

## THE ROLE OF FAMILY COMMUNICATION IN COUNSELING ADOLESCENTS WITH CONDUCT DISORDER

**Radiana MARCU, Assistant Professor, PhD, and Anca MUSTEA, Assistant Professor, PhD, “Vasile Goldis” University the West, Arad**

*Abstract: In today's society there is an increasing frequency of conduct disorder in adolescents, having negative impact at a personal, family and social level. Adolescents with conduct disorder show deficits in the ability to initiate, maintain and develop effective social interaction (social competence), and in the recognition, understanding and self-regulation of emotion (emotional competence). These dysfunctional behavioral and emotional patterns have a negative impact on academic performance and social functioning of teenagers.*

*The family is the first social environment to which the child has contact and which is influencing his behavior. It has a very important role in the prevention of conduct disorder and, it is also essential in the counseling process of adolescents with conduct disorder. The success of counseling in adolescents with conduct disorder is largely influenced by family involvement and its openness to dialogue with both the counselor and the adolescent. Most of the times, the lack of family involvement and the lack of real dialogue have a negative effect by giving up the counseling process and the adolescent's reintegration.*

*Keywords: communication, dialogue, conduct disorder, family*

### Introducere

Comportamentul antisocial și agresiv la copii este o temă de interes pentru cercetarea în domeniul psihologiei copilului cel puțin din două motive. În primul rând, problemele de conduită reprezintă cauza principală pentru care copiii și adolescenții ajung în clinicile de sănătate mentală sau în centre de tratament. În al doilea rând, tulburările de comportament sunt puternic asociate cu delinvența înregistrându-se o creștere îngrijorătoare a delinvenței juvenile. Ca rezultat al acestui interes s-au realizat numeroase cercetări în încercarea de a înțelege și de a trata formele psihopatologiei tulburărilor de externalizare la nivel de mecanism (Maddux și Winstead, 2005, p. 335).

Conform DSM IV (APA, 2000) trăsătura esențială în Tulburarea de conduită este reprezentată de un pattern de comportament persistent și repetitiv în care drepturile de bază ale celorlalți sunt încălcate și în care normele sociale nu sunt respectate. De asemenea perturbarea de comportament trebuie să cauzeze o deteriorare semnificativă în funcționarea socială, academică sau ocupațională. Pe baza criteriilor din DSM IV (APA, 2000), trei sau mai multe din cele 15 comportamente specifice, incluzând agresivitatea față de oameni sau animale, distrugerea de bunuri, furtul sau minciuna, și încălcarea de reguli (de exemplu: fuga de acasă), trebuie să fie prezente pe o perioadă de 12 luni pentru a putea pune diagnosticul de tulburare de conduită. Frecvent, comportamentele persistente care apar în mai multe contexte diferite este mai probabil să constituie simptome a tulburării (Lerner și Steinberg, 2004).

Caracteristicile psihologice care pot constitui un factor de risc pentru tulburarea de conduită sunt hiperactivitatea, tendința spre asumarea riscurilor, impulsivitatea și deficitul de atenție. Împreună, aceste trăsături se asociază cu o rată mai mare a delinvenței și arestărilor

în cazul celor care au aceste caracteristici comparativ cu cei care nu le au. Date relevante în literatura de specialitate (APA, 2000) susțin că tulburarea de personalitate antisocială, care este posibilă dezvoltare a tulburării de conduită la vârsta adultă, se asociază cu trăsături cum ar fi: căutarea noutății (cu comportamente temperamentale și impulsive), lipsa temerilor (provocator) și dependența scăzută față de recompense (distant și independent).

Relațiile părinte-copil care includ practicile parentale de disciplinare, implicarea și supraveghere minimă, căldură emoțională scăzută și atitudini negative față de copil pot constitui factori de risc pentru tulburarea de conduită. Aceste practici parentale sunt semnificativ relaționate cu delincvența și abuzul de substanțe de mai târziu.

