

**CADRUL PSIHOTERAPEUTIC ÎN LUCRUL
CU SUPRAVIEȚUITORII ABUZULUI**

Parascovia TOPADA-COROI

CZU: 159.964 + 615.851

parascovia.topada@gmail.com

Felul în care construim mediul terapeutic comunică simbolic grija pe care o oferim pacientului nostru, facilitează stabilirea încrederii în psihoterapeut și în procesul terapeutic, și contribuie la vindecare. Winnicott subliniază importanța unui mediu de îngrijire demn de încredere, consecvent și nonintruziv atât pentru îngrijirea maternă, cât și pentru cea terapeutică [4, p.57]. Dacă copilul se va simți securizat în interiorul cadrului terapeutic, el va fi mai capabil să „utilizeze” terapeutul pentru a se putea confrunta cu rănilor, deprivările și anxietățile care l-au adus la terapie. Pentru supraviețuitorii abuzului, este foarte important ca mediul în care se desfășoară terapia să fie unul „suficient de bun”. În crearea acestui mediu, un rol important îl joacă stabilirea *cadrlui fizic* în care ambii participanți – psihoterapeutul și pacientul acceptă anumite reguli necesare pentru eficiența procesului terapeutic, și a spațiului terapeutic intern. În cazul copiilor, este important ca și îngrijitorii lor să accepte aceste reguli. Dificultățile care apar mai târziu pot fi depășite doar dacă regulile prin intermediul cărora se va realiza un anumit tip de travaliu au fost corect stipulate [1, p.67].

Menționăm că pacientul traumatizat, cum este cel supus abuzului este mult mai sensibil la schimbările care apar atât în cadrul fizic, cât și în atitudinea analitică. Iar psihoterapeutul va avea dificila sarcină de a crea și menține un „mediu de susținere securizant în care, în special, punerile în scenă pătimeșe, adesea violente să se poată petrece în siguranță [6, p.354].

Cadrul extern se referă la reguli sau repere fundamentale în interiorul cărora se organizează terapie în scopul creării unui spațiu securizant fizic și psihologic [5, p.55]. Freud menționa că introducerea și respectarea unor „reguli tehnice vor scuti terapeuții de multe eforturi inutile și îi vor proteja de unele omisiuni” [3, p.115]. Elementele constituente ale cadrului extern sunt cele care vizează managementul spațiului, timpul, tranzacția financiară și confidențialitatea.

Este important ca *spațiul fizic* în care ne primim pacienții să fie intim și pe cât posibil lipsit de întreruperi. Satisfăcând în acest mod atât nevoia pacientului, cât și a terapeutului de continuitate. Dacă terapia are loc de fiecare dată într-un spațiu diferit, poate fi greu pentru pacienți, mai ales pentru copii să se simtă suficient de conținuți pentru a-și forma sentimentul unei baze securizante. De asemenea, este important să ne asigurăm că nu aducem prea multă informație personală în spațiul terapeutic, că acesta este cât se poate de neutru și anonim [5, p.61-64]. Respectarea reguli referitoare la *durata ședințelor* și punctualitatea în privința începutului și sfârșitului ședințelor face ca cadrul să fie unul de încredere și consecvent. De asemenea, comunică pacientului atitudinea pe care o avem față de granițe, cum ar fi cele de sexualitate sau confidențialitate. *Frecvența ședințelor* se stabilește în funcție de nevoile pacientului, capacitatea și motivația lui de lucru. S-ar putea ca pacienții foarte traumatizați sau cei depresivi să nu poată tolera decât 1-2 ședințe pe săptămână. *Regularitatea ședințelor* oferă ritm și previzibilitatea travaliului și îl poate ajuta pe pacient să se „ancoreze”, lucru în special util atunci când aduce în terapie un material răscolitor. *Întreruperea sau sfârșitul terapiei* se face doar de comun acord, dar nu fără a analiza motivele și starea de fapt actuală a pacientului. Când pacientul se confruntă cu amintirile experiențelor traumatice, îngrozitoare care au fost depozitate neorganizate și nereprezentante sau cu o prea mare intimitate este tentat să fugă din terapie [6, p.270]. Din acest motiv, este absolut necesară analiza oricăror motive în ședință, înaintea trecerii la act. *Confidențialitatea* conținutului ședințelor este asigurată prin codul etic al terapeutului și prin angajamentul stabilit cu și față de pacient. Cu excepția situațiilor prevăzute de lege, nimic din conținut, simptome sau problematică nu poate fi comunicat fără acordul pacientului. Comunicarea științifică a cazurilor trebuie să țină cont de două reguli de bază: acordul pacientului și mascarea identității pacientului, în așa fel încât doar el singur și numai el să se poată recunoaște în textul științific prezentat. Terapia este o *activitate plătută*, indiferent dacă de pacient, de familia acestuia, de sistemul de sănătate sau de organizația care furnizează serviciile. Această regulă

asigură exigența de continuitate terapeutică, de spațiu, de timp și de relație terapeutică. *Contractul financiar* le amintește terapeutului și pacientului despre granițele terapiei și protejează relația profesională (Taylor, 2002).

