

## Model pentru practicarea psihoterapiei cu copii și adolescenți

## Model for the practice of psychotherapy with children and adolescents

Speranța Popescu

### REZUMAT

---

Acest studiu reprezintă un model extras din practica și cercetarea internațională în domeniul psihoterapiei cu copii și adolescenți. O serie de particularități specifice acestui mod de tratament se descriu ca fiind importante pentru etapele de vârstă abordate: copilăria și adolescența.

Pentru clinicienii care aleg să practice psihoterapia cu copii și adolescenți este extrem de important să cunoască principiile care guvernează modelele de lucru atât în prevenție cât și în intervenție.

**Cuvinte cheie:** psihoterapia individuală, terapia de familie, terapia de grup, terapia prin joc, terapia cu adolescenți, contratransferul, alianța terapeutică, tehnicile paradoxale.

### ABSTRACT

---

This study represents a model extracted drawn from practice and international research in the field of psychotherapy with children and adolescents. A number of features specific of this type of treatment are described as important for older stage addressed: the childhood and adolescence. For clinicians who choose to practice psychotherapy with children and adolescents is important to know the principles that govern the work practice in both prevention and intervention.

**Key-words:** individual psychotherapy, family therapy, group therapy, play therapy, therapy with adolescents, the countertransference, therapeutic alliance, the paradoxical techniques.

### Evaluarea pentru psihoterapie

În multe cazuri tulburările copiilor constau în insuccese observate în sensul progreselor așteptate într-una sau mai multe dimensiuni ale dezvoltării și mai puțin în manifestarea unor simptome specifice (symptoms per se). Evaluarea se va raporta la nivelul stadiului de dezvoltare specific etapei de vârstă a copilului.

Contextul social de referință trebuie luat în considerare. Cine se ocupă de copil și cum? Pentru că abilitatea copilului de a-și conceptualiza și verbaliza experiențele diferă de cea a adultului, tehnica de in-

vestigare a nivelului mental trebuie adaptată vârstei subiectului și este necesară completarea informațiilor cu relatări de la părinți/profesori.

Din nefericire informatorii nu sunt în acord întotdeauna unul cu celălalt și cu copilul. Aceste discrepanțe apar din multiple cauze dintre care: informatorii diferă între ei prin modalitatea de acces la datele despre comportamentul sau stările emoționale ale copilului, în special dacă simptomele apar în situații specifice (numai acasă sau numai la școală); modalitatea de evaluare a problemelor manifestate de copil în comportament diferă de la un informator la celălalt; informatorii diferă și prin bunăvoința sau abilitatea pe

care o manifestă în raportarea unor observații, gânduri sau sentimente.

Este cunoscut faptul că părinții sunt mult mai expliciti în raportarea unor manifestări comportamentale exterioare și prezintă acuratețe față de informațiile factuale (Kashani, Burk, 1985). Copiii pe de altă parte relatează cu mai multă ușurință simptomele internalizate (anxietate, depresie) și manifestă jenă față de evenimente legate de eventuale abuzuri sexuale. În ciuda incongruențelor posibile în diada părinte-copil, includerea părinților în evaluare este importantă.

Dacă este selectată terapia individuală, suportul lor este necesar pentru menținerea alinației și conducerea copiilor la întâlnire. Dacă este selectată terapia suportivă accesul la viața reală a copilului trebuie evaluat mai ales pentru vârstele mici când transmiterea legăturii între lumea psihică exterioară și cea interioară este nesigură. Pentru consilierea de familie părinții joacă un rol central.

Scopul general al evaluării și formulării tratamentului prin psihoterapie nu este acela de a obține o descriere a comportamentelor problemă, a gândurilor, emoțiilor, ci de a înțelege semnificația lor în relația copilului cu mediul său de viață.

