:

- **consecințe potențiale foarte grave;**

- evoluție în timp, uneori foarte rapidă;
- consecințele măsurilor luate sunt complexe și imprevizibile;
- se pot desfășura pe perioade lungi de timp;
- poate cauza răni sau chiar pierderi de vieți;
- poate produce pierderi materiale;
- afectează imaginea instituției;

Gestionarea situațiilor de criză reprezintă o misiune extrem de dificilă și implică o eșalonare a etapelor în timp, începând cu dezvoltarea capacității de prevenție la nivelul sistemului, de prevedere a crizelor în penitenciar, realizarea cu anticipare a unor scenarii pentru fiecare situație prevăzută, precum și un răspuns prompt la apariția acesteia.

II. Demersuri

A. Luarea de ostatici și revoltele persoanelor custodiate

Indiferent de forma pe care o ia situația de criză, luarea de ostatici sau revolta, oricare dintre aceste evenimente necesită o bună cooperare și derularea unui complex de activități. Planurile de acțiune în caz de urgență trebuie să se axeze pe cooperarea forțelor de intervenție și trebuie să includă personal și mijloace pentru negocieri.

Pe toată durata planificării operațiunilor speciale trebuie alcătuită o echipă de management al situației de criză, formată din *echipa de comandă*, *echipa de negociere* (condusă de un negociator șef) și *echipa de intervenție*.

Rolul psihologului în situații de criză este de a realiza evaluări de specialitate referitoare la personalitatea autorului și/sau a ostaticului incidentului, precum și de a oferi suport psihologic membrilor echipei de negociere.

Obiective

- Analiza, interpretarea și coroborarea informațiilor necesare pentru realizarea profilului psihologic al autorului incidentului și/sau a ostaticului;
- Stabilirea elementelor semnificative care pot ajuta echipa pe parcursul negocierii;
- Evaluarea și monitorizarea membrilor echipei de negociere pentru asigurarea unui nivel optim de funcționare;
- Formularea de sugestii, membrilor echipei, în cursul negocierii directe cu autorul (în funcție de particularitățile psihologice ale acestuia).

Metodologie

- Culegerea datelor relevante despre autor din dosarul de educație și asistență psihosocială, despre gradul de implicare în activități;
- Obținerea altor informații relevante de la persoanele care cunosc autorul/autorii (date medicale, socio-familiale, relaționare, elemente de noutate survenite în decursul pedepsei, nemulțumiri).
- Întocmirea profilului autorului ținând cont de datele cunoscute (antecedente psihiatrice etc.);
- Oferirea de interpretări ale răspunsurilor date de autorii incidentului și sugerarea liniilor de negociere care ar putea fi dezvoltate;

- Culegerea datelor despre ostatic (antecedente medicale, familiale, despre relaționarea cu persoanele private de libertate, etc.).

Intervenția

Psihologul acționează pe două paliere, cu privire la modul de acțiune al persoanei care a declanșat situația de criză și, respectiv, la asigurarea bunei funcționări a echipei.

1. Acțiunea la nivelul autorului de incident/ostaticului

La acest nivel, intervenția psihologului constă în:

- oferirea de informații relevante echipei cu privire la personalitatea autorului (ostaticului);
- evaluarea dinamicii comportamentului autorilor pe durata incidentului;
- oferirea informațiilor despre posibilitatea apariției anumitor efecte (comportamentul autorului) în funcție de strategia de negociere;
- interpretarea răspunsurilor/reacțiilor comportamentale ale autorului;
- evaluarea membrilor echipei care negociază direct cu autorul (asupra interpretării evenimentelor din perspectiva negociatorului);
- reducerea tensiuni acumulate prin asigurarea unei interpretări atente a evenimentelor în timpul negocierii;
- înregistrarea și interpretarea variabilelor psihosociale ale autorului (ostaticului), atunci când este posibil.

2. Acțiunea la nivelul echipei

La acest nivel, intervenția psihologului constă în:

- stabilirea regulilor de observare a membrilor echipei;
- evaluarea membrilor echipei după negocierea directă cu autorul (asupra funcționării cognitive și emoționale);
- oferirea de suport psihologic pentru buna menținere a rezistenței oricărui membru al echipei;
- formulează propuneri de retragere a membrilor echipei, în momentul constatării epuizării acestora (fizică, emoțională);
- monitorizează nivelul de coeziune a echipei și eficiența muncii în echipă.

Limite

- Situațiile în care rezolvarea crizei nu se poate face decât pe calea intervenției directe (*de ex.*: decizia de a interveni în forță, este o soluție de limită, ce nu poate fi luată decât în urma analizei situației efectuate de coordonatorul echipei, în orice caz, negociatorii trebuie să încerce a-i contacta pe autorii evenimentului, urmărind să le distragă atenția de la manevrele tactice ale echipei de intervenție);
- Negocierile sunt considerate nereușite dacă se înregistrează victime după declanșarea procesului de negociere;
- Necunoașterea autorului ori a numărului de autori sau/și de ostatici.
- Înscenarea folosirii unor ostatici din rândul persoanelor private de libertate;
- În situațiile în care există victime, negociatorii și responsabili tactici, pot avea sentimente de vinovăție (*de ex.*: coordonatorul operațiunii, șefii echipelor de intervenție trebuie să aibă în vedere sprijinul moral și psihologic pentru depășirea unor astfel de situații).