Spațiul terapeutic intern sau atitudinea analitică, în viziunea lui Parson (2007), este spațiul din mintea terapeutului în care îl poate primi pe pacient. Atitudinea analitică se sprijină pe integritatea terapeutului, care se referă la trăsături de caracter, cum ar fi onestitatea, onorabilitatea, a fi demn de încredere, respectul și verticalitatea. Lemma identifica următoarele 5 trăsături: consecvența, capacitatea de a fi de încredere, neutralitatea, anonimatul și abținerea [5, p.70]. În prezentul articol, vom descrie câteva dintre ele: *Neutralitatea* implică rezistența la, ca și procesare a sentimentelor sau impulsurilor puternice, deseori inconfortabile, și nu punerea lor în act. *Abținerea* ocrotește spațiul terapeutic prin menținerea lui ca mediu profesionist prin excluderea contactelor fizice, neîmpărtășirea pacientului a informațiilor personale, nesatisfacerea dorințelor pacientului (oferind asigurări sau sfaturi), în general, și, în mod special, a dorințelor sale sexuale. Psihoterapeutul va fi o oglindă netedă, care se lasă deformată cât mai puțin posibil de contratransfer [1, p.437]. Acesta va avea dificila sarcină de a menține echilibrul fragil manifestându-și disponibilitatea constant, fără a interveni prea repede sau prea copleșitor. Uneori disponibilitatea terapeutului poate fi percepută ca o promisiune seductivă de a-i oferi pacientului o compensație pentru tot ceea ce a pierdut sau a suferit [6, p.272]. Abținerea terapeutului îi transmite o informație prețioasă pacientului referitor la obligația părinților să se poarte abstinent față de copiii lor și atunci când comportamentul lor trebuie să fi fost „seducător” sau atunci când emoțiile îi copleșesc. În special, în cazul copilului-victimă a abuzului sexual, un scop esențial al terapiei ar trebui să fie acela de a-l ajuta în reluarea dezvoltării psihosexuale conform particularităților de vârstă. Prin urmare, copilul trebuie să afle în terapie că sexualitatea și legătura tandră sunt două momente independente ale experienței relaționale [4, p.273]. De aceea terapeutul nu trebuie să acționeze nici seducător, dar nici nu trebuie să fie retras. Literatura de specialitate

recomandă, de asemenea, să fim foarte *autentici* (onești) cu pacienții abuzați, deoarece ei percep cu multă finețe dorințele, impulsurile, dispozițiile, simpatiile și antipatiile, chiar și atunci când terapeutul este inconștient de ele. Trebuie să menționăm că autenticitatea reprezintă capacitatea de a ne accepta greșelile și de a renunța la ele, acceptarea criticilor venite din partea pacientului, sinceritatea terapeutului în raport cu pacientul și, nu în ultimul rând, renunțarea la „ipocrizia profesională”. La fel de important în cazul terapiei copilului abuzat este renunțarea la atitudinea pedagogică și a explicațiilor intelectuale. Un pacient abuzat are mai degrabă nevoie de un mediu securizant, demn de încredere care poate fi realizat, prin exprimarea din partea analistului a unei bunăvoințe materne. În cazul în care această bunăvoință maternă lipsește, copilul se poate simți singur și abandonat în cea mai profundă suferință, adică în acea situație insuportabilă care, într-un anumit moment l-a condus la clivajul psihic [3, p.116].

Fischer și Riedesser evidențiază că sarcina primordială a terapiei în cazul abuzului sexual este susținerea mecanismelor de elaborare tipice vârstei copiilor. O simplă „confruntare cu realitatea” este mai degrabă nocivă. Copilul trebuie să fie ajutat să „integreze noi modele interne ale lumii” (Horowitz și Zilberg, 1983), adică trebuie să se realizeze o integrare în modelul lumii specific copilăresc [4, p.272-276]. O funcție importantă are aici „jocul traumatic”, în care copiii retrăiesc încă o dată experiența traumatică în cantități autodozate și caută ieșiri în viața lor fantasmatică. Ei exprimă astfel adesea o serie de „fantezii de intervenție” (Pynoos și Nader, 1993). Pentru un copil aflat în suferință, jocul are funcția de a restabili capacitatea de control. Brazelton (2008) afirmă că *jocul este o cale sănătoasă de rezolvare a sentimentelor rămase de pe urma experiențelor traumatice*.

În cadrul unui proces terapeutic conținător și susținător, amintirile traumatice disociate pot fi elaborate și integrate de către pacient. De asemenea, sprijinindu-se pe constanța și neutralitatea terapeutului și a cadrului terapeutic, copilul poate internaliza o nouă relație cu obiectul, una securizantă.

Referințe:

1. ETCHEGOYEN, H. R. *Fundamentele tehnicii psihanalitice*. București: EFG, 2011. 718 p. ISBN 978-973-1998-11-4.

ȘTIINȚE SOCIALE

Psihologie, științe ale educației, sociologie și asistență socială

2. FERENCZI, S. *Jurnal Clinic*. București: EFG. 2005. 347 p. ISBN 973-86377-5-9.
3. FREUD, S. *Tehnica psihanalizei. Opere esențiale* Vol. 11. București: Trei, 2010. 490 p. ISBN 978-973-707-342-6.
4. FISCHER, G., RIEDESSER, P. *Tratat de psihotraumatologie*. București: Trei, 2001. 389 p. ISBN 973-9419-84-4.
5. HOVARD, S. *Psihoterapie și consiliere psihodinamică*. București: Herald, 2010. 316 p. ISBN 978-973-111-177-3.
6. MESSLER DAVIES, J., GAIL FRAWLEY, M. *Terapia supraviețuitoarelor adulte ale abuzurilor sexuale din copilărie*. București: Trei, 2017. 436 p. ISBN 978-606-719-827-0.