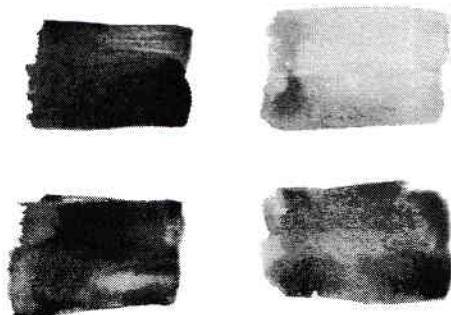


editori Rosemary B. Mennuti | Ray W. Christner | Arthur Freeman

INTERVENȚII COGNITIV- COMPORTAMENTALE ÎN EDUCAȚIE

Ghid practic



Traducerea: Alexandra Tomiță



Cluj Napoca
2024

Cuprins	7
Lista figurilor	11
Lista tabelelor	13
Cuvânt înainte	15
Mulțumiri	17
Colaboratori	19

Partea I - FUNDAMENTE 29

- 1 O introducere în terapia cognitiv-comportamentală a tinerilor 31
Rosemary B. Mennuti și Ray W. Christner
- 2 Implementarea terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) în programele de sănătate mintală derulate în instituțiile de învățământ
O perspectivă asupra dezvoltării 49
Ray W. Christner, Emily E. Kamon și Rosemary B. Mennuti
- 3 Aspecte multiculturale ale sănătății mintale în instituțiile de învățământ
Intervenții caracterizate prin deschidere multiculturală în mediul școlar 73
Samuel O. Ortiz
- 4 O conceptualizare de caz cognitiv-comportamentală la copii și adolescenți 95
Virginia B. Murphy și Ray W. Christner

Partea II - APLICAȚII ALE INTERVENȚIILOR DE TIP COGNITIV-COMPORTAMENTAL ÎN CAZUL UNOR TULBURĂRI SPECIFICE 125

- 5 Tulburările de anxietate
Intervenții cognitiv-comportamentale în educație 127
Elizabeth A. Gosch, Ellen Flannery-Schroeder și Robert J. Brecher
- 6 Refuzul școlar
Intervenții cognitiv-comportamentale realizate în instituții de învățământ
Christopher A. Kearney și Melissa Spear

- 7 Mutismul selectiv
Evaluare și intervenție din perspectivă cognitiv-comportamentală 191
Christy A. Mulligan și Ray W. Christner
- 8 Depresia
Intervenții cognitiv-comportamentale realizate în instituții de învățământ 213
Courtney I. McLaughlin și Ray M. Christner
- 9 Tulburarea bipolară
Intervenții cognitiv-comportamentale realizate în instituții de învățământ 233
Amy E. West și Sally M. Weinstein
- 10 Adolescenți cu tulburări de comportament alimentar
Intervenții cognitiv-comportamentale realizate în instituții de învățământ 265
Rosemary B. Mennuti, Andrea Bloomgarden, Jason Mathison și Nicole Gabriel
- 11 Furie și agresivitate
Intervenții cognitiv-comportamentale realizate în instituții de învățământ 289
John E. Lochman, Caroline L. Boxmeyer, Nicole P. Powell, Salma Siddiqui, Sara L. Stroemeyer și Meghann Kelly
- 12 Hărțuirea și coerciția
Intervenții cognitiv-comportamentale realizate în instituții de învățământ 319
Beth Doll, Susan M. Swearer, Adam M. Collins, Mindy R. Chadwell, Kadie Dooley și Brooke A. Chapla
- 13 Copii cu tulburări de învățare
Intervenții cognitiv-comportamentale realizate în instituții de învățământ 349
Lisa A. Perkins și Barbara A. Fischetti
- 14 Tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție
Intervenții cognitiv-comportamentale realizate în instituții de învățământ 373
George J. DuPaul, Kristen M. Carson, Matthew J. Gormley, Rosemary Vile Junod și Lizette Flammer-Rivera
- 15 Persoane cu dizabilități de dezvoltare
Intervenții cognitiv-comportamentale realizate în instituții de învățământ 403
Michael R. Petronko și Russell J. Kormann
- 16 Autismul
Intervenții cognitiv-comportamentale realizate în instituții de învățământ 429
Jessica B. Bolton, Jennifer E. Mcpoyle-Callahan și Ray W. Christner
- 17 Tineri de orientare sexuală lesbiană,
gay, bisexuală, transsexuală și cu identitate sexuală nedefinită
Climat școlar, factori de stres și intervenții 459
Erica M. Weiler-Timmins