B. Stresul posttraumatic

Stresul posttraumatic este un fenomen psihic determinat de incidente ale căror caracteristici principale sunt:

- expunerea directă (uneori indirectă, prin evocare) la evenimente cu caracter neobișnuit, cu apariție bruscă;
- pierderea sau diminuarea controlului situației;
- consecințe traumatizante în plan fizic și/sau emoțional.

Semnificația unui astfel de eveniment nu se limitează la reacții în plan psihic, comportamental, ci se extinde asupra echilibrului fiziologic, prezentând totodată consecințe asupra performanței profesionale și adaptării generale.

Incidentele traumatice nu implică în mod obligatoriu evenimente spectaculoase, cu urmări dramatice. Pot fi situații care nu generează rezultate negative, dar șirul evenimentelor poate determina stări de stres. De asemenea, se poate ca simpla confruntare cu un pericol iminent să poată genera o traumă.

Exemple de evenimente care pot genera stres posttraumatic victimelor - persoanele custodiate sau personalul: lupta armată, atacul personal violent (atac sexual, corporal, prădare), luarea de ostatici, atacul terorist, tortura, amenințarea cu moartea, diagnosticarea cu o maladie care amenință viața.

Orice persoană, indiferent de profesie, poate dezvolta reacții de stres posttraumatic, deoarece acestea constituie un răspuns firesc la o situație anormală, reprezentând mecanismul de apărare, prin care organismul răspunde unei agresiuni fizice sau psihice.

Prezentăm cele mai semnificative simptome ale stresului posttraumatic:

- revenirea persistentă în memorie a aspectelor legate de eveniment (acestea pot fi reamintite de mirosuri, sunete, imagini, gânduri, trăiri afective);
- tulburări de somn, coșmaruri, vise repetitive;
- lipsa poftei de mâncare, modificări ale obiceiurilor (nevoie mai mare de tutun, alcool etc.);
- greutate în a-și aminti unele aspecte legate de incidentul traumatic;
- tensiune psihică, nervozitate, iritabilitate, agitație, dificultăți de concentrare;
- scăderea interesului pentru activitățile zilnice – deprimare, izolare socială, sentiment de vulnerabilitate, de neajutorare, de vinovăție, de frică, tristețe, anxietate, precum și capacitate redusă de a simți emoțiile pozitive;
- dificultăți de concentrare în sarcini de rutină, scăderea performanțelor profesionale;
- efort de evitare a gândurilor, sentimentelor, conversațiilor, persoanelor, activităților sau situațiilor asociate cu evenimentul traumatic;
- griji nefondate referitoare la posibile amenințări emoționale și fizice;
- sentimentul de viitor îngustat.

De cele mai multe ori, se asociază și simptome fizice: transpirație abundentă, bătăi puternice ale inimii, tahicardie, senzație de asfixiere, greață, dureri de cap, dureri abdominale etc.

C. Tehnica de debriefing

După anul 1990, s-a recurs din ce în ce mai mult la tehnica de debriefing, utilizată în sistemele de apărare, după finalizarea misiunilor.

Tehnica ce a fost catalogată drept „soluția miraculoasă de restabilire, refacere rapidă a echilibrului psihic”, în special la categoriile de personal militar care se confruntă cu

situații de risc crescut (forțe de intervenție specială și de ordine publică, pompieri, piloți, forțe contra/antiteroriste, forțe de intervenție la dezastre etc.).

Mitchell definea în 1993 debriefingul ca pe o tehnică de management al stresului datorat incidentelor critice, pentru refacerea psihică rapidă și îmbunătățirea coeziunii unității, constituind, în același timp, baza pentru buna funcționare și menținere la parametri optimi a activităților psihice umane.

Tehnica de debriefing este văzută și ca un proces de curățare a unei răni emoționale, înainte de a începe procesul propriu-zis de vindecare. Ca și în chirurgie, proceduri neadecvate aplicate unui pacient cu o rană deschisă pot produce infecții. La fel se întâmplă și cu rănilor emoționale: netratate adecvat, se pot redeschide ori de câte ori persoana se va afla în situații stresante.

Scopul debriefingului:

- restabili rapid și de a îmbunătăți coeziunea echipei și a eficienței acțiunilor sale;
- reduce stresul fizic și emoțional;
- preveni stresul și exploziile emoționale, persoana devenind mai puternică în fața dificultăților.

