

Cuprins

<i>Prezentarea autorilor</i>	9
<i>Cuvânt înainte</i>	13

Partea I Cadrul teoretic și etic al activității de consiliere în asistența socială

Capitolul 1. Etică și valori în practica consilierii în asistența socială (<i>Gheorghiza Nistor</i>)	17
1.1. Etica și morala: analiză conceptuală, elemente structurale	17
1.2. Etica profesională: principii și valori în practica consilierii în asistența socială	24
1.3. Dileme etice. Modele de soluționare	32
1.4. Responsabilitatea utilizării informației în asistența socială	34
1.5. Codurile etice: obiective și funcții	37
1.6. Drepturile omului și codurile etice	39
<i>Bibliografie</i>	40
Capitolul 2. Formarea viitorilor asistenți sociali pentru activitatea de consiliere (<i>Daniela-Tatiana Șoitu</i>)	43
2.1. Provocări pentru asistentul social	44
2.2. Competențele asistentului social. Limitări personale	47
2.3. Importanța dezvoltării personale	55
2.4. Pași spre respectarea demnității umane: învățarea toleranței	59
<i>Bibliografie</i>	62
Capitolul 3. Limitele consilierii în asistența socială (<i>Adina Duță</i>)	64
3.1. Etică și profesionalism în precizarea limitelor de competență ale asistentului social	64
3.2. Limitele consilierii în cazul personalității anxioase	66
3.3. Limitele consilierii în cazul personalității paranoice	69
3.4. Limitele consilierii în cazul personalității histrionice	71
3.5. Limitele consilierii în cazul personalității obsesionale	73
3.6. Limitele consilierii în cazul personalității narcisice	76
3.7. Limitele consilierii în cazul personalității schizoide	78
3.8. Limitele consilierii în cazul comportamentelor de tip A	80
3.9. Limitele consilierii în cazul personalității depresive	82
3.10. Limitele consilierii în cazul personalității dependente	84
3.11. Limitele consilierii în cazul personalității pasiv-agresive	86
3.12. Limitele consilierii în cazul personalității evitante	88
3.13. Concluzii	90
<i>Bibliografie</i>	90

Capitolul 4. Terapia de familie – abordare sistemică.	
Scurt ghid de intervenție (<i>Sanda Luminița Mihai</i>)	91
4.1. Din istoricul terapiei de familie	93
4.2. Concepte de lucru specifice terapiei de familie	94
4.3. Ciclul vieții de familie	95
4.4. Etapele terapiei de familie	97
4.5. Modelul Școlii de la Milano	98
4.6. Tehnicile terapiei sistemice	101
4.7. Etapele procesului terapeutic	104
4.8. Concluzii	105
<i>Bibliografie</i>	105
Capitolul 5. O tipologie antropologică a fragilității (<i>Ecaterina Morar</i>)	107
5.1. Tipuri de fragilități bazale: suport biopsihic și consecințe antropologice	107
5.2. Criteriul fragilității de gen.	115
<i>Bibliografie</i>	121

Partea a II-a
Modele practice ale consilierii în asistența socială

Capitolul 6. Consilierea comportamentelor dispozițional-dezadaptative ale copiilor și adolescenților de către consilierul asistent social (<i>Hanibal Dumitrașcu</i>)	129
6.1. Comportamentele dispozițional-dezadaptative ale copiilor și adolescenților, o problemă asumată de practica consilierii în asistența socială.	129
6.2. Diagnosticul psihologic: un instrument al activității de consiliere a asistentului social sau o capcană profesională?	135
6.3. Strategii de consiliere psihologică a comportamentelor dispozițional-dezadaptative ale copiilor și adolescenților	140
<i>Bibliografie</i>	161
Capitolul 7. Consilierea vocațională – un serviciu necesar în asistența persoanelor vulnerabile (<i>Ana Rădulescu</i>).	163
7.1. Construcția conceptului și procesului de dezvoltare a carierei	164
7.2. Influențe majore în construcția teoriilor privind consilierea vocațională și dezvoltarea carierei.	165
7.3. Conceptul și structura serviciului de consiliere vocațională.	168
7.4. Impactul serviciului de consiliere vocațională	172
7.5. Concluzii	174
<i>Bibliografie</i>	175
Capitolul 8. Rolul consilierii vocaționale în alegerea carierei. Cercetare empirică (<i>Gheorghija Nistor, Ioana Camelia Vlad</i>)	176
8.1. Despre orientarea școlară și consilierea vocațională	176
8.2. Câteva principii ale orientării profesionale și deciziei de carieră	179
8.3. Cercetare empirică: percepția rolului orientării profesionale în alegerea carierei	182
8.4. Concluzii generale și recomandări.	200
<i>Bibliografie</i>	202