- 18 Copii cu boli cronice
Intervenții cognitive-comportamentale realizate în instituții de învățământ 483
Thomas J. Power și Branlyn Werba Derosa
- 19 Prevenirea abuzului de substanțe
Intervenții cognitive-comportamentale realizate în instituții de învățământ 505
Susan G. Forman și Laura Sharp

**Partea III - APLICAREA INTERVENȚIILOR
COGNITIV-COMPORTAMENTALE ÎN CADRUL SISTEMELOR** 527

- 20 Strategii cognitive-comportamentale privind
consultanța comportamentală în școală 529
Barbara Bole Williams, Diane L. Smallwood și Laura Williams Monahon
- 21 Abordări cognitive-comportamentale
față de situațiile de criză din cadrul școlii 553
Diane L. Smallwood, Barbara Beole Williams și Laura Williams Monahon
- 22 Creșterea rezilienței psihologice în școli 579
R. Brett Nelson, Donna Schnorr, Shawn Powell și Scott Huebner
- 23 Încorporarea terapiei cognitive-comportamentale într-un sistem
de disciplinare pozitivă de la nivelul școlii
Promovarea sănătății mintale în rândul tuturor copiilor 613
Andrew Livanis, Christy A. Mulligan, Daniella Florin și Reham Mougrabi

Partea IV - REZUMAT 645

- 24 Viitorul intervențiilor cognitive-comportamentale
aplicate în instituții de învățământ 647
David M. Poponi și Rosemary B. Mennuti
- Indice 661

O introducere în terapia cognitiv-comportamentală a tinerilor

Rosemary B. Mennuti și Ray W. Christner

În ultimii ani, au avut loc progrese semnificative în ceea ce privește aplicarea intervențiilor cognitiv-comportamentale în problemele emoționale și comportamentale ale copiilor și adolescenților. Mai precis, terapia cognitiv-comportamentală (TCC) a fost aplicată în numeroase probleme clinice des întâlnite la tineri, inclusiv anxietate, tulburare de hiperactivitate cu deficit de atenție (ADHD), tulburare de conduită, depresie, tulburări alimentare și tulburare de comportament opozant, pentru a menționa doar câteva. În plus, în ultimii câțiva ani au fost elaborate o serie de materiale excelente, de referință pentru clinicienii care lucrează cu adolescenți și copii, cu privire la argumentele practice și empirice pentru utilizarea TCC la tineri (vezi Christner, Stewart și Freeman, 2008; Friedberg și McClure, 2002; Silverman și Hinshaw, 2008).

Cu toate acestea, în pofida tot mai multor lucrări de specialitate asupra utilizării TCC la clienții tineri, există în continuare prea puține resurse referitoare la folosirea acestui tip de terapie la copii în contexte educaționale sau școlare. Dat fiind rolul esențial al școlii și al personalului didactic în dezvoltarea cognitivă, comportamentală, emoțională, socială și interpersonală a copiilor și adolescenților, este oportun faptul că atât clinicienii care activează în școli, cât și sistemele de învățământ încep să ia în considerare implementarea serviciilor de intervenție bazată pe TCC, pentru a veni în sprijinul copiilor și adolescenților care au nevoie de asistență. Bazându-se pe tot mai multe dovezi care susțin utilizarea intervențiilor cognitiv-comportamentale la clienții tineri (vezi Kendall, 2006; Ollendick și King, 2004), TCC sau intervențiile cognitiv-comportamentale sunt promițătoare în ce privește utilizarea în instituții de învățământ.

MODELUL COGNITIV-COMPORTAMENTAL

Dovezi pentru utilizarea TCC

Profesioniștii din domeniul educației și sănătății mintale s-au obișnuit cu expresia „practică validată științific”. Utilizarea frecventă a acestei expresii dovedește faptul că ne îndreptăm către a oferi servicii bazate pe principii teoretice solide și intervenții susținute de studii empirice. TCC este o astfel

de abordare, datorită faptului că există un număr tot mai mare de dovezi adunate în ultimii 20 de ani care îi susțin eficacitatea și eficiența în ceea ce privește intervenția la copii și adolescenți. Până în acest moment, studiile actuale privind folosirea TCC la copii și adolescenți au avut, în general, rezultate impresionante (Reinecke și colab., 2003). Totuși, așa cum s-a observat anterior, în pofida sprijinului categoric pentru TCC în literatura de specialitate, majoritatea cercetărilor actuale asupra TCC care au fost aplicate la copii și adolescenți au fost făcute mai ales pe populații și în contexte clinice, abordând mai puțin utilizarea TCC în școală.