Funcțiile debriefingului:

- Reconstituirea, relatarea cronologică a evenimentelor într-un cadru securizat, pentru înțelegerea clară a ceea ce s-a întâmplat de fapt;
- Clarificarea percepțiilor greșite și a eventualelor acțiuni, întâmplări percepute eronat;
- Identificarea, împărtășirea și validarea emoțiilor trăite în timpul și de la momentul producerii evenimentului;
- Reducerea simptomelor stresului care apar în mod normal în astfel de situații.
- Pregătirea oricărui participant la astfel de acțiuni pentru recunoașterea și rezolvarea pozitivă a simptomelor stresului;
- Îmbunătățirea abilităților indivizilor de a se ajuta pe ei înșiși și pe colegii lor.
- Îmbunătățirea comunicării între lider și subordonați, precum și creșterea coeziunii echipelor/grupurilor;
- Pregătirea grupului pentru a face față oricărei încercări.

Participanți:

- cei implicați în eveniment;
- directorul unității, în cazul în care a fost prezent la eveniment;
- trebuie să includă o persoană de suport și de încredere cum ar fi, de exemplu, psihologul (pentru coordonarea întregii intervenții), medicul, preotul, chiar dacă aceasta persoană nu a fost prezentă la eveniment;
- nu este permis accesul mass-mediei sau al altor persoane din afară;
- sesiunea de debriefing este condusă de coordonator într-un mod cât mai deschis și relaxat; acesta trebuie să încurajeze pe fiecare să vorbească liber, chiar și pe cel mai tânăr sau mai puțin experimentat.

Când se utilizează tehnicile de debriefing:

- Cel mai indicat ar fi să se realizeze în intervalul cuprins între 24 și 72 de ore de la producerea evenimentului cu grad ridicat de stres;
- Se realizează după ce toate persoanele au reușit să se odihnească;
- Durata va fi de 1 - 3 ore;

- Se desfășoară într-un loc liniștit, cu lumina suficientă, pentru a putea fi văzut fiecare participant.

Desfășurarea debriefingului

- Toți cei implicați vor fi tratați în mod egal, în cadrul acestei proceduri;
- Oricine poate compătimi și da un sfat celui care povestește participarea sa la momentul de criză;
- Nimănui nu i se cere imperios să vorbească, dar cu toții sunt încurajați să o facă;
- Fiecare vorbește doar pentru sine, nu și pentru alții.

1) Grupul reconstituie toată acțiunea

- Evenimentele vor fi reconstituite în detaliu și în ordine cronologică, pentru a putea fi analizate din toate perspectivele și pentru a putea fi puse cap la cap toate observațiile celor prezenți la sesiunea de debriefing;
- Primei persoane implicate i se va cere să explice care era rolul ei acolo, ce a văzut, a auzit, a mirosit, a atins și ce a făcut pas cu pas;
- În același fel, vor relata și celelalte persoane implicate. Când apar dezacorduri despre cele întâmplate, văzute, apreciate sau percepute, specialistul coordonator trebuie să rezolve diferendele și să faciliteze ajungerea la un consens, astfel încât, la final, fiecare participant să rămână cu cea mai realistă imagine despre ceea ce s-a întâmplat.

2) Grupul împărtășește aceleași sentimente și emoții

- Când anumite emoții sunt exprimate prea puternic, fie prin cuvinte sau idei, fie prin lacrimi, tonul vocii, expresia facială sau posturală, specialistul și ceilalți participanți la sesiunea de debriefing trebuie să le aprobe în mod diplomatic și chiar să se alăture dacă simt același lucru;
- Specialistul trebuie să insiste ca întâlnirea să aibă același scop, și anume: să permită exprimarea și împărtășirea emoțiilor tuturor. Aceste emoții pot avea diverse teme: furia că ceilalți nu au fost de ajutor; sentimentul că trebuie schimbat, din partea celui mai afectat dintre toți; sentimentul de vinovăție în cazul în care există pierderi sau eșecuri, că persoanele care au supraviețuit nu au făcut mai mult ori au intervenit eronat, nu s-au accidentat sau nu au murit; autoblamarea sau blamarea altora pentru lucruri care nu depindeau propriu-zis de cineva și nu puteau fi controlate;
- Vorbind toți despre aceleași lucruri și sentimente are loc o validare, o constatare a normalității acestor simțăminte (de ex.: „și ceilalți gândesc ca mine și au aceleași sentimente secrete”);
- Chestionarea judicioasă privind faptele, asigură pentru viitor perspectiva unei responsabilități individuale realiste și a libertății de acțiune corespunzătoare misiunii;
- Colegii îl pot împărtăși și ajuta pe cel care este afectat de pierderea celui mai apropiat dintre colegi. Vorbind despre toate acestea, are loc o ameliorare a durerii, creșterea coeziunii și rededicarea pentru viitoarele misiuni.

Psihologul are obligația:

- să prevină abuzurile verbale;
- să prevină tentativele grupului de a găsi „țapi ispășitori”;

- să se asigure că stresul și greșelile de înțelegere nu au fost ignorate sau, mai rău, că acestea urmează să-i afecteze pe participanți.