Capitolul 9. Asistența și consilierea în serviciile de probațiune (<i>Ioan Durnescu, Gabriel Oancea</i>)	204
9.1. Introducere	204
9.2. Reglementări privind asistența și consilierea persoanelor condamnate	205
9.3. Asistența și consilierea în serviciile de probațiune din România	206
9.4. Concluzii	220
<i>Bibliografie</i>	221
Capitolul 10. Consilierea victimelor traficului de persoane (<i>Monica Alexandru</i>)	223
10.1. Introducere în problematica traficului de persoane	223
10.2. Etapele traficului de persoane	226
10.3. Modalități de exploatare a victimelor	229
10.4. Asistența și consilierea victimelor	232
10.5. Intervenția în cazul experienței traumatizante a traficului	235
<i>Bibliografie</i>	239
Capitolul 11. Asistența socială și consilierea în școală (<i>Gheorghiza Nistor</i>)	241
11.1. Introducere în domeniul asistenței sociale și consilierii în școală	241
11.2. Strategiile de asistență socială și consiliere în școală	245
11.3. Modele ale practicii consilierii în asistența socială din școală	259
<i>Bibliografie</i>	266
Capitolul 12. Consilierea refugiaților (<i>Smaranda Witec</i>)	268
12.1. Delimitări conceptuale	268
12.2. Dimensiunile psihosociale ale refugiului	269
12.3. Asistența socială a categoriilor de refugiați vulnerabili	274
12.4. Alte aspecte referitoare la nevoia specială de protecție a refugiaților	278
12.5. Consilierea refugiaților	280
12.6. Conceptul de integrare	283
<i>Bibliografie</i>	285
Capitolul 13. Telefonul copilului (116.111) – instrument social (<i>Cătălina Florea</i>)	287

Seria *Collegium. Asistență socială* este coordonată de Doru Buzducea și Ștefan Cojocaru.

© 2012 by Editura POLIROM

Această carte este protejată prin copyright. Reproducerea integrală sau parțială, multiplicarea prin orice mijloace și sub orice formă, cum ar fi xeroxarea, scanarea, transpunerea în format electronic sau audio, punerea la dispoziția publică, inclusiv prin internet sau prin rețele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informațiilor, cu scop comercial sau gratuit, precum și alte fapte similare săvârșite fără permisiunea scrisă a deținătorului copyrightului reprezintă o încălcare a legislației cu privire la protecția proprietății intelectuale și se pedepsesc penal și/sau civil în conformitate cu legile în vigoare.

Foto copertă: © Lisa F. Young/Dreamstime.com

www.polirom.ro

Editura POLIROM

Iași, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506
București, Splaiul Unirii nr. 6, bl. B3A, sc. 1, et. 1,
sector 4, 040031, O.P. 53, C.P. 15-728

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României:

Consilierea în asistența socială / Hanibal Dumitrașcu (coord.). – Iași: Polirom, 2012
Bibliogr.