### **Influența familiei asupra dezvoltării adolescentului**

Părinții modelează viața copiilor lor de la naștere și până când aceștia ating statutul de adult. Cel mai important factor al mediului extern pentru copil și adolescent este familia, care conferă suport emoțional, material și cultural, de grijă și educație, iar modalitatea sau forma prin care aceste nevoi ale copilului și adolescentului sunt satisfăcute, influențează în mare măsură dezvoltarea psihică și sănătatea mentală a acestuia. Astfel, declinul familiei sale și dificultățile sau problemele de relaționare între membrii familiei pot avea consecințe grave comparativ cu mediul familial echilibrat, care conferă adolescentului stabilitate, siguranță și afecțiune (Milea, 2006).

Tipul de familie din care adolescentul face parte poate să constituie un factor important în dezvoltarea emoțională și în calitatea relațiilor interpersonale ale acestuia, deși nu atât forma de organizare a familiei și statutul membrilor familiei sunt importante, ci mai degrabă conținutul relațiilor interpersonale dintre membrii familiei.

Interesul curent în ceea ce privește efectele conflictelor maritale asupra copiilor își are originea în asocierile realizate de-a lungul timpului între familiile destrămate și delincvență. Studii realizate între anii 1960 și 1970 au arătat că principalele riscuri care acompaniază divorțul sau separarea, mai mult decât moartea unui părinte, se datorează conflictului dintre părinți și nu divorțului în sine (Rutter, 1971; 1981). Concluziile studiilor realizate de Block, Block și Gjerde (1986) subliniază faptul că dezacordul și conflictul în familiile intacte reprezintă pentru copii și adolescenți un risc crescut pentru dezvoltarea unei patologii. De asemenea, rezultatele relevă și faptul că un risc substanțial pentru psihopatologie îl reprezintă și conflictele existente după divorț, dacă copiii și adolescenții se simt prinși în aceste conflicte.

Studiul lui Rutter aduce o dovadă solidă a faptului că mediul familiar conflictual poate duce la dezvoltarea unei tulburări de comportament, însă trebuie menționat faptul că deși familia conflictuală este un indicator de risc, mecanismul prin care acesta interacționează nu a fost identificat (Rutter, 1994).

Într-un studiu realizat de Olsson, Nordstrom, Arinell și von Knorring (1999) rezultatele arată că adolescenții cu tulburări depresive au experiențiat mai multe evenimente stresante decât cei sănătoși. Adolescenții care pe lângă tulburarea depresivă au și tulburare de conduită sunt mai împovărați și au mai multe conflicte și schimbări în dinamica familială, iar cei cu tulburare de comportament de tip opoziționist provocator au înregistrat probleme în relațiile cu părinții și cu covârșnicii. Autorii studiului susțin că cel mai mare risc îl constituie

situațiile amenințătoare pe termen lung din punct de vedere psihologic (Olsson, Nordstrom, Arinell și von Knorring, 1999).

Educația inadecvată, stilul parental hipoprotectiv și cel hiperprotectiv împreună cu tipul contradictor de educație sunt doar câteva dintre ingredientele care pot duce la probleme psihologice și de comportament. Definită de Ștefan Milea (2006) ca formă de abuz, educația inadecvată este cel mai important context psihologic patogen acționând prin diferite și variate mecanisme, iar consecințele asupra echilibrului psihic sunt severe și prezente și în viața adultă.

Este necesar ca, pe lângă satisfacerea trebuințelor elementare și asigurarea protecției, copilul să aibă parte și de un climat afectiv pozitiv, stabil și securizant. Copilul trebuie să capete sentimentul că este un factor de mulțumire și satisfacție pentru anturaj, iar acest lucru se întâmplă când persoanele semnificative pentru el adoptă o atitudine binevoitoare, manifestă afecțiune, tandrețe față de copil și interes pentru acțiunile și faptele acestuia. În acest mod copilul și adolescentul se va evalua ca fiind o persoană valoroasă, iubită și capabilă să iubească. Familia deține rolul suprem în construirea lumii înconjurătoare și în dezvoltarea psihică a copilului, iar orice anomalie în mediul de viață al acestuia are repercursiuni negative (Milea, 2009).