3) Participanții vorbesc despre simptomele stresului accentuat

- Specialistul încurajează toți participanții să spună cum a reacționat organismul fiecăruia din punct de vedere fizic, înainte și în timpul evenimentului;
- Grupul constată că un alt coleg prezintă aceleași simptome fizice și psihice;
- Simptomele comune sunt: problemele gastro-intestinale, urinare frecventă, gol în stomac, tahipnee, palpitații, dureri musculare, dureri de ceafă și de cap, frisoane, tresăriri, tremurături. Mai pot apărea: insomnii, coșmaruri, amintiri obsedante, dificultăți de concentrare a atenției, iritabilitate, reamintire dificilă a detaliilor;
- Pentru toate simptomele menționate, specialistul va accentua faptul că acestea sunt reacții normale la condițiile excepționale prin care au trecut și că, unele pot dura mai mult timp, dar se vor rezolva normal, de la sine.

MODEL DE SESIUNE

Introducerea cuprinde:

- reguli referitoare la confidențialitate;
- reguli referitoare la desfășurarea întâlnirii (de ex.: vorbiți doar despre experiențele personale, nu se ține cont de statutul pe care îl aveți în instituție, în această încăpere avem acces numai noi, închideți telefoanele, nu este o anchetă sau o analiză operativă a incidentului, puteți pune întrebări, ori de câte ori simțiți nevoia);
- prezentarea scopului;
- prezentarea modului de desfășurare a întâlnirii.

Prezentarea evenimentului presupune:

- relatarea, de către fiecare persoană, a evenimentului și a ceea ce a urmat după acesta, propria perspectivă („Ce s-a întâmplat?” „Ce ați văzut/auzit/ simțit/mirosit?” „Ce ați făcut?”).

Prezentarea gândurilor:

- trecerea în revistă a gândurilor din momentul evenimentului și după eveniment.

Prezentarea reacțiilor din timpul evenimentului și după finalizarea acestuia

Prezentarea simptomelor și examinarea/explicarea acestora:

- atât din punct de vedere fiziologic, cât și psihologic.

Oferirea de informații/învățare:

- se prezintă principalele simptome ale stresului;
- strategii de a face față acestuia;
- se subliniază faptul că reacțiile prezentate sunt reacții biologice, firești, ale organismului la situații neobișnuite, percepute ca fiind foarte stresante.

Concluzii

- rezumarea evenimentului, răspunsuri la întrebări, stabilirea unui plan de intervenție, dacă este cazul. Uneori, sesiunile de debriefing se înregistrează, pentru a nu fi pierdute informațiile. Ulterior, aceste vor fi transcrise și analizate. Indiferent dacă sunt înregistrate sau nu, facilitatorii realizează un raport (analiză, concluzii, recomandări) al sesiunii de debriefing.

III. Bibliografie

Critical Incident Stress Debriefings (CISD) for police, fire, emergency medical and disaster relief organizations, developed by J.T.

Manualul de proceduri utilizat de negociatori în gestionarea incidentelor critice, PHARE RO 2006/018-147.01.04.07.01.

Manual pentru gestionarea incidentelor critice, PHARE RO 2006/018-147.01.04.07.01.

SECVENȚA 22

CONDUITA DE URMAT ÎN CAZUL ALTOR EVENIMENTE NEGATIVE

Bogdan Moisuc, Oana Sorescu, Loredana Corduneanu



I. Agresiuni asupra altor persoane private de libertate/asupra personalului

Agresivitatea în penitenciar este condiționată de acumularea unor tensiuni în interiorul unui grup de persoane private de libertate, având printre cele mai frecvente motive tensiunile inerente vieții carcerale, reglările de conturi, lupta pentru putere, neînțelegerile cu personalul, abandonarea de către familie.

La acestea se adăugă cele care derivă din suprapopularea spațiilor, inactivitatea prelungită, greutatea de contactare a factorilor de decizie, teama sau dorința de a fi transferat în altă unitate, tulburări psihice sau inadaptări marcante la mediul penitenciar, particularitățile relațiilor umane din penitenciar, aprecierea subiectivă de către unele persoane private de libertate a pedepselor date de instanțe, calitatea și cantitatea unor activități educative. Toate acestea pot conduce la acte de violență îndreptate asupra unor persoane (colegi de detenție, membrii ai personalului), asupra bunurilor aflate la îndemână sau asupra propriei persoane. Deseori se întâlnesc forme degrozate de violență – amenințări, calomnii, interdicții, umilirea. Dar cea mai de temut este agresiunea nemotivată, absurdă, imprevizibilă care denotă absența oricărei considerații pentru om și folosirea fără limite a forței.