ISBN print: 978-973-46-3068-4

ISBN ePub: 978-973-46-3224-4

ISBN PDF: 978-973-46-3225-1

I. Dumitrașcu, Hanibal (coord.)

364

Printed in ROMANIA

Volum coordonat de
Hanibal Dumitrașcu

CONSILIEREA
ÎN
ASISTENȚA SOCIALĂ

POLIROM
2012

Spre exemplu, în Statele Unite ale Americii, dintre copiii care au fost diagnosticați ca având probleme de ordin psihic în plan emoțional și comportamental, 55,7% au tulburări de conduită, respectiv agresivitate, sfidare, reacții comportamentale cu un grad antisocial ridicat. Același studiu arată că 43,5% dintre acești copii au tulburări de anxietate sau de dispoziție, adică sunt triști, deprimați, neliniștiți, le este teamă și se simt singuri (Bethel *et al.*, 2005, *apud* Papalia, 2010). Cercetările din domeniul psihologiei dezvoltării, așa cum au fost ele realizate de Klein (2008) sau de Dolto (2008), au scos în evidență faptul că, în primii trei-patru ani de viață, copilul este instabil sub aspect psihic, comportamentul lui manifestându-se în multe situații prin agresivitate și furie, prin ostilitate față de cei din jur, chiar față de părinți. Tot acest comportament necontrolat și impulsiv al copilului dispare în mod firesc, normal după vârsta de 4-5 ani. În cazul în care acest tip de comportament continuă să fie prezent, copilul poate fi diagnosticat cu tulburare de comportament opozițional-sfidător. Acești copii sunt extrem de ostili, furioși și dau semne de nesupunere în raporturile cu părinții și celelalte persoane adulte. De asemenea, prin instabilitatea lor emoțional-comportamentală, nu sunt sociabili și își fac cu dificultate prieteni. De regulă, acești copii diagnosticați cu tulburare de comportament opozițional-sfidător au o serie întreagă de alte probleme comportamentale, ca, de exemplu, un mod repetitiv de a se purta. Ei sunt de multe ori implicați în fapte antisociale extrem de grave: încăierări în curtea școlii, utilizarea unui limbaj violent, apelarea la minciună, furturi etc.

Datele referitoare la violența comportamentală a adolescenților sunt extrem de îngrijorătoare și la nivel internațional: astfel, în Statele Unite ale Americii, între 6% și 16% dintre băieți și între 2% și 9% dintre fetele sub 18 ani au o problemă semnificativă de comportament agresiv diagnosticat clinic (Roosa *et al.*, 2005). Este tot mai evident faptul că din ce în ce mai mulți dintre acești copii dezvoltă comportamente violente-agresive care, adeseori, iau o formă gravă de ordin penal, ei devenind în mod inevitabil adulții de mâine care vor săvârși fapte grave de natură antisocială. Din acest punct de vedere există o largă dezbatere asupra cauzelor care generează comportamentul antisocial al acestor copii și asupra felului în care pot fi corecți, aduși în parametrii firești ai normalității comportamentale. Desigur, toți cei trei factori ai dezvoltării individului sunt implicați în fenomenul comportamentului antisocial, respectiv variabilele de ordin biologic, social și psihologic, dar ele determină și influențează comportamentul copilului în mod diferit, de la un caz la altul. Spre exemplu, există situații în care mecanismele de reglare ale sindromului general de adaptare sunt direct afectate de procesele de reglaj neurobiologic, cum ar fi activitatea neurotransmițătorilor (noradrenalina, dopamina și serotonina). Pe de altă parte, influențele psihosociale, dinamica relațiilor interpersonale ale acestor copii în familie și la școală pun în discuție faptul că, în multe cazuri, sunt mai degrabă victime ale mediilor care ar trebui să le faciliteze dezvoltarea, nu să le-o afecteze în mod negativ. Grupurile de prieteni, apartenența la bandele de cartier constituie un alt factor ce influențează în mod negativ dezvoltarea adolescentului, care învață prin inițiere, imitație și contagiune psihosocială comportamentul antisocial.

6.1.1. Consilierea anxietății și depresiei la copii și adolescenți

Între 6 și 10 ani, copiii își petrec cea mai mare parte a timpului desfășurând activități școlare, acesta fiind și motivul pentru care, în psihologia dezvoltării, aceasta se mai numește și perioada de dezvoltare a școlarului mic.

Întregul univers al copilului este dominat în această perioadă de școală, de aceea întreaga lui dezvoltare fizică, psihică, emoțională este legată de ea. Același fenomen se înregistrează și dincolo de vârsta școlarului mic, respectiv în perioada pubertății și în cea a adolescenței, atunci când tânărul trece prin experiențe educaționale intense. Acesta este motivul pentru care multe dintre problemele psihologice ale copilului și adolescentului sunt legate de școală.

Studiile clinice arată că suicidul constituie a treia cauză a mortalității adolescenților de 15 ani (Blumenthal, 1998, *apud* Holdevici, 2009) și o a patra în rândul celor de 14 ani și mai tineri (date ale Centers for Disease Control and Prevention, 1997, *apud* Holdevici, 2009).