Decizia de tratament va trebui adaptată nivelului cognitiv, lingvistic și social al copilului. Jocul interactiv și/sau tehnicile proiective pot susține această decizie. Elementul de glumă, de joacă plasează copilul și terapeutul într-o situație de comunicare mult mai facilă.

Jocurile de rol, păpușile, animalele, micile figurine permit exprimarea spontană prin intermediari a modalităților caracteristice proprii de relaționare cu mediul.

Desenul reprezintă o fereastră prin care se poate privi în lumea internă a copilului și prin care se pot evalua anumite funcții non-verbale. În general evaluările prin joc, desen sunt indicate copiilor cu vârste până la 10 ani, pentru pre-adolescenți și adolescenți sunt indicate cele verbale, tradiționale.

### **Opțiunea pentru tratament**

#### **Psihoterapia individuală**

Psihoterapia individuală în termeni de relativitate este mai potrivită pentru copilul care manifestă simptome ego-distonice cum ar fi anxietatea, depresia, sau manifestări de jenă privind unele situații de abuz sexual. Susținerea parentală ca și cea de mediu este uti-

lizată în terapie.

Contraindicațiile privesc implicațiile legale care includ câștigul secundar pentru copil sau familie, (custodia, accesul la dispute, delincvența minoră), abuzul de substanțe toxice, psihoza acută, sau perpetuarea unei patologii individuale ca efect al unei severe disfuncții familiale (“țapul ispășitor”).

#### **Terapia de familie**

Terapia de familie este în mod clar indicată atunci când se ajunge la un consens privind cauza primară a problemei ca fiind interacțională, implicând distorsiuni de comunicare, socializare, definirea rolului, granițelor și structurilor. Patologia individuală trebuie să fie minoră. Problema se manifestă comportamental mai mult decât la nivelul dimensiunii cognitive sau emoționale. Ca și la terapia individuală familia trebuie să fie în panică iar variatele subsisteme trebuie să fie capabile să suporte schimbarea indivizilor ca și a întregului sistem familial.

#### **Terapia de grup**

Această modalitate de tratament poate fi folosită în mod particular cu adolescenții care au nevoie în mod deosebit de acceptarea egalilor, încrederea lor deosebită în cei de-o vârstă cu ei mai mult decât în adulți în rezolvarea problemelor este un factor de alianță.

Cu copiii mai mici accentul se pune pe activități mai mult decât pe discuții. Rezolvarea unei sarcini comune poate conduce la formarea unor deprinderi sociale productive.

Orice suferință psihiatrică care interferează cu cogniția socială sau comportamentală, de la depresie la tulburarea de învățare poate forma o bază pentru terapia de grup. Copiii au capacitatea de a se bucura acum și aici de rezolvarea unei probleme comune.

#### **Alte intervenții**

Unii terapeuți consideră intervenția prin mediu ca inefficientă și de mică importanță ca modalitate terapeutică. Acest impact este uneori cel mai potrivit cu copiii.

Unii terapeuți sunt chemați să intervină direct în lumea pacienților lor. Alteori terapeutul însuși inițiază un astfel de contact.

Cele mai importante indicații pentru o relație terapeutică activă cu mediul sunt: pentru a întări viabilitatea terapiei, activarea structurii modificate în viața copilului, pentru asistarea corectă a nevoilor copilului

în afara instituției. Pentru a obține un feed-back asupra impactului terapiei în mediul de viață al copilului, pentru a se asigura că fiecare respectă țințele terapeutice atinse și implementarea strategiilor de tratament.

Există riscuri ale dependenței terapeutice cum ar fi aceea a familiei și copilului. Terapeutul poate fără să vrea să confirme neputința familiei față de ajutorul dat copilului acționând cu mijloace pe care și ei le-avea la îndemână. Mai rău terapeutul poate întreține câștigul secundar față de comportamentul regresiv al copilului dând curs cererilor de scuză ale acestuia față de anumite responsabilități.