### **Rolul comunicării în procesul de profilaxie și consiliere a adolescenților cu tulburare de conduită**

Date fiind consecințele negative pe care le are tulburarea de conduită, atât la nivel individual, cât și la nivel familial, educațional și social, este important ca să se intervină cât mai devreme prin consiliere sau alte intervenții psihoterapeutice. Un pas mai avansat îl constituie profilaxia primară pentru a evita dezvoltarea dizarmonică a copilului și adolescentului.

Un aspect esențial al procesului de consiliere și psihoterapie este comunicarea. Procesele de comunicare sunt în esență procese sociale și se bazează pe interacțiunea dintre interlocutori, implicând o tranzacție între aceștia, nu o transmitere unilaterală. După Abric „Comunicarea reprezintă (...) un act social deliberat sau involuntar, conștient sau nu.” (Abric, 2002, p. 15). Calitatea comunicării este asigurată de relația dintre persoanele aflate în interacțiune. În cazul consilierii și psihoterapiei vorbim despre *relația terapeutică*.

Carl Rogers (2008) consideră că cea mai importantă caracteristică a relației terapeutice este aceea de a fi autentică. Cu cât relația este mai autentică, cu atât ea este mai utilă: „Asta înseamnă că trebuie să fii conștient de propriile sentimente, atât cât este posibil, în loc să înfățișez masca exterioară a unei atitudini și, de fapt, să am altă atitudine la nivel mai profund sau inconștient. A fi autentic presupune totodată a fi dispus să trăiesc și să exprim, prin cuvinte și purtări, diferitele sentimente și atitudini care există în mine.” (Rogers, 2008, p. 70) O relație terapeutică trebuie să fie în același timp caracterizată de empatie, acceptare necondiționată și congruență între gânduri, emoții și comportamente. Acceptarea necondiționată presupune aprecierea celuilalt ca o „persoană cu valoare personală necondiționată – valoroasă indiferent care i-ar fi situația, comportamentul ori sentimentele.” (Rogers, 2008, pp. 70-71).

Relația terapeutică poate fi considerată doar o formă de relație interpersonală, aceleași legitați guvernând toate relațiile interpersonale, inclusiv relația părinte-copil. Dacă părintele creează împreună cu copilul un climat securizant pe baza unei relații autentice și de acceptare necondiționată, dezvoltarea copilului va urma un traseu dezirabil. În condițiile în care între părinte și copil se reușește stabilirea unei comunicări reale, în care fiecare îl acceptă pe celălalt așa cum este, se poate îmbunătăți relația părinte-copil, astfel încât părintele să ajungă să valorizeze copilul pentru ceea ce este și să conteste doar problema.

Prevenția în rândul adolescenților poate fi extrem de utilă, ținând cont de faptul că majoritatea tinerilor nu au acces la surse de suport din mediu care să îi protejeze împotriva comportamentelor de mare risc și să încurajeze comportamentele pozitive sau preventive. Aria largă de condiții defavorabile pe care copiii și adolescenții pot să le experimenteze și riscul pentru debutul și perpetuarea problemelor psihice de-a lungul vieții indică importanța programelor de prevenție pentru copii și adolescenți. Acestea au rolul de a preveni distresul și problemele de adaptare ale tinerilor, care nu beneficiază de îngrijirea optimă a sănătății mentale, astfel încât să scadă riscul apariției unei deteriorări funcționale în perioada adultă (Opler, Sodhi, Zaveri și Madhusoodanan, 2010).

Cele mai de succes intervenții preventive pentru reducerea riscului de apariție a comportamentelor agresive și a tulburărilor de comportament au ca țintă îmbunătățirea competențelor sociale și creșterea frecvenței comportamentelor prosoziale în rândul copiilor, părinților, covârșnicilor și profesorilor (WHO, 2004).