Comportamentele violente, abuzul de alcool și de droguri reprezintă una dintre principalele cauze pentru care copiii și adolescenții sunt luați în evidențele clinicilor de psihiatrie sau ale cabinetelor de psihoterapie. O altă cauză a problemelor psihice pe care le au copiii și adolescenții este generată de abuzurile adulților asupra lor.

În ceea ce privește suportul și intervenția consilierului asistent social clinician, ele pot fi eficiente dacă se ține seama de faptul că datele genetice și psihologice, de comportament și de personalitate ale copilului și adolescentului sunt diferite de cele ale persoanei adulte. Stilul de gândire dihotomic și uneori nerealist al copiilor și adolescenților, lipsa de experiență și de maturitate afectivă, conduitele exuberante sunt caracteristici ale vârstei, iar acest aspect trebuie avut în vedere atunci când se acordă suport de consiliere unor astfel de clienți, care se confruntă cu probleme psihologice.

Problemele cu care se confruntă copiii și adolescenții în ultimele decenii pun mari probleme specialiștilor din domeniul consilierii psihologice și psihoterapiei.

Suicidul, depresia, mania și agresivitatea, tulburările anxioase sunt realități cu un grad din ce în ce mai ridicat de prevalență în rândul acestei categorii de vârstă, ca urmare a modificărilor dramatice pe care le-a înregistrat din punct de vedere psihosocial societatea occidentală, inclusiv cea românească. Fenomenele de înstrăinare, de angoasă existențială, de anomie instituțională, de pierdere și de disoluție a instituțiilor fundamentale suportive pentru copil și adolescent care sunt familia și școala îl afectează pe copil.

Cadrul de dezvoltare a copilului și adolescentului pare a fi tot mai nesigur și, în multe situații, amenințător, astfel că rata înaltă de prevalență a acestor fenomene psihopatologice ale copilului și adolescentului poate fi considerată un răspuns dezadaptativ la toate aceste situații. Astfel, rolul pe care îl poate avea consilierul asistent social clinician este unul deosebit și complex, în contextul în care suportul comunității este inefficient și defectuos pentru susținerea dezvoltării copiilor și adolescenților. În cazul în care, spre exemplu, are loc un act de suicid în rândul elevilor unei clase, influența acestui eveniment asupra lor este greu de gestionat sub aspect emoțional, chiar copleșitor. Consilierul asistent social intră în acțiune încercând să refacă echilibrul distrus prin actul suicidar al copilului, reconstruind relațiile de încredere, astfel încât riscul exemplului să nu se transfere în mințile și trăirile emoționale ale celorlalți copii.

Statisticile arată că rata suicidului în rândul copiilor și adolescenților nu este extrem de ridicată, însă observațiile clinice scot în evidență faptul că ideile suicidare sunt extrem de frecvente în cazul multora dintre ei (Holdevici, 2009). Prin urmare, consilierul asistent social clinician va trebui să lucreze în această direcție, încercând să schimbe, să modifice fluxul de gândire cu tendințe suicidare al acestor tineri, într-un mod prioritar. În acest caz, al producerii unui eveniment grav suicidar în rândul unor elevi, consilierul asistent

social clinician trebuie să acționeze rapid și eficient pentru a stopa fenomenul de imitație și de contagiune, punându-le pur și simplu întrebări directe celorlalți elevi despre această posibilă intenție.

În cazurile de suicid, consilierul asistent social se confruntă, în condițiile realizării unei anchete amănunțite, cu existența unor factori de risc în ceea ce privește producerea acestui tip de comportament, cum sunt tentativele anterioare sau prezența în anturaj a unor rude, prieteni care au avut astfel de tentative comportamentale. În condițiile în care consilierul asistent social clinician identifică existența unor astfel de factori de risc, el trebuie să intervină într-un mod rapid și eficient, dar și cu mult tact, astfel încât clientul său să se depărteze de forța de atracție a unor astfel de exemple. Consilierul asistent social clinician, în aceste cazuri, trebuie să ia legătura cu părinții copilului sau adolescentului și să contacteze, dacă situația o impune, un serviciu de urgență în probleme de psihiatrie.