Deși cele mai multe dintre aceste studii au fost realizate în contexte clinice, nu ar trebui să fie ignorat potențialul TCC ca tratament eficient în ameliorarea a numeroase probleme apărute în copilărie (de exemplu depresie, anxietate și comportamente disruptive) (vezi treceri în revistă în Kazdin și Weisz, 1998; Kendall, 2006; Ollendick și King, 2004; Weisz și Kazdin, 2010). În plus, există cercetări în desfășurare care continuă să identifice potențiale aplicații ale TCC la copii și adolescenți, pe care încă nu le putem numi „validate științific”. Utilizarea TCC în probleme precum tulburări alimentare, tulburarea de stres posttraumatic, abuzul de substanțe, probleme legate de școală și boli somatice indică un anume potențial, fiind totuși necesară o investigație mai amănunțită. Cu toate că mai avem încă nevoie de studii care să investigheze tratamentul *oricăreia dintre* problemele cu care se confruntă astăzi copiii și adolescenții, prin folosirea unei conceptualizări clare de caz și prin monitorizarea continuă a evoluției, clinicienii pot să modifice intervențiile cognitiv-comportamentale pentru a răspunde nevoilor prezentate de fiecare client în parte.

În cazul problemelor cu care copiii se confruntă cel mai adesea, se cunosc intervenții specifice, însă cum își dau seama practicienii care dintre acestea este cea mai potrivită? De obicei, pentru un tratament eficient este aleasă o abordare structurată, deoarece oferă proceduri clar definite, metode de urmat pas cu pas și activități specifice pentru implementare. Exemple ale unor astfel de ghiduri de tratament cuprind *Coping Cat* (Kendall și Hedtke, 2006), *Cognitive-Behavior Group Therapy – Adolescent* (CBGT-A; Albano, 2000), *Coping Power Program* (Lochman, Wells și Lenhart, 2008), *Coping with Depression* (Clarke, Lewinsohn și Hops, 1990) și *Aggression Replacement Training* (ART; Glick și Gibb, 2010). Toate aceste programe includ tehnici validate științific care vizează o anumită problemă. Cu toate că programele manualizate pot fi eficace și eficiente, există limite inerente acestei metode de lucru. Deseori, acestor abordări le lipsește flexibilitatea sau nu reușesc să răspundă nevoilor particulare ale unui copil. Mai mult decât atât, chiar și atunci când ținesc abilitățile necesare, nu abordează întotdeauna și barierele și dificultățile care influențează implementarea.

O alternativă la abordarea bazată pe metodologie a tratamentului este ceea ce Chorpita (2007) a denumit *terapia cognitivă modulară*. El a propus identificarea acelor aspecte practice regăsite adesea în manualele care vizează anumite probleme și stabilirea unei corespondențe între modulele respective și nevoile specifice identificate la un individ (Chorpita, Becker și Daleiden, 2007). Terapia cognitivă modulară oferă flexibilitate structurată și obligă mai puțin la respectarea unui program manualizat, utilizând astfel tehnicile specifice din programele manualizate, permițând în același timp

EBBIS

We know
books

aplicarea studiilor de eficacitate pentru dezvoltarea de intervenții utile, fundamentând totodată intervenția pe nevoile specifice ale clientului și permițând ca expertiza clinică să fie cea care decide care sunt strategiile și abilitățile de care este nevoie, în ce moment și pentru ce perioadă de timp. Totuși, pentru a beneficia de pe urma acestei abordări, specialistul din domeniul sănătății mintale trebuie să aibă competențe în conceptualizarea de caz, să monitorizeze în mod eficient evoluția clientului pentru a măsura rezultatele și să aibă cunoștințe aprofundate în literatura de specialitate referitoare la diversele tulburări și probleme care se regăsesc în mod frecvent în context școlar. Potențialele module ar putea să includă: deprinderi sociale, abilități de comunicare, planificarea activității, imageria dirijată, cultivarea relațiilor interpersonale etc. Făcând abstracție de dovezile care sprijină utilizarea și implementarea precisă a strategiilor și tehnicilor TCC la copii și adolescenți, înainte de a recurge la TCC în demersul propriu, este esențial ca practicienii din școli să înțeleagă în ansamblu principiile fundamentale ale TCC și modul în care aceasta se aplică în cazul tinerilor. Cei interesați de abordările modulare ale TCC pot să consulte Chorpita (2007), precum și Friedberg, McClure și Garcia (2009).