Un alt pericol îl constituie idealizarea terapeutului ca o persoană care deține toate răspunsurile, sau un magician care poate vindeca copilul. Aceste expectații trebuie temperate și adaptate la realitate. Terapeutul se prezintă ca o persoană care poate facilita comunicarea cu toți cei care manifestă un interes pentru problemele copilului și poate avea un rol suportiv bazat pe înțelegerea reală a nevoilor copilului.

### Tratamentele combinate

Combinarea tratamentului de familie cu cel individual poate avea uneori un efect sinergic în care câștigurile pot fi simultane. În terapia de familie se clarifică care patologie cui aparține ceea ce sugerează care este nivelul cel mai eficient la care se poate interveni.

În general decizia care se ia pentru un anumit tip de terapie trebuie să fie ghidată de scopurile terapeutice. Dacă pacientul prezintă o slabă dezvoltare a funcțiilor eu-lui, în special raționamentul, controlul impulsurilor și toleranța la frustrare; un deficit semnificativ al supra-eului; terapia va fi orientată suportiv și comportamental. În mod concurent se va face terapie familială sau consiliere parentală; comportamentul este în general determinat de o anumită dinamică interpersonală cum ar fi aceea a "țapului ispășitor", disciplina inconsistentă, sau o întărire inadvertentă din partea părinților (Weiner, 1970)

### Funcțiile terapeutice ale jocului

Rolul central al jocului în terapia copilului a fost comparat cu hipnoza, asociația liberă și fan-tezia în psihiatria adultului (Hug-Helmuth, 1921, Erikson, 1950). Ekstein și Friedman (1957) consideră că jocul este calea regală prin care se ajunge la inconștientul copilului. Jocul servește patru funcții: descărcarea energiei, dominarea anxietății, experi-

mentarea și dezvoltarea unor noi deprinderi prin practica și identificarea pe calea modelării. Prin joc copilul angajat într-o activitate plăcută întoarce pasivul în activ și rearanjează realitatea astfel încât multitudinea de evenimente poate fi separată în unele mai digerabile putându-se lucra cu trauma.

Jocul de rol implicând și alte persoane ilustrează aspectul comunicativ al acestuia. Ambele fațete, intrapsihic și interpersonal trebuie atinse în terapia de joc. Relația dintre cele două este dinamică. Înțelegerea funcțiilor jocului conduce la selecționarea materialului de joc care la rândul lui este determinat de scopurile terapiei. Dacă scopul este abreactia, catarsis-ul și regresia indicate pentru copiii inhibați, obsesivi sau traumatizați, nevoile trebuie acomodate acestor situații.

### Categorii ale terapiei de joc

Terapeutul este un participant în joc cu variate grade de implicare. El trebuie pur și simplu să se supună și să însoțească scenariul propus de copil. El trebuie să joace rolul care i-a fost repartizat dar trebuie să adauge propriile idei și să aibă inițiative cum ar fi să dea telefon copilului, să repartizeze roluri păpușilor, astfel modelarea devine explicită și poate câștiga încrederea. Dacă sunt alese jocurile de societate atunci se va alege Monopoly sau șahul.

Acestea pot crea o atmosferă de concentrare liberă ca și abilitatea de auto-exprimare.

Jocul de cărți permite studierea anxietății în fața pierderii ca și abilitatea de a câștiga onorabil o partidă în fața unui partener onest (terapeutul).

Intervențiile non-directive sunt mai potrivite explorării prin insight decât metoda psihanalitică. Copilul percepe terapeutul ca pe o figură de transfer, observator pasiv. Interpretarea se face prin deplasare. Uneori este bine ca interpretările să fie mai puțin abordate căci intelectualizarea acestora poate conduce la reducerea spontaneității în exprimarea afectelor.