Datele clinice, în ceea ce privește fenomenul tentativei de suicid în rândul adolescenților, nu reliefează existența unui procent ridicat de depresivi (Straffon *et al.*, 1988, *apud* Holdevici, 2009; Dumitrașcu, 2010). Cu toate acestea, depresia este o realitate tot mai îngrijorătoare ca experiență de viață în ceea ce îi privește pe copii și pe adolescenți. Mai ales în cazul adolescenților, problemele legate de condițiile dezvoltării specifice vârstei lor conduc în numeroase cazuri la o percepție pesimistă despre ei, despre lumea în care trăiesc, la o ideatie de tip depresiv, de devalorizare personală, de pierdere a interesului pentru activitățile desfășurate, la un fenomen tot mai accentuat de trăire anhedonică, de lipsă de poftă de viață.

Un instrument util pe care îl poate utiliza consilierul asistent social clinician pentru depistarea stărilor depresive este utilizarea barometrului stărilor afective, precum și a tehnicii cognitiv-comportamentale a jurnalelor personale. Tânărul adolescent cu trăiri depresive este învățat de consilierul asistent social clinician să își schimbe fluxul gândirii negative în direcția unei gândiri realiste și funcționale, care să-i redea încrederea în sine și pofta de viață.

6.1.2. Asistentul social clinician și strategiile de consiliere psihologică

Strategiile de consiliere psihologică și de psihoterapie sunt instrumente suportive specializate care servesc îndeosebi clienților aflați într-o situație problematică din punct de vedere psihologic. Aceste demersuri specializate de consiliere psihologică și de psihoterapie pot fi realizate de persoane specializate în practica acestor domenii: psihologi clinicieni, psihiatri și consilieri asistenți sociali clinicieni.

Principiul lui C. Rogers, conform căruia orice persoană are capacitatea înăscută de a fi sănătoasă din punct de vedere fizic și psihic, stă la baza realizării cu succes a acestor demersuri terapeutice (Rogers, 2008). Tocmai acest postulat exprimat de Rogers stă la baza acțiunii practice de consiliere și psihoterapie pentru a fi transformat în realitate.

Practicienii clinicieni din domeniul asistenței sociale se confruntă în nenumărate situații cu persoane care sunt într-o evidentă și uneori gravă criză psihologică. Acesta este motivul pentru care specialiștii din domeniu trebuie să fie pregătiți să dea un răspuns adecvat setului de nevoi reale pe care le au clienții lor, inclusiv cele de ordin psihologic.

Pentru ca demersul să fie posibil, au fost create studii masterale specializate în domeniul consilierii asistenței sociale clinice, așa cum este programul masteral de la Facultatea

de Sociologie și Asistență Socială a Universității din București. În România există un cadru legal prin care asistentul social poate practica activitatea de consilier psiholog și de psihoterapeut, ca urmare a unor competențe dobândite prin programul special de formare profesională (Legea nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică). Prin urmare, au fost create condițiile pentru ca în cadrul activităților complexe de consiliere desfășurate de asistenții sociali, specialiștii din acest domeniu să poată acorda consiliere psihologică clienților care au nevoie de acest demers. În general, suportul psihologic pe care îl pot acorda specialiștii, inclusiv consilierii asistenți sociali clinicieni, urmărește ca persoanele care beneficiază de el, clienții (indivizi, familii, grupuri), să își recapete starea de bine psihic, capacitatea de a se bucura de viață și de a desfășura o activitate cotidiană cu un puternic conținut de satisfacție.

Pentru ca demersul să fie posibil, consilierul asistent social clinician trebuie să fie capabil să realizeze o evaluare psihologică bună și corectă a stării clientului pe care îl servește. Specialistul trebuie să identifice corect setul real de probleme psihologice ale clientului, astfel încât să poată iniția acel demers suportiv care se potrivește cel mai bine cu situația lui concretă. În activitatea de consiliere psihologică și în cea psihoterapeutică se consideră că nu există soluții dinainte stabilite pentru un client, de aceea este nevoie ca intervenția suportivă a consilierului asistent social clinician să țină seama de datele personale ale clientului (structura de personalitate a acestuia, vârsta, sexul, educația etc.), astfel încât aceasta să fie eficientă. Personalizarea demersului suportiv de consiliere psihologică este, prin urmare, obligatorie, astfel încât să poată răspunde în mod real și adecvat problemelor cu care se confruntă fiecare dintre clienți.