Profilaxia secundară și terțiară, prin formele de consiliere sau psihoterapie, s-a dovedit a fi eficientă în prevenirea recăderilor în urma *intervențiilor selective* pentru diferite tulburări de comportament (WHO, 2004).

Programele de intervenție implementate timpuriu și care au ca țintă modificarea factorilor de risc individuali, familiali și sociali au avut efecte impresionante în reducerea apariției tulburării de conduită și a delincvenței. De asemenea, este important de subliniat faptul că părinții copiilor cu tulburare de conduită au o sarcină dificilă în gestionarea acestor probleme de comportament și, de cele mai multe ori, în aceste situații stilul parental este mai puțin pozitiv, permisiv și inconsistent cu modalități de disciplinare violente, ceea ce menține și chiar înrăutățește problemele de comportament ale copilului (Scott, Doolan, Beckett și Cartwright, 2010).

Conform teoriei sistemelor structurale de familie, familiile copiilor cu probleme de comportament disruptiv sunt mai dezorganizate decât alte familii. În aceste familii regulile, rutinele și rolurile nu sunt foarte clare. *Comunicarea* este indirectă, lipsită de empatie și confuză (Carr, 2006). Membrii acestor familii nu au deprinderi de rezolvare a problemelor.

Pentru problemele de comportament, factorii protectivi din cadrul sistemului familial implică *relații maritale și relații părinte-copil pozitive, o comunicare eficientă între membrii acesteia și abilități de rezolvare de probleme* (WHO, 2004).

*Încurajarea* este definită ca proces de exprimare a încrederii în abilitățile și valoarea individului, opus procesului de recompensare pentru obiectivele atinse. Adler credea că întărirea pozitivă, ca tehnică utilizată în sistemele cognitiv-comportamentale de terapie, conduce de fapt la descurajare deoarece oamenii pot ajunge să creadă că nu merită realizările

(Marcu, 2013a). Învățarea părinților, profesorilor și a altor îngrijitori să ofere încurajări este văzut ca prim pas în prevenirea problemelor de sănătate mentală.

În tratarea tulburării de conduită și a problemelor de comportament în general, modalitatea preferată a consilierilor adlerieni este de a include familiile și profesorii în procesul de consiliere deoarece se consideră că interacțiunea cu adultul menține obiectivele copilului. Un obiectiv al consilierii adleriene este de a ajuta copilul să își formeze o perspectivă asupra comportamentului său problematic prin descoperirea/ conștientizarea obiectivelor, postulându-se ideea conform căreia copiii nu sunt conștienți de scopurile și acțiunile lor de cele mai multe ori neputând justifica comportamentul negativ.

Rezultatele celor mai recente cercetări în domeniu demonstrează ca terapia funcțională de familie crește *comunicarea suportivă* dintre membrii familiei, scade frecvența comunicării defensive și ajută membrii familiei să își schimbe atribuiri personale cu privire la problemă în atribuiri situaționale. Terapia funcțională de familie este eficientă și în alte arii ale psihopatologiei nu doar în tratarea tulburării de conduită putând fi implementată cu succes (Sexton și Alexander, 2003).

Superioritatea consilierii familiei față de consilierea individuală este susținută de diferite studii (Henggeler & Sheidow, 2012; Apsche, Bass & Houston, 2007; Apsche, Bass, Zeiter și Houston, 2008), ceea ce indică o relativă instabilitate a valorilor adolescenților și posibilitatea „contaminării” sau a influențării acestora de către familie și de către persoane semnificative pentru aceștia. Aceste aspecte au fost subliniate de Ștefan Milea în caracterizarea perioadei adolescenței ca plastică și cu o vulnerabilitate utilă (Milea, 2009). Prin urmare, responsabilitatea în bună parte pare să cadă pe umerii părinților care prin atitudinea și comportamentul lor pot favoriza sau nu menținerea rezultatelor pozitive înregistrate de adolescenți pe parcursul ședințelor de consiliere.