Modelul TCC

Modelul TCC la copii indică, la fel ca în cazul adulților, faptul că emoțiile și comportamentele asociate rezultă din legătura dintre o anumită situație, sistemul de credințe al copilului (prin care acesta interpretează situațiile respectiv) și opiniile copilului privitoare la eveniment (pozitive și negative). Este important ca această conexiune să fie considerată mai degrabă multidirecțională decât lineară, fapt ce sugerează că nu există o relație cauză-efect, ci un proces de interacțiune dinamică între elementele situaționale, cognitive, afective/ fiziologice și comportamentale (vezi Figura 1.1). Pentru intervențiile eficiente sunt esențiale conștientizarea factorilor situaționali (cum ar fi aspectele sociale, factorii școlari și cei domestici) care activează sistemul de credințe al unui elev. Aceste credințe trebuie apoi conectate cu procesele cognitive ale copilului, iar conceptele trebuie transformate în strategii clare și utile copilului.

TCC se concentrează asupra modului în care un copil își interpretează experiențele și a modului în care aceste gânduri influențează până la urmă funcționarea sa emoțională sau comportamentală (Friedberg și McClure, 2002; Reinecke și colab., 2003). Să luăm ca exemplu situația lui Sydney, o fetiță de 11 ani, care manifestă o anxietate semnificativă atunci când ia parte la activități sociale la școală, cu cei de aceeași vârstă (activități în grup, masa de prânz, recreație). Deși este important să se înțeleagă contextul anxietății ei (atunci când se află într-o situație de natură socială), pentru conceperea unei intervenții este mai important să i se cunoască reacțiile fiziologice (greață, transpirația palmelor, senzație de amețală), gândurile automate (de exemplu „N-o să le placă de mine. O să mă fac de râs.”) și credințe (de exemplu „Dacă greșesc, nimeni n-o să mă mai placă.”) decât să i se combată, pur și simplu, starea de anxietate.

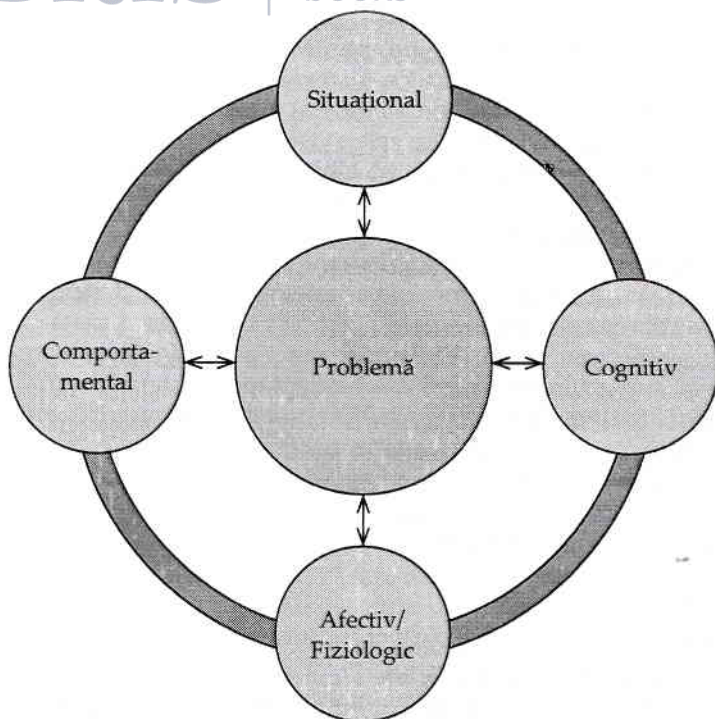


Figura 1.1. Modelul multidirecțional al TCC. © 2010 R. W. Christner și R. B. Mennuti