### Limitarea spațiului și stabilirea granițelor

Limitarea spațiului și stabilirea unor granițe este o problemă dificilă în terapia de joc. Jocul este folositor și constructiv în mare măsură pentru menținerea alianței terapeutice și creșterea încrederii în sine. Descărcarea motrică sau afectivă exclusivă sau cu scopul de a disturba terapeutul și a afecta siguranța acestuia sau integritatea cabinetului nu este constructivă și trebuie limitată. Contratransferul puternic poate fi mo-

bilizat atunci când copilul nu este controlat. Terapeutul trebuie să-și confrunte propriile conflicte privind controlul, agresivitatea, pasivitatea și narcisismul ca să poată manipula descărcarea primitivă a impulsivității la copil. Identificarea deschisă cu un copil abuzat, sau cu nevoia puternică de a se face plăcut poate conduce la paralizarea permisivității. Inabilitatea de a tolera spontaneitatea sau izbucnirile de furie poate conduce la intervenții punitive premature.

În timp ce clarificarea, confruntarea și interpretarea sunt principalele unelte ale terapeutului; sunt rare ocaziile când atitudini non-verbale cum ar fi restricțiile fizice sunt necesare. Restricția trebuie să fie o alegere făcută în ultimă instanță (mai ales atunci când este amenințată siguranța persoanei sau curățenia) și trebuie acompaniată de o explicație a poziției adoptate: "Eu nu încerc să-ți fac rău. Sunt sigur că nici unul dintre noi nu vrea să-l rănească pe celălalt. Te voi reține până când te vei putea controla singur."

Reținerea poate implica mai multe probleme: poate crește în sensul literar sau simbolic stimularea sexuală alimentând dorințe masochiste care aparțin copilului; poate reprezenta o deviere grosolană de la neutralitatea presupusului transfer pe obiect; poate expune terapeutul să fie acuzat de atac (atentat); în absența alianței terapeutice se pot întări fanteziile de omnipotență care aparțin copilului ("Vezi nici chiar tu nu mă poți stăpâni"). Începând cu evaluarea se pot recunoaște nivelurile de stăpânire ale controlului impulsurilor și reglarea comportamentală de către terapeut, astfel încât el poate recurge și la metode de ajutor cum ar fi farmacoterapia.

În mod similar gesturile adresate expresivității fizice cu scopul de a calma copilul pot întări inegalitatea dintre adult și copil și pot fi interpretate ca modalități de sexualizare ale relației. Discuția prealabilă cu părinții cu privire la metodele pe care le folosesc pentru a-și liniști copilul în situații când acesta este anxios pot conduce la alternative creative (copilul se prezintă la ședința de terapie cu un semn de pace). Pe de altă parte o strângere de mână la sfârșitul ședinței poate fi o dovadă de respect mutual și o modalitate a copilului de a spune "mulțumesc".

### Scopurile terapiei de joc

Terapia de joc (sau jocul ca parte a terapiei) acționează ca o forță pozitivă într-o serie de sensuri. Relația în sine hrănește dezvoltarea de noi identificări, prelucrează transferul distorsiunilor și corectea-

ză experiențele emoționale care constituie partea de încredere într-un mediu în care nu se aplică judecăți de valoare. Ventilația, abreacția și catarsis-ul permit descărcarea afectelor care au fost reprimare. Insight-ul este întărit.

Rolul insight-ului la copil este controversat (Shapiro & Esman, 1985). Conștientizarea nu trebuie privită ca un panaceu ci ca un ajutor care este dat copilului pentru a coopera eficient. (Carek, 1972). La copil capacitatea de autorefecție ca și capacitatea de a testa realitatea (observarea eu-lui) sunt determinate evolutiv, scopul realist al terapiei fiind acela de a determina înțelegerea a ceea ce semnifică un anumit comportament.

Cu siguranță realizarea legăturii dintre gânduri, sentimente și comportamente este ținta terapiei la copil și îl ajută pe acesta să aprecieze propria contribuție pentru fiecare în parte. Un alt scop al terapiei la copil este acela al ridicării blocajelor, dezvoltării. Înțelegerea este suficientă pentru atenuarea distorsiunilor adaptării. Fie că derivă dintr-o înțelegere conștientă sau inconștientă, intra- sau interpersonal menținută ambele rezultate sunt dovada finalului demersului terapeutic cu copilul.