Întrebarea legitimă care se pune în legătură cu activitatea de consiliere psihologică și psihoterapeutică este *de ce oamenii au nevoie de ea*. Răspunsul care vine rapid pe buzele specialiștilor este că observația clinică a scos în evidență faptul că oamenii, în cele mai multe cazuri, nu își pot rezolva singuri problemele psihologice cu care se confruntă. Practic, nu putem ieși de singuri din depresie sau anxietate, cu atât mai puțin dacă suntem copii sau adolescenți, adică persoane cu resurse și experiențe reduse. Prin urmare, demersul consilierii psihologice și psihoterapeutice este acela de a-l elibera pe client de stările lui de inadecvare psihosocială, adică de anxietate, depresie sau alte trăiri afective, stări care îi perturbă comportamentul și au efecte negative inclusiv asupra celor apropiați, afectând cele mai importante aspecte ale vieții acestora.

În practica de consiliere psihologică, deși este nevoie de o bună evaluare psihologică a clientului, consilierul asistent social clinician nu trebuie să cadă în capcana psihodiagnosticului; el nu trebuie să se fixeze în mod rigid asupra acestuia, ci să abordeze clientul ca pe o persoană unică, de sine stătătoare, autoafirmativă, fără a uita că nu există boli, ci doar indivizi prin care acestea se manifestă.

În practica clinică, sistemele de clasificare a tulburărilor psihice pot fi comparate cu simple hărți, care s-au schimbat, s-au metamorfozat mult de-a lungul timpului. Important este teritoriul concret al problemelor cu care se confruntă fiecare client sub aspect psihologic. Cu atât mai important este acest demers terapeutic în cazul copiilor și adolescenților, acolo unde teritoriul asupra căruia se intervine este unul fragil și sensibil, iar hărțile psihopatologice și de diagnostic trebuie utilizate de clinician cu mare atenție. În acest teritoriu trebuie intrat numai însoțit, cu acordul și împreună cu proprietarul lui – clientul, în așa fel încât practica consilierii psihologice să fie o veritabilă hermeneutică, în care consilierul asistent social clinician îl învață pe clientul său cum să își recupereze

și să își restabilească echilibrul și starea de bine. Din această perspectivă, consilierul asistent social clinician este un facilitator al stării de bine psihice a clientului său.

În această ordine de idei, practica consilierii psihologice și psihoterapeutice rescrie, alături de criteriile de psihodiagnostic și de psihopatologie, datele concrete ale manifestării psihicului uman: „Este important de știut faptul că nu există un model standard de normalitate și că modalitățile de adaptare ale omului la mediu sunt foarte variate. Soluția psihoterapeutică eficientă pentru un pacient poate să nu fie eficientă pentru altul” (Holdevici, 2008). De aceea, este important ca specialistul, consilierul asistent social clinician să pornească în demersul său de la realitatea concretă în care se găsește clientul său și să caute să îi deblocheze propriile disponibilități, să îl ajute să trăiască fericit împreună cu cei apropiați lui, familia, prietenii, colegii de școală, să se accepte pe sine, să fie eficient și autoformativ.

Consilierul asistent social clinician nu este un manipulator, el nu transformă clientul într-un robot după o matrice psihosocială prestabilită; ceea ce întreprinde el îl ajută pe beneficiar să poată da curs potențialului său normal de dezvoltare personală.

6.1.3. Calitățile necesare consilierului asistent social clinician în activitatea de consiliere psihologică și psihoterapie

Un aspect important al activității de consiliere psihologică îl reprezintă personalitatea consilierului asistent social cu pregătire în domeniul consilierii psihologice și în cel al psihologiei clinice. Nu poți practica această activitate dacă din punct de vedere uman nu ești înnoțat cu acele calități care să te pună în situația, dincolo de expertiza profesională dobândită, de a fi suportiv față de client, de a-i facilita însănătoșirea și dezvoltarea personală. Prin urmare, este foarte greu, dacă nu chiar imposibil, să practici consilierea psihologică dacă nu ai capacități bune de comunicare, de interacțiune interpersonală, de empatie și de flexibilitate în raporturile cu semenii. În multe privințe, unul dintre obiectivele centrale ale suportului de consiliere psihologică îl reprezintă întâlnirea cu clientul și capacitatea de a intra în relație suportivă cu acesta (Moreau, 2007). Acest moment al întâlnirii clientului trebuie atent pregătit de către consilierul asistent social clinician, astfel încât el să fie eliberat de prejudecăți, de credințe deformate, care împiedică în stabilirea unei legături eficiente.