„Cu toate că adolescenții nu verbalizează o îmbunătățire substanțială a relației cu familia, această îmbunătățire este evidențiată în cercetare. În mod ipotetic, nerecunoașterea ameliorării relației cu familia se poate datora și expectanțelor nerealiste ale adolescenților cu privire la o relație adecvată cu familia dar și contaminării cu informații contradictorii primite de la covârșnicii” (Marcu, 2013b).

În cazul tulburării de conduită, este importantă formarea unei relații colaborative între familie și consilier. Astfel, părinții și consilierul contribuie în program cu propria expertiză, iar munca are un caracter colaborativ pentru ameliorarea problemelor de conduită a adolescentului (Gower și Bryan, 2005). Deschiderea părinților față de procesul de consiliere permite o comunicare autentică între aceștia și consilier, pe de o parte, respectiv între părinți și adolescent, pe de altă parte. În cadrul consilierii, părinții pot identifica limitele comunicării anterioare cu copilul, producându-se o schimbare în modul în care îl percep și îl acceptă ca persoană, ajungând să problematizeze doar comportamentul nedorit.

Neimplicarea familiei în procesul de consiliere implică o comunicare deficitară a părinților, atât cu copilul, cât și cu consilierul. Acest mod de comunicare va fi, la rândul său, oglindit în relația copilului cu consilierul, constituind un impediment pentru reușita intervenției.

## Concluzii

Tulburarea de conduită are consecințe negative atât în ceea ce îl privește pe adolescent, cât și în ceea ce privește familia și societatea. La nivel individual, o tulburare de conduită persistentă se va dezvolta într-o tulburare antisocială la vârstă adultă. De asemenea, se poate asocia cu rezultate scăzute la nivel academic și social, ceea ce va împiedica o bună integrare socială. La nivel familial, tulburarea de conduită poate duce la conflicte și disfuncționalitate, care necesită o intervenție de specialitate pentru a fi depășite. Manifestările psihopatologice ale adolescentului cu tulburare de conduită se răsfrâng asupra întregii societăți, prin consecințele negative pe care le au.

Prin urmare, profilaxia primară, secundară și terțiară (consiliere și psihoterapia) au un rol semnificativ asupra problematicii abordate. Reușita intervențiilor, însă, depinde de implicarea familiei și a adolescentului în relația terapeutică. O relație terapeutică autentică între consilier și familie va modela, la rândul ei, relația dintre adolescent și părinți.

Pentru a ajunge la o relație terapeutică adecvată este necesar ca aceasta să se bazeze pe o comunicare eficientă, adică pe un dialog real între cei implicați. Un astfel de dialog presupune a-l accepta pe celălalt și a-l asculta, chiar dacă părerile sunt diferite. Pentru a se putea realiza o bună comunicare trebuie să existe un grad de empatie, astfel încât fiecare să își poată reprezenta cum se simte celălalt.

În comunicare, este important ca ceea ce se afirmă să facă referire la o problemă punctuală și să nu atace persoana, ceea ce ar putea duce interlocutorul să apeleze la apărare, la un comportament defensiv, agresiv. De exemplu, în relația părinte-copil, o astfel de atitudine a părintelui îi va da de înțeles adolescentului că el nu este pus sub semnul întrebării ca om întreg. Pentru ca părintele să poată aborda o astfel de atitudine, e nevoie ca acesta să poată simți că-l poate accepta așa cum este; ceea ce implică curaj și încredere. Consilierul are rolul de a-l susține pe părinte astfel încât acesta să poată ajunge la a-și construi o relație adecvată cu copilul său.

Comunicarea interpersonală necesită curaj și încredere, existența unei relații de apropiere, autenticitate și semnificație. Pentru ca procesul de consiliere să aibă rezultate pozitive, este nevoie ca toți cei implicați să fie deschiși spre o astfel de comunicare.