### Finalizarea terapiei

Finalizarea terapiei poate conduce la o nevroză de transfer. „Când părăsești această formă de tratament nu este ca și cum cineva ar muri căci te mai poți revedea cu persoana, dar este ca și cum cineva a părăsit legătura căci într-adevăr rămâi singur cu tine însuși.” (Schmukler, 1990), acesta era comentariul unui baiat de 16 ani la finalul terapiei și punctează starea de ambivalență pe care subiectul o resimte după ce trebuie să desfacă o strânsă relație terapeutică, ("legătura dulce-amară").

Relația matură cu obiectul, primatul genital al libidoului, și abilitatea de a lucra sunt irelevante sau imposibil de luat în considerare din punct de vedere dezvoltamental pentru preadolescenți și parțial îndeplinite de adolescenți, chiar spre sfârșitul acestei vârste. Pe deasupra trebuie luată în considerare relația părinților cu terapeutul copilului a căror nevoi sau așteptări sunt demne de luat în seamă căci aceștia în mod frecvent pot prelungi sau scurta tratamentul în funcție de interesele lor.

Decizia când și cum să se termine tratamentul depinde de scopurile propuse la începutul terapiei, de durata și severitatea simptomelor prezentate, de ori-

entarea terapeutului și de istoria separărilor suferite în trecut.

Terapiile scurte sunt indicate în cazurile când simptomele au o apariție recentă sau prezintă o severitate medie, scopurile terapiei sunt mai mult suportive sau sintetice, orientarea este mai mult cognitivă sau comportamentală, și nu există un trecut traumatic al separărilor sau o relație insecurizantă de atașament. Tratamentul de lungă durată este indicat pentru simptomele cronice sau severe, în care scopurile sunt legate de rezolvarea conflictului prin insight psihodinamic; pentru copiii care au demonstrat dificultăți în atașamentul sau separarea de alte persoane semnificative din viața lor experimentând pierderi timpurii sau multiple dezbinări în îngrijire.

Criteriul determinant în întreruperea tratamentului îl constituie modificările de comportament care se produc în lumea reală prin acumularea unor progrese în relațiile cu egalii, randamentul academic, hobby sau activități extrașcolare și relațiile familiale. Cunoașterea acestor arii trebuie să-și aibă sursa direct din partea părinților sau a profesorilor mai ales pentru copiii mai mici. Progresul trebuie să fie clar determinat nu numai de recunoșterea și mărturisirea conflictului dar mai ales de angajarea în sarcini potrivite a căror dezvoltare poate fi raportată.

În afara terapiei o serie de factori pot semnaliza prepararea terminării terapiei (Weiner, 1970, Carrek, 1972, Kernberg, 1991). Aceștia includ reacția la absența terapeutului cu minimum de anxietate și o bună toleranță în contextul unei puternice alianțe terapeutice. Prezervarea unei atitudini constante față de terapeut care include abilitatea de a-și aminti de acesta chiar după o lungă absență sau posibilitatea de a face față unui puternic afect negativ ("permanența obiectului și constanța obiectului"). Identificarea cu terapeutul și cu funcția lui; investiții mai reduse în terapie și mai multe în realitate; creșterea nivelului apărărilor cum ar fi umorul și sublimarea precum și creșterea flexibilității, ordinii, în special modularea afectelor, controlul impulsurilor, demonstrate prin creșterea toleranței la frustrare prin posibilitatea de a amâna gratificarea, exprimarea bucuriei și a grațitudinii în legătură cu reducerea tristeții; reducerea simptomului descreșterea acting-outului și o întărire puternică a eu-lui exprimată prin abilitatea de a face haz de propria persoană și empatia față de ceilalți, activități de joc sau povestirea unor vise care fac mai multă plăcere. Schimbările calitative și nu cele cantitative

sunt dovada adevăratei rezolvări a conflictului. Kernberg avertizează că terapia nu va trebui să coincidă cu vacanțele sau alte sărbători pentru că nu acesta este adevăratul test că acesta va putea coopera în realitate.