TCC reprezintă două perspective interrelaționate (cognitivă și comportamentală), care sunt îmbinate pentru a facilita înțelegerea copilului sau a adolescentului și pentru a concepe intervenții ce țintesc problemele manifestate de către acesta. Elementele comportamentale pot să fie privite în două moduri – influențe de mediu și/ sau deficite la nivelul abilităților. E necesar ca psihologii clinicieni să studieze influențele și experiențele care provin din mediu (de exemplu interacțiunile cu profesorul sau părintele, practicile parentale ineficiente, traume anterioare etc.), pentru a-i ajuta la conceptualizarea problemelor elevului, iar în unele situații, intervenția necesară va consta în modificarea mediului (de exemplu, modificări comportamentale pozitive, programe de recompensă a comportamentului țintă etc.). Pe de altă parte, multe dintre problemele cu care se confruntă elevii vin pe fondul unor deficite la nivelul abilităților, manifestate în comportament (cum ar fi autoreglare deficitară, abilități sociale slab dezvoltate etc.).

Din perspectivă cognitivă, există de asemenea doi factori de luat în calcul – distorsiuni cognitive și deficite cognitive (Kendall și McDonalds, 1993). Distorsiunile cognitive presupun erorile de raționament care determină individul să interpreteze sau să perceapă greșit o situație sau un eveniment (Freeman, Pretzer, Fleming și Simon, 2004). O serie de experți în TCC au oferit exemple de distorsiuni cognitive cu care se confruntă oamenii, deși multe dintre aceste exemple sunt gânduri pe care le-ar avea un adult (vezi

J. Beck, 1995; Burns, 1999). Christner și Allen (2004) au oferit câteva exemple de distorsiuni cognitive întâlnite frecvent la copiii de vârstă școlară (vezi Tabelul 1.1). Elevii care manifestă distorsiuni cognitive se confruntă adesea cu probleme de internalizare (de exemplu, anxietate și depresie). Al doilea factor cognitiv, denumit „deficit cognitiv” de către Kendall și MacDonald (1993), indică deficite în abilitățile de procesare cognitivă ale elevului. Astfel, elevii cu deficite cognitive ar putea să posedă abilități foarte slabe de anticipare sau de rezolvare de probleme, concretizate prin probleme de impulsivitate și atenție. Având în vedere rolul diverșilor factori de ordin cognitiv și comportamental, specialiștii din învățământ care operează din perspectiva TCC îi vor sprijini pe elevi inițiind deprinderea de noi abilități (atât cognitive, cât și comportamentale) și creând totodată oportunități ce facilitează schimbarea la nivelul proceselor cognitive și al stilului de gândire.

TCC în instituții de învățământ

Deși mulți educatori consideră că este dificil să se integreze serviciile de consiliere psihologică în cultura educațională, structura și cadrul TCC sunt similare cu alte servicii educaționale, făcând-o să fie mai ușor de acceptat în rândul educatorilor (Christen și Allen, 2003; Christner, Mennuti și Whitaker, 2009; Christner, Stewart-Allen și Mennuti, 2004; Mennuti și Christner, 2005, 2010). Având o abordare limitată în timp, orientată către momentul prezent și centrată pe soluții (Reinecke și colab., 2003), terapia cognitiv-comportamentală poate să fie ușor adaptată la un model bazat pe livrare de intervenții, cuprinzând servicii aflate pe un continuum în funcție de specificitate, complexitate și intensitate. De fapt, așa cum se va vedea pe parcursul acestei cărți, clinicienii care lucrează în școli pot să ofere intervenții TCC pe un continuum – de la prevenție și identificare timpurie, la servicii individuale directe.

Tabelul 1.1. Distorsiuni cognitive frecvent întâlnite în terapia elevilor

1. **Gândire dihotomică** – elevul concepe o situație ca fiind descrisă doar prin două categorii, nu printr-un continuum. Lumea este albă sau neagră, fără nuanțe de gri. De exemplu, „Sau sunt un elev bun, sau sunt un ratat”.
2. **Suprageneralizare** – elevul consideră un eveniment actual ca fiind o însușire generală a vieții, în loc să fie o situație printre multe altele. De exemplu, „Din cauză că n-am luat testul acela la științe, n-o să termin niciodată școala sau n-o să reușesc să urmez o facultate”.
3. **Citirea gândurilor altora** – elevul crede că știe ceea ce gândesc alții despre el, fără să aibă vreo dovadă. De exemplu, „Pur și simplu știu că domnul P. este supărat pe mine”.
4. **Raționament emoțional** – elevul presupune că sentimentele sau reacțiile sale afective reflectă situația reală. De exemplu, „Mă simt de parcă nu-i place nimănui de mine, așa că nu mă place nimeni”.