Demersul intervențiilor psihologice la persoanele private de libertate ce comit acte de agresiune față de alte persoane private de libertate și față de personal, are ca principal scop, ameliorarea comportamentelor agresive și prevenirea violenței prin reobținerea unui nivel de autocontrol, care să permită reorientarea impulsurilor agresive, modificarea deprinderilor de rezolvare de probleme și valorificarea potențialului propriu de autoajutor (a se vedea Secvența 18 – Derularea intervențiilor psihologice cu persoanele cu conduită agresivă).

Totodată, demersul intervenției psihologice se referă la *victimele agresorilor* și au ca scop revenirea la starea de normalitate (înainte de a fi victima unei agresiuni).

Comportamentele de „coping” includ toate strategiile utilizate de subiect pentru a face față traumei. Comportamentele de coping se pot transforma în abilități (succes

profesional, dezvoltarea simțului umorului, etc.) sau pot avea un caracter autodistructiv (consum de droguri/alcool, mâncatul excesiv).

Mecanisme de coping

1. *Minimalizarea* - ceea ce i s-a întâmplat nu este chiar atât de rău sau că același lucru li s-a întâmplat și altora.
2. *Raționalizarea* implică descoperirea unor scuze comportamentului agresorului; totodată impune și o modalitate de a-l ierta pe agresor, în loc să lase furia să se descarce.
3. *Negarea* – presupune ignorarea psihotraumei suferite, care include inclusiv refuzul de a vorbi cu cineva despre ce s-a întâmplat.
4. *Uitarea* – își amintește fapta, dar uită stările pe care le-a trăit în acel moment.
5. *Disocierea* – posibilitatea de a realiza o separare în plan psihic între diversele particularități ale personalității ale agresorului.
6. *Nevoia de control* – dezvoltarea unei nevoi exagerate de a controla lucrurile și situațiile, devenind perfecționiști sau psihastenici, cu ritualuri și rutine zilnice (are ca dezavantaj reducerea flexibilității comportamentale, subiectul având dificultăți în realizarea de compromisuri sau negocieri).
7. *Distragerea* – capacitatea de a distragere a atenției care le permite să se detașeze de durere, dar în același timp îi și împiedică să se bucure de viață în general și de aspectele agreabile.
8. *Simțul umorului* – îl ajută pe subiect să traverseze perioadele dificile din viață (făcându-i pe ceilalți să râdă te ajută să menții o anumită distanță față de ei și atâta cât timp râzi, nu trebuie să plângi).
9. *Hipervigilența* – dezvoltarea unui spirit de observație deosebit care ajută la detectarea rapidă a primejdiei și anticiparea reacțiilor celor din jur.
10. *Evitarea realității* – refugierea în lectură, vizionarea compulsivă a unor emisiuni TV sau reverie diurnă cu conținut de răzbunare, revanșă sau legate de ideea că a murit și ceilalți regretă.
11. *Producerea și controlarea situației de criză* – menținerea controlului asupra situației provocând haos și dezordine; declanșând un comportament necontrolat îi obligă pe ceilalți să țină seama de acest lucru și să-și adapteze propriul comportament pentru a reacționa la comportamentele haotice. Subiecții aparținând acestei categorii se simt în elementul lor în situații de criză.

Efectele negative ale unui eveniment traumatic pot fi următoarele: boli psihice majore, comportamente de automutilare (durerea fizică îi abate atenția subiectului de la durerea psihică), tentativa de suicid, abuzul de droguri/alcool, tulburări ale conduitei alimentare, minciuna, furtul, căutarea certitudinii, refugierea în religie etc.

În cadrul intervenției, este important ca subiectul să-și identifice mecanismele care l-au ajutat să facă situației, să renunțe la actele autodestructive.

Obiective

- Modificarea imaginii de sine, prin învățarea victimei agresiunii să se autoaprecieze și să se autovalorizeze;
- Conștientizarea trăirilor afective, reintrarea persoanei custodiate în contact cu propriile stări afective (acceptarea emoțiilor și a sentimentelor fără a le evalua sau judeca);
- Terapia atacurilor de panică, prin practicarea relaxării, a exercițiilor fizice, regim alimentar fără substanțe stimulente (mai ales cafea), deprinderea

- subiectului de a-și exprima deschis unele stări afective negative (ostilitate, tristețe), modificarea gândurilor și a atitudinilor disfuncționale negative;
- Conștientizarea senzorială;
 - Reconstruirea unor relații interpersonale bazate pe încredere, respect reciproc și afecțiune.

Tehnici

Consilierea poate fi centrată pe potențialul uman, pe resursele disponibile ale victimei sau agresorului. În consiliere, trebuie să avem în vedere respectarea dreptului victimei sau a agresorului la autodeterminare (capacitatea acestuia de a alege soluția optimă pentru rezolvarea problemelor sale). Recomandăm ca psihologul să ajute persoana custodiată să-și folosească și să-și dezvolte capacitățile necesare soluționării problemelor.