### Terapia cu adolescenți

Psihoterapia cu adolescenți rămâne o problemă de provocare raportată ca dificilă de mulți terapeuți (Freud, 1958, Josselyn, 1957). Adolescenții se întorc la prietenii lor sau la părinții lor pentru a primi un ajutor psihologic, aceasta reflectă accesibilitatea redusă și scăderea ajutorului profesional mai mult decât rezistența adolescențului per se (Kellam, Branch, Brown, & Russell, 1981). Statisticile demonstrează o slabă frecvență a adolescenților în psihoterapie ca și un timp limitat de intervenție. Balser (1966) raportează că peste 80% dintre tulburările apărute în adolescență răspund bine la terapia de scurtă durată iar studiile recente de caz au fost descrise pe terapie suportivă. Adolescenții răspund în general cu rapiditate unui tratament decent grație flexibilității lor. Seiffge-Krenge (1989) notează: "Adolescența este o perioadă în care putem detecta devreme serioase probleme ale unor potențialități patologice, oferind o oportunitate unică de intervenție."

### Subfazele adolescenței

Ca și orientare, este important să se recunoască că adolescența nu este un proces omogen. Perioada timpurie, de mijloc și târzie au caracteristici diferite în dezvoltare și trebuie abordate diferențiat din punctul de vedere terapeutic.

Adolescenții timpurii (~12ani-14ani), au predominant un comportament oral. Preocuparea lor majoră este dependența și conflictul lor important este încrederea. Ca și schimbări pubertare ei tind să fie orientați către acțiuni și mai puțin reflexivi. Principala lor cerință este aceea: "Doresc, am nevoie, ar trebui să am". Terapeuții care se ocupă de această vârstă au sentimentul că sunt secătuiți sau au rolul unei stații de pompare ce îi umple pe pacienții lor. Tehnicile folosite sunt aproximativ aceleași ca pentru copiii mici, cum ar fi terapia de joc cu accesorii.

Adolescenții de mijloc (14 ani – 16 ani), au un comportament anal. Acești adolescenți declară: "Pot face totul de unul singur". Grandoarea omnipotentă, narcisismul, revendicările, fac concertul fiecărei zile. Terapeutul va tolera acest tip de interacțiune, pentru

a facilita diferențierea eu-celălalt și a-l ajuta pe adolescent să se simtă sănătos, cu respect față de îndemnurile agresive. Pacientul descoperă prin raportarea la terapeut cine este și cine nu este el de fapt, în contextul unei empatii necritice.

Adolescenții târzii, (16 ani-19 ani), declară:” Doresc să fiu înțeles. “Doresc să iubesc și să fiu iubit de o altă persoană.” Ei sunt mult mai capabili de o relație ambivalentă cu obiectul întreg. Sub stress apare regresia. Această fluiditate pune probleme terapeutului nepregătit pentru astfel de situații. Terapia individuală este eficientă, demonstrează respect pentru autonomie.

### Contratransferul în terpiea cu adolescenți

Când un clinician lucrează cu adolescenți, concepțiile sale despre această perioadă de vârstă ca și personalitatea sa au o importanță crucială. Dacă terapeutul consideră, abordând o concepție greșită, că perioada adolescenței este caracterizată în mod inevitabil printr-o tulburare, atunci va diagnostica greșit manifestările psihopatologice (Offer,1991).

În același timp dacă clinicianul are conflicte reziduale nerezolvate din perioada propriei adolescențe, va manifesta tendința nevrotică de a fi permanent împotriva pacientului. Anthony (1969), a descris situații în care adulții tind să acorde adolescenților atitudini stereotipe, apărându-se astfel de propriile anxietăți narcisiste, sexuale și agresive.