## Bibliografie

- Abric, J.-C. (2002). Psihologia comunicării: teorii și metode. Iași: Editura Polirom.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. D.C.: A.P.A.
- Apsche, J.A.; Bass, C.K.; Houston, M.-A. (2007). Family Mode Deactivation Therapy as a Manualized Cognitive Behavioral Therapy Treatment. *The Behavior Analyst Today*, vol. 8, nr. 3, pp. 363-378.
- Apsche, J.A.; Bass, C.K.; Zeiter, J.S.; Houston, M.-A. (2008). Family Mode Deactivation Therapy in a Residential Setting: Treating Adolescents with Conduct Disorder and Multi-Axial Diagnosis. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, vol. 4, nr. 4, pp. 328-339.

- Block, J. H., Block, J., and Gjerde, P. F. (1986). The personality of children prior to divorce: A prospective study. *Child Development*, 57, 827-840.
- Carr, A. (2006). *Family Therapy. Concepts, Process, and Practice*. 2nd Edition. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Gowers, S. G., and Bryan, C. (2005). Families of Children with a Mental Disorder. In N. Sartorius, J. Leff, J. J. López-Ibor, M. Maj, and A. Okasha (Eds.), *Families and mental disorders from burden to empowerment*. England: John Wiley & Sons.
- Henggeler, S.W.; Sheidow, A.J. (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 38, nr. 1, pp. 30-58.
- Lerner, R., and Steinberg, L. (2004). *Handbook of adolescent psychology* (3rd edition). New York: Wiley.
- Maddux, J. E., and Winstead, B. A. (Eds.) (2005). *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (2nd ed., pp. 223–250; 335). New York: Taylor & Francis.
- Marcu, R. (2013a). Factorii familiale și tulburarea de conduită la adolescent din perspectiva psihologiei adleriene. *Revista de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România*, 16(1), 25-40.
- Marcu, R. (2013b). Modification of dysfunctional patterns by the means of counselling in the care of teenagers facing behavior problems. The role of family in maintaining the results. *International Journal of Education and Psychology in the Community*, vol. 3, nr. 2, pp. 64-93.
- Milea, Șt. (2006). *Profilaxia primară a tulburărilor psihice la copil și adolescent*. Vol. 1. București: Editura Științelor Medicale.
- Milea, Șt. (2009). *Profilaxia primară a tulburărilor psihice la copil și adolescent*, vol. II, București: Editura Științelor Medicale.
- Olsson G, Nordstrom M-L, Arinell H, von Knorring A-L. (1999). Adolescent depression and stressful life events. A case-control study within diagnostic subgroups. *Nordic Journal Psychiatry*, 53, 339–346.
- Opler, M., Sodhi, D., Zaveri, D., and Madhusoodanan, S. (2010). Primary psychiatric prevention in children and adolescents. *Annals of clinical psychiatry*, 22(4), 220-234.
- Rogers, C. (2008). *A deveni o persoană*, București: Editura Trei.
- Rutter, M. (1971). Parent-child separation. Psychological effects o the children. *Journal of child psychology and psychiatry*, 12, 233-260.
- Rutter, M. (1981). The city and the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 610–625.
- Rutter, M. (1994). Family discord and conduct disorder: cause, consequence, or correlate? *Journal of family psychology*, 8(2), 170-186.
- Scott, S., Doolan, M., Beckett, C., and Cartwright, S. (2010). *How is parenting style related to antisocial behavior. Preliminary findings from the helping children achieve study*. London: Department for Education.
- Sexton, T., and Alexander, J. (2003). Functional family therapy: A mature clinical model for working with at-risk adolescents and their families. In T. Sexton, G. Weeks, & M. Robbins (Eds), *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner-Routledge.
- World Health Organization (1998). *ICD-10. Clasificarea Tulburărilor Mentale și de Comportament*. București: Editura All.