Consilierea se bazează pe abilități de comunicare și relaționare și reprezintă un aspect important al prevenirii și promovării sănătății psihice și morale, ajutându-l pe beneficiar să-și amelioreze bunăstarea personală. Consilierea își propune să atingă următoarele scopuri:

- să încurajeze victimele/agresorii să reflecteze și să conștientizeze asupra problemelor cu care se confruntă, să înțeleagă cauza, originea acestor probleme;
- odată conștientizată problema, se are în vedere trecerea la acțiunea de schimbare a comportamentului său în vederea depășirii, rezolvării situației problematice;
- actul de consiliere este condus de către specialist, însă decizia asupra schimbării personale aparține întotdeauna victimei/agresorului;
- orientarea lui către instituțiile competente, în cazul identificării unor probleme specifice, respectiv către instituții medicale de psihiatrie, cu secții de dezalcoolizare/dezintoxicare.

În activitatea de consiliere a victimelor, ascultarea activă și comunicarea nonverbală reprezintă abilități esențiale. Ascultarea activă implică necesitatea comunicării în două sensuri: psihologul are informații care pot ajuta victima, dar pentru aceasta, psihologul trebuie deja să știe ce informații are deja persoana custodiată cu privire la istoria medicală, socială, educație, grad de cultură, credințe și atitudini, valori, trăiri emoționale. Unele persoane întâmpină dificultăți în a se exprima, de aceea, ascultarea activă are un rol încurajator, esențial în această situație.

Există anumite strategii pentru ascultarea activă a victimelor violenței: se asigură un spațiu confortabil, securizant, psihologul trebuie să accepte persoana custodiată și să o trateze ca pe o individualitate. Psihologul va asculta ceea ce spune victima cu preocupare și va fi atent la felul în care aceasta descrie, vorbește despre propria sa situație, va da atenție tonului vocii, expresiei faciale, modului în care își alege cuvintele. O altă strategie este aceea de a menține un contact vizual fără a deranja, va încerca să se simtă empatic cu subiectul.

Intervenții în situații de criză

Criza se referă la situațiile inopinate cu care se poate confrunta o persoană la un moment dat, situație în care persoana întâmpină unul sau mai multe obstacole ce nu pot fi depășite cu resursele pe care le are atunci la dispoziție. Considerăm că, în prima oră de la producerea unui eveniment negativ major, cel puțin 25% din persoanele implicate vor fi speriate sau apatice; intervenția psihologică în aceste situații poate fi extrem de utilă prin implementarea rapidă de proceduri de rezolvare de probleme, antrenament asertiv sau inoculare/reducere a stresului.

Strategiile de intervenție asupra victimelor

- Persoana custodiată este solicitată să se exprime (eventual în scris) și să exprime modul în care este afectat de situația psihotraumatizantă („În ce mod agresiunea v-a prejudiciat stările afective, sentimentul valorii personale, relațiile interpersonale?”);
- Persoanei custodiate i se cere să conștientizeze ce abilități (capacități) și-a dezvoltat în urma agresiunii suferite și care au ajutat-o să meargă mai departe (perseverență, flexibilitate, autosuficiență);
- Aprecieră pozitivă a modului în care subiectul a făcut față momentului postagresiune.

Tehnici de exprimare a ostilității de către victimă

- Jocul de rol (jocuri de exprimare a ostilității subiectului față de agresor);
- Relatare verbală a agresiunii suferite;
- Ritualuri de revanșă mentală: lovirea unei perne, spargerea de farfurii, să distrugă o fotografie a agresorului;
- Tehnica imaginației dirijate: subiectul aflat într-o stare de relaxare ușoară va fi ghidat să-și imagineze că ripostează la atacurile agresorului;
- Să urmeze un program intens de educație fizică și sport;
- Să se angajeze în activități sociale în vederea ajutorării unor grupuri defavorizate;
- Utilizarea unei tehnici de modificare a reprezentărilor vizuale.

Metode

- Identificarea persoanelor private de libertate victime ale agresiunii în perioada detenției;
- Consemnarea în planul de evaluare și intervenție psihosocială a nevoii de a beneficia de sprijin în vederea diminuării tendințelor dezadaptative;
- Obținerea consimțământului informat pentru realizarea intervențiilor psihologice cu persoanele custodiate cu manifestări dezadaptative, ca urmare a agresiunii;
- Întocmirea tabelor nominale cu persoanele private de libertate care urmează să beneficieze de consiliere psihologică individuală, de grup, psihoterapie și avizarea acestora de către șeful serviciului de asistență psihosocială, respectiv de către directorul adjunct siguranța deținerii și regim penitenciar, directorul adjunct educație și asistență psihosocială și aprobarea de către directorul penitenciarului – în cazul tabelor nominale pentru programele de grup;
- Derularea demersurilor individuale, în grup sau de grup, axate pe autocunoaștere, stimularea comunicării, dezvoltarea asertivității, empatiei, creșterea capacității de autocontrol etc.;
- Desfășurarea de consiliere psihologică individuală, în grup sau de grup.
- Activități individuale specifice de psihoterapie;
- Programe specifice de asistență psihosocială de grup destinate persoanelor cu conduită agresivă.