În practica de formare profesională a consilierilor asistenți sociali clinicieni, se are în vedere acest aspect, însă el nu poate fi pe deplin realizat dacă aceștia nu au calități la nivelul structurii lor de personalitate care să îi pună într-o situație de deschidere totală și eficientă față de clienții lor: „S-a afirmat, chiar adesea, faptul că psihoterapeutul potrivit va obține rezultate bune chiar cu o metodă psihoterapeutică proastă, în timp ce un terapeut nepotrivit va avea eșecuri și cu o metodă psihoterapeutică adecvată” (Holdevici, 2008).

Spre exemplu, Rogers era de părere că numai simpla sa prezență în cadrul ședinței de consiliere psihologică juca un rol major în procesul de deblocare a potențialului autoafirmativ de dezvoltare al clientului său (Dryden, 2010). Prin urmare, nu atât tehnicile terapeutice, oricât de bine ar fi puse la punct, pot ajuta cu adevărat clientul în problemele psihologice pe care le are, ci mai ales prezența suportivă a consilierului asistent social clinician, care ar trebui să aibă calități umane valoroase, care să faciliteze o experiență pozitivă pentru client.

Întrebări/discuții

1. Care sunt cauzele care generează comportamentele dispozițional dezadaptative (anxietate, depresie) la copii și adolescenți?
2. Ce calități trebuie să aibă consilierul asistent social pentru a realiza consilierea psihologică a clienților săi?
3. Ce spun datele statistice naționale și internaționale despre manifestările comportamentelor dispozițional-dezadaptative ale copiilor și adolescenților?
4. Cum trebuie să procedeze consilierul asistent social clinician în cazul copiilor și adolescenților care au probleme de comportament dispozițional dezadaptativ?

6.2. Diagnosticul psihologic: un instrument al activității de consiliere a asistentului social sau o capcană profesională?

Fascinația sistemelor de clasificare și a instrumentelor de diagnosticare a tulburărilor mentale traversează ca un fir roșu practica clinică din ultimii zeci de ani. Privind cu atenție la tot ceea ce s-a întâmplat în acest domeniu, nu putem rămâne indiferenți, ci mai degrabă obiectivi și critici (Foucault, 2005).

Consilierea de către asistentul social clinician a copiilor cu tulburări comportamentale este un demers complex și delicat în același timp, pentru că în această intervenție suportivă există nenumărate riscuri care le pot pune în pericol întreaga dezvoltare. În acest sens amintim faptul că riscul unui diagnostic eronat se poate transforma rapid într-o etichetă pe care copilul o va purta mult timp, afectându-i dezvoltarea. Prin urmare, este extrem de important ca seducția diagnosticului să nu se transforme într-o veritabilă dramă pentru copil și familia sa, dacă el nu este complet și bine realizat.

Există nenumărate experimente care au pus în evidență forța de influențare și de sugestie a diagnosticului, precum și rolul acestuia în evoluția și dezvoltarea psihică și socială a copilului (Rosenthal, Jacobson, 1968). Evaluarea clinică a unui copil se desfășoară cu multă precauție și gradual, permițându-i clinicianului să obțină informații care să poată fi validate de criteriile de diagnostic consacrate în plan internațional (DSM IV – TM, 1994 și CIM 10, 1996). Prin urmare, evaluatorul are sarcina, deloc ușoară, de a crea toate condițiile construirii unei investigații clinice care să aibă în vedere situația reală, concretă a copilului din punct de vedere fizic, social și psihic. Acestea din urmă sunt variabile esențiale ale dezvoltării oricărei ființe umane, copilul și adolescentul potențându-le sau nu în direcția afirmării lor de normalitate. Desigur, problema centrală a diagnosticului clinic în psihologie rămâne dimensiunea psihică a dezvoltării copilului, iar mijloacele de culegere a informațiilor în acest sens trebuie adaptate. Diagnosticianul face mai întâi un demers empiric, dar și interogativ, de inventariere a problemei cu care se confruntă sub aspect psihologic copilul, punându-și în mod firesc un șir de întrebări ce converg în mod logic spre înțelegerea acesteia. Primul pas, firesc, al clinicianului este legat de natura problemei copilului, după care următoarea întrebare pe care și-o pune e legată de modul în care va realiza evaluarea problemei. Abia după aceea ar trebui să