5. **Ignorarea aspectelor pozitive** – elevul nu ține cont de experiențele pozitive care contrastează cu concepțiile sale negative. De exemplu, „Am obținut rezultate bune la testele acelea numai pentru că doamna Jones m-a ajutat și pentru că am avut noroc”.
6. **Catastrofarea** – elevul face predicții conform cărora situațiile viitoare vor fi negative și le tratează ca fiind catastrofe insuportabile. De exemplu, „Mai bine nici să nu încerc să îmi fac tema, pentru că s-ar putea să o dau în bară, iar asta ar fi groaznic”.
7. **Personalizarea** – elevul presupune că el este **cauza** circumstanțelor negative. De exemplu, „Profesoara nu mi-a zâmbit azi-dimineață. Înseamnă că am picat la testul acela și am supărat-o”.
8. **Formulări de tip trebuie/este obligatoriu să...** – elevul folosește *trebuie* sau *este obligatoriu să* pentru a descrie cum trebuie el sau alții să se comporte sau să acționeze. De exemplu, „E obligatoriu să iau întotdeauna zece și nu trebuie să greșesc niciodată”.
9. **Comparația** – elevul își compară rezultatele cu alții care au rezultate mai bune sau care sunt de vârstă mai mare. De exemplu, „În comparație cu fratele meu mai mare, lucrarea mea arată de parcă ar fi fost făcută de un copil de grădiniță”.
10. **Abstracția selectivă** – elevul își concentrează atenția asupra unui singur detaliu (de obicei negativ) și ignoră alte aspecte relevante. De exemplu, „Profesorul mi-a dat un patru pentru ultima temă, iar asta înseamnă că eu sunt unul dintre cei mai slabi elevi ai lui”.
11. **Etichetarea** – elevul își pune o etichetă generală pentru a se descrie, în loc să își judece doar comportamentele sau faptele. De exemplu, „Sunt un ratat”, mai degrabă decât „Am jucat prost în meciul de aseară”.

(Material conceput și prezentat de Christner și Stewart-Allen, 2004.)

Componentele și posibilele opțiuni de livrare a serviciilor de TCC sunt în concordanță cu mediul educațional, unde atât timpul, cât și resursele sunt limitate. Inclusiv faptul că are o abordare orientată către momentul prezent și centrată pe soluții face ca TCC să fie atractivă în instituțiile de învățământ, deoarece tratează problemele elevului fără să depindă excesiv de diagnosticarea unei anumite patologii. În plus, structura TCC, care se axează pe psihoeducație, formarea deprinderilor, lucrul între ședințe (mai exact temele de casă), stabilirea unui program și monitorizarea evoluției, corespunde cu majoritatea activităților care există deja în instituțiile de învățământ actuale. Astfel, pe lângă faptul că aceste componente contribuie la livrarea serviciilor de intervenție, ele întăresc totodată legătura între consilierea psihologică și alte servicii oferite în cadrul școlii.

Clinicienii care activează în școli au acces la combinația dintre interacțiunea cu profesorul, influența colegilor și eforturile și rezultatele care țin de performanța individuală, iar toate acestea le permit să cunoască din interior acele percepții și procese ale gândirii elevului la care mulți clinicieni din afara școlii nu ar avea acces (Christner, Mennuti și Whitaker, 2009; Mennuti și Christner, 2005). Noi considerăm că instituția de învățământ este un „laborator natural”, în care poate fi observată dinamica interpersonală și de

EBRIS | We know books

unde pot fi culese date despre problemele cu care se confruntă elevii, dar și un mediu „sigur” și pur în care elevii își pot „testa” abilitățile proaspăt învățate la ședințele de consiliere. Adesea, problemele care apar la generalizarea abilităților deprinse în cadrul consilierii sau al serviciilor de terapie se explică prin faptul că abilitățile sunt învățate într-un context total diferit de mediul cotidian al copilului. Goldstein și Goldstein (1998) au arătat că intervențiile trebuie să fie implementate în proximitatea comportamentului care se dorește a fi schimbat, pentru ca acestea să aibă un efect cât mai mare. Prin urmare, există avantaje însemnate în oferirea serviciilor în cadrul școlii, mai degrabă decât în medii externe (cum sunt clinicile pentru pacienți ambulatorii, unitățile spitalicești etc.), mai ales datorită posibilității de a generaliza imediat după ședințe.