Particularități

- În cazul personalului de penitenciar agresat de către persoane private de libertate este necesară intervenția psihologului care lucrează în sectorul resurse umane;
- Supraaglomerarea e un factor care contribuie la creșterea agresivității;

- Mediul penitenciar, prin atitudinile și manifestările celor care îl populează, este, el însuși, purtător și generator de agresivitate;
- În mediul penitenciar, informal, agresivitatea este valorizată, fapt care influențează negativ motivația pentru schimbare a persoanelor private de libertate;
- Deseori, schimbările survenite în cadrul intervenției psihologice sunt contracarate de efectele negative ale grupului informal de persoane private de libertate.

Riscuri

- Existența unor încercări de răzbunare din partea personalului penitenciarului, în situația în care victimă a agresiunii este un angajat al penitenciarului, în această situație se impune transferarea persoanei private de libertate în altă unitate de detenție;
- Distrugerii ale obiectelor;
- Tulburarea programului zilnic;
- Nerezolvarea la timp a conflictelor;
- Identificarea persoanelor private de libertate cu eticheta de agresori;
- Retragerea, riscul de drop-out, din cadrul intervențiilor psihologice individuale sau de grup;
- Controlul redus asupra contextului în care evoluează persoanele private de libertate – *de ex.:* climatul din interiorul camerei de deținere care poate influența negativ anumite segmente și poate crește riscul reapariției unei probleme sau a manifestărilor dezadaptative de comportament.

II. Evadarea/părăsirea locului de muncă

Evadarea reprezintă un eveniment negativ cu consecințe atât asupra persoanei private de libertate care a evadat, cât și asupra personalului care răspunde de paza și supravegherea acesteia.

Principalele motive care stau la baza evadării persoanelor private de libertate sunt: sentimente de disperare, provocate de către celelalte persoane private de libertate (umilire, supunere repetată la violențe fizice, acumularea de datorii către alte persoane private de libertate și imposibilitatea returnării acestora), dorința de libertate asociată cu pedeapsa mare, mai ales la persoanele tinere, cauze socio-familiale asociate uneori cu gânduri de răzbunare (decesul unui membru al familiei, certuri între rude) etc.

Conduita de urmat, în cazul unei evadări trebuie să pornească de la identificarea motivelor care au dus la producerea evenimentului. Scopul demersului fiind și de a asigura asistența psihologică, în vederea preîntâmpinării unor eventuale conduite dezadaptative la persoanele private de libertate (după reîntoarcerea în detenție), ca urmare a conștientizării consecințelor comportamentului produs (evaluarea riscului de suicid, a vulnerabilității etc.).

Obiective

- Asigurarea securității fizice și psihice;
- Asigurarea confortului psihologic;
- Scăderea riscurilor și a factorilor de stres;
- Dezvoltarea abilităților de a face față problemelor;

- Identificarea unor strategii alternative care să ajute persoana să facă față problemelor.

Etape de intervenție

- Realizarea relației terapeutice;
- Evaluarea în vederea identificării situațiilor de risc (risc de autoagresiune, suicid, vulnerabilități);
- Angajarea persoanei private de libertate în identificarea/evaluarea/mobilizarea resurselor pentru a face față situației pe care o traversează;
- Alcătuirea unui plan de acțiune pentru ameliorarea/rezolvarea problematicilor – pe baza unui acord comun; evaluarea motivației persoanei private de libertate în a duce la îndeplinire planul stabilit;
- Direcționarea persoanei private de libertate în a duce la îndeplinire planul stabilit.

Riscuri

- Persoanele care au a evadat/părăsit locul de muncă sunt supuse unei presiuni psihice mari, atât din partea altor colegi de detenție, cât și din partea personalului penitenciarului, datorită consecințelor evenimentului negativ (măsuri sporite de siguranță, sancțiuni disciplinare).

III. Refuzul de hrană

Justificare

De-a lungul istoriei, refuzul de hrană a devenit un potențial instrument de luptă – greva foamei. Aceasta este posibilă doar în anumite condiții, fără de care există riscul îmbolnăvirii, slăbirii imunității, ceea ce determină o expunere la manipulare, devenind astfel contra-productivă.

În general, refuzul de hrană este privit ca o manifestare a șantajului. Perioada în care un individ se află în refuz de hrană este foarte dificilă, atât din punct de vedere fizic, cât și emoțional.

Următoarele categorii stau la baza refuzului de hrană în rândul persoanelor private de libertate:

a. frustrare sau protest

- pentru a atrage atenția asupra neregulilor de organizare sau de altă natură;
- moartea nu reprezintă un obiectiv;
- există speranța că cererile se vor rezolva.

b. instrument de negociere/șantaj

- se poate ajunge la compromis, dacă primesc o „ofertă rezonabilă”;
- dacă nu este făcută nici o ofertă, refuzul de hrană ar putea fi abandonat.

c. atragerea atenției

- comportament manifestat la furie;
- este de obicei de scurtă durată;
- nu sunt stabilite condițiile în care acest protest ia sfârșit.

d. scopuri suicidare

- moartea reprezintă un obiectiv de îndeplinit;
- intenția morții a fost exprimată în mai multe rânduri, dar nu au existat instrumentele necesare pentru ca acest lucru să devină posibil;
- este asociat de obicei cu tulburările mentale (*de ex.*: depresie severă).

e. motive medicale

- boală mentală - depresii, schizofrenie, anorexie;
- boală fizică (de ex.: cancer).

Cel mai frecvent, refuzul de a mânca exprimă nemulțumirea persoanei private de libertate pentru întârzierea cu care se finalizează situația sa juridică sau protestul său față de un tratament penitenciar pe care îl consideră arbitrar, lezându-i demnitatea.

Scopul demersului îl constituie renunțarea la această formă de protest de către persoana aflată în refuz de hrană considerând-o ca pe o modalitate indezirabilă și adoptarea de mecanisme capabile să facă față la situații dificile, apreciate inițial ca obstacole de nedepășit.

Etape

În cadrul consilierii psihologice a persoanei aflate în refuz de hrană, psihologul evaluează situația subiectului urmărindu-se următoarele etape:

1. Stabilirea relației între psiholog și subiect prin câștigarea încrederii, avându-se în vedere abordarea unei atitudini non-evaluative, manifestarea interesului pentru problemele acestuia (relația psihoterapeutică).

2. Aflarea motivelor care stau la baza acestei forme de protest, precum și a altor cauze secundare care însoțesc starea generală de nemulțumire. În cadrul acestei etape are loc identificarea problemelor, obținerea de informații asupra schemelor cognitive de bază care dirijează comportamentul subiectului și stabilirea listei de probleme care necesită rezolvare.

3. Mobilizarea resurselor subiectului pentru rezolvarea listei de probleme.

Sunt implicate două tipuri de resurse:

- *resurse externe* – apelarea la personalul specializat din cadrul administrației penitenciarului, familie, alte persoane private de libertate);
- *resurse interne* – disponibilități latente (abilități, deprinderi) pe care subiectul nu le-a utilizat până în prezent.

4. Elaborarea comună, de către psiholog și subiect, a unor planuri concrete de rezolvare a problemelor (rezolvare cu caracter colaborativ). În această etapă este esențială motivarea subiectului pentru participarea la punerea în practică a planului de acțiune (demersuri în vederea rezolvării de probleme).

5. Verificarea în practică a planurile stabilite de comun acord. Această etapă are ca scop respectarea planurilor de acțiune și ajustarea prin noile modalități de raportare în funcție de datele realității curente.

Particularități

- Refuzul de hrană colectiv, atunci când mai multe persoane private de libertate aderă la această formă de protest, având aceeași motivație, de regulă fiind influențați de un lider informal (care nu este neapărat în refuz de hrană), nemulțumirile acestora datorându-se regimului de detenție sau de anumite reglementări de ordin juridic;
- În cazul persoanelor aflate în refuz de hrană este necesară colaborarea între sectoarele de activitate din interiorul instituției (în funcție de specificul problemelor reclamate de persoanele aflate în dificultate: serviciul medical și pază, judecătorul delegat) cât și cu instituții din exterior.

Limite

- Presiunea unor persoane private de libertate care exercită influență asupra altora (mai ales în cazul refuzului de hrană colectiv);

- Intrarea în refuz de hrană, ori de câte ori este aflat în dificultate, chiar și la cele mai mici probleme, deoarece numai așa consideră că își poate atinge scopul (întărire negativă).

Riscuri

- Menținerea refuzului de hrană (convingerea subiectului că nu există soluții de compromis la problemele sale și doar rezultatele extreme îl satisfac: fie soluționarea problemelor, fie renunțarea la viață - decesul);
- Mijloace relativ restrânse ale psihologului și relația de interdependență cu celelalte servicii din cadrul instituției;
- Lipsa de comunicare între serviciile din interiorul / exteriorul instituției;
- Persoane private de libertate aflate în refuz de hrană cu afecțiuni psihice etc.

IV. Bibliografie

- Holdevici, I., (2006). *Psihoterapia cazurilor dificile*, Ed.Dual Trech, București.
- Holdevici, I., (2006). *Consiliere și psihoterapie în situații de criză*, Ed.Dual Trech, București.
- Holdevici, I., (2000). *Gândirea pozitivă – Ghid practic de psihoterapie rațional - emotivă și cognitiv-comportamentală*, Ed. Dual Trech, București.
- Williams J., (2001). *Hunger strikes: a prisoner's right or a wicked folly*, Howard Journal.
- Florian, G.(1996). *Psihologie penitenciară*, Editura „Oscar Print“ București.
- Florian, G. (2003). *Fenomenologie penitenciară*, Editura „Oscar Print“, București.