ASPECTE CARE INFLUENȚEAZĂ PRACTICA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

Aspecte legate de dezvoltare

Deși o serie de profesioniști fără pregătire în TCC au criticat această abordare ca fiind mecanică și rigidă, cei cu experiență în aplicarea TCC își dau seama de faptul că lucrurile nu stau chiar așa. De fapt, practicienii care utilizează TCC se bazează pe informații obținute prin evaluări și conceptualizări pentru a judeca strategic cazul și a planifica intervenții eficiente și specifice, în funcție de vârsta, nivelul de dezvoltare și problemele manifestate de elev. Conceptualizând în mod clar cazul elevului și problemele sale, clinicianul care activează în școală este capabil să selecteze și să utilizeze intervenții precise, astfel încât să țintească zona care va răspunde cel mai bine la tratament în momentul respectiv. În capitolul 4, Murphy și Christner oferă o analiză aprofundată a conceptualizării de caz, punând un accent sporit asupra înțelegerii cazurilor ce apar în școală.

Atunci când se lucrează cu copiii de vârstă școlară, este foarte important să se înțeleagă la nivel global noțiunile fundamentale cu privire la dezvoltarea copilului și adolescentului. Oferirea de consiliere psihologică sau psihoterapie pentru copii și adolescenți înseamnă mai mult decât cunoașterea unei liste de tehnici și strategii specifice. Astfel, clinicienii care cunosc în profunzime noțiunile fundamentale ale dezvoltării au șanse mai mari să implementeze intervenții compatibile cu nivelul de funcționare al copilului și să evite o abordare de tip încercare-eroare pentru a identifica „ce merge”. Deoarece copilul trebuie să aibă capacitatea de a urmări conținuturi, de a înțelege limbajul, de a utiliza memoria de lucru și de a se exprima verbal pentru a beneficia de o serie de strategii cognitive, este esențial ca practicienii din școli să evalueze și să acorde atenție acestor factori individuali atunci când concep programe specifice pentru un anumit elev. În funcție de nevoile și de nivelul de dezvoltare ale elevului, practicienii trebuie să găsească combinația exactă de tehnici cognitive și comportamentale. Să luăm ca exemplu un elev cu un nivel limitat de dezvoltare atât cognitivă, cât și în ce privește limbajul. Acest elev va necesita intervenții cu o pondere mai mare a strategiilor axate pe componente comportamentale. Nu sugerăm faptul că tehnicile cognitive ar fi

inadecvate la copiii mai mici sau la cei cu tulburări grave de comportament, ci faptul că se va pune un accent mai puțin direct pe intervenția cognitivă în cazul elevilor care se află la un nivel mai redus de dezvoltare sau care manifestă un grad ridicat de probleme comportamentale (Christner, Allen și Maus, 2004; Mennuti și Christner, 2005). Atunci când se ia în calcul nivelul de dezvoltare, este important să se țină cont de faptul că acesta nu corespunde întotdeauna vârstei cronologice.

Risc și adaptare

Cercetările din domeniul psihopatologiei dezvoltării care au analizat factorii de risc, factorii protectori și factorii de reziliență (Doll și Lyon, 1998) oferă informații utile pentru practicienii care lucrează cu copii. Studiul lui Coie și a colegilor săi (1993) s-a axat pe identificarea factorilor de risc asociați cu dezvoltarea problemelor psihologice. În esență, se consideră că factorii de risc cresc probabilitatea ca acei copii, odată deveniți adulți, să nu fie capabili să contribuie la bunul mers al societății, să își câștige existența și să întemeieze familii sănătoase. Coie și colaboratorii au identificat șapte categorii în care se împart factorii de risc, cuprinzând:

- handicapuri organice;
- întârzieri în dezvoltarea abilităților;
- probleme emoționale;
- circumstanțe familiale;
- probleme interpersonale;
- probleme școlare;
- riscuri ecologice.

În fiecare dintre aceste șapte domenii, există o serie de factori de risc generici, care pot să se găsească individual sau în combinație în tabloul clinic al unui copil. O preocupare deosebită o reprezintă factorii de risc precum sărăcia, educația minimală a părinților, conflictele conjugale sau disfuncționalitățile familiale, îngrijirea parentală ineficientă, maltratarea copilului, o stare de sănătate precară a copilului sau a părinților, bolile psihice sau incompetența părinților și o familie numeroasă (Doll și Lyon, 1998). Deși multe dintre aceste aspecte nu pot fi controlate de către clinician, ele oferă informații ce pot să îi ajute pe profesioniștii care activează în instituții de învățământ să identifice elevii aflați în situații de risc și să livreze intervenții care ar putea avea rol de protecție.

Cu toate că acei copii care prezintă factori de risc sunt, tehnic vorbind, „în situații de risc”, nu orice copil care prezintă factori de risc va suferi consecințe negative. Ca atare, la fel de importantă, dacă nu și mai importantă, este înțelegerea factorilor care au rol protector pentru copii și adolescenți și care le cresc șansele de reziliență. Coie și colaboratorii (1993) au arătat că acești factori protectori servesc unuia dintre următoarele scopuri:

- să scadă riscul în mod direct;
- să amortizeze interacțiunea cu factorii de risc;
- să întrerupă reacția în lanț de la factori de risc la tulburare;
- să prevină apariția inițială a factorului de risc.

EBRIS | We know books

După cum a arătat Rutter (1985), există trei mari categorii de factori protectori care promovează scopurile menționate mai sus. Acestea sunt: caracteristicile individuale, interacțiunea cu mediul și influențele macrosistemice (de exemplu, școli de calitate).

Apelând la cunoștințe despre factori de risc, mecanisme de protecție și reziliență, clinicienii pot să conceapă pentru elevi intervenții care minimizează zonele de risc, dezvoltându-le în același timp punctele forte și generându-le un sentiment de competență. Intervențiile din prima parte a procesului de tratament ar putea să se concentreze pe formarea abilităților (de exemplu abilități sociale, abilități de rezolvare a problemelor etc.) prin psihoeducție. Prin această abordare, clinicienii îi ajută pe elevi să își corecteze obiceiurile dezadaptative care acționează ca factori de risc, promovând simultan factorii protectori care minimizează riscul (de exemplu, întărirea relațiilor cu colegii, dezvoltarea abilităților de automonitorizare, îmbunătățirea interacțiunilor părinte-copil și creșterea reușitei școlare).

Motivația pentru schimbare

La final, factorii pe care clinicienii ar trebui să îi mai ia în considerare atunci când oferă servicii copiilor și adolescenților se referă la motivația și atitudinea elevului. Acești factori influențează nu numai relația de colaborare, ci și implementarea și rezultatele ulterioare. Să luăm exemplul unui elev trimis la specialist pentru comportament indisciplinat la clasă. Cel mai probabil este că o abordare directivă, în care se discută motivele pentru care elevul nu ar trebui să deranjeze ora, va întâmpina rezistență și va duce la eșec. În schimb, clinicienii cu experiență vor folosi motivația elevului (de exemplu, „Hai să vedem cum să-l facem pe profesorul tău să te lase în pace.”), pentru a spori complianța la intervenție și a dezvolta o relație de colaborare cu elevul.

Ideea de pregătire sau motivație pentru schimbare nu este, în general, un concept nou, însă ea are un caracter de noutate pentru mulți practicieni din instituțiile de învățământ. La școală, atunci când un elev are o problemă, indiferent dacă aceasta este de natură academică sau comportamentală, mulți presupun în mod automat faptul că elevul este pregătit și motivat să facă schimbarea necesară. În consecință, sunt adesea concepute și implementate planuri care necesită implicarea activă a elevului pentru a obține succesul. Însă acestea eșuează din cauză că elevul nu este nici pregătit, nici motivat de acțiune. Pentru a veni mai mult în sprijinul copiilor și adolescenților, recomandăm psihologilor din școli să înceapă să potrivească intervențiile cu „stadiul schimbării” în care se află copilul. De exemplu, terapia prin acțiune, experimentele etc. pot să se potrivească cel mai bine copiilor care se află în stadiul de pregătire pentru acțiune sau cel de acțiune. Lucrările lui Prochaska și DiClemente (Prochaska și DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente și Norcross, 1992) sunt printre cel mai frecvent menționate în literatura de specialitate cu privire la acest concept și cuprind șase etape: (1) Precontemplare, (2) Contemplare, (3) Pregătire pentru acțiune, (4) Acțiune, (5) Menținere și (6) Recidivă. Pe baza acestui model, în tabelul 1.2 sunt prezentate nivelurile de pregătire pentru schimbare.