Adolescenții sunt cei mai asprii critici ai slăbiciunilor adulților. Dezidealizarea figurilor parentale constituie o parte a nevoilor lor de dezvoltare. Rezultatul este acela că nevoile adulților de a fi flatați, ascultați, doriți, de a controla, de a fi corecți nu pot fi atinse dacă tinerii sunt atacați. Temerile nevrotice de a fi criticați, de a greși, de a fi seduși expun pe unii terapeuți la reacții de contratransfer mai ales în lucrul cu subiecți border-line (Kroll, 1988).

Convingerile personale despre problemele sexuale, sau cele despre drog, religie, politică se pot intersecta cu cele ale pacienților și pot atrage din partea terapeutului o concluzie de non-existență a unei patologii care îi protejează acestuia stima de sine.

Când adolescenții își devalorizează terapeutul trebuie înțeleasă dinamica care însoțește această atitudine. Furia lor poate reprezenta: apărare împotriva nevoilor de a fi protejat, specifică perioadei de mijloc și târzii a adolescenței, când se neagă nevoia de dependență; apărare împotriva dorinței pe care o manifestă față de terapeut; proiecția unei stime de sine scăzute sau o manifestare a transferului.

### Alianța terapeutică

Alianța terapeutică este caracterizată prin întărirea funcțiilor eu-lui: probarea realității, relațiile cu obiectul, raționamentul, reglarea impulsurilor și afectelor, controlul și sinteza care însoțesc atitudinea generală de curiozitate și introspecție ca și confruntarea cu afectele de panică.

Modalitatea de a menține alianța terapeutică este legată în mod obișnuit de atenția sistematică care se acordă stărilor afective manifestate “acum și aici” în cursul tratamentului. În orice caz prima sarcină a terapeutului care conduce tratamentul este aceea de a face legătura între gândurile, sentimentele și comportamentele subiectului într-un mod pe care până acum acesta nu l-a recunoscut.

Uneori tinerii încearcă să deformeze procesul terapeutic, seducând terapeutul și atrăgându-l într-o alianță profană a supra-eului sau a sine-lui (Meek, 1986).

De pildă, terapeutul este pus pe postul părintelui autoritar (“De ce nu pot fuma în cabinet?”), sau tânărul este atras de unele stimulări sexuale sau agresive ale terapeutului (“Vreți să vă povestesc ce am făcut aseară cu prietena mea?”). Se întâlnesc mai rar situațiile în care este căutată alianța terapeutică profană cu apărările patologice ale eu-lui prin discuții filosofice prelungite care nu au alt rol pentru moment decât de intelectualizare ale unor pulsuni primare.

Church (1989), observă că terapeuții experimentați răspund neutru și empatic comentariilor pacienților despre terapie și se concentrează mai mult asupra afectelor care se opun comportamentelor. Alianța terapeutică devine puternică. Intervențiile lor se bazează pe efectul activ “acum și aici” al ședințelor. De aceea activ, înseamnă ca terapeutul să răspundă nevoilor imediate ale pacienților, controlând mai puțin lansarea unor ipoteze care trebuiesc ulterior examinate.

Church este de părere că adolescenții discută cu mai multă ușurință despre sentimentele și gândurile lor privind terapia atunci când terapeuții răspund prompt nevoilor explicite și implicite ale relației. Concentrarea pe afect și cogniție antrenează o deschidere mult mai mare decât accentul pus pe comportament în sine. Comentarii unidirecționate ca și oferta de sfaturi, păreri (mai ales când nu sunt solicitate) par a fi contraproductive în terapia cu adolescenții. Intervențiile se vor baza pe materialul oferit de fiecare ședință parcursă și nu pe intervenții teoretice.

### **Confidențialitatea și contactul cu părinții**

Parametrii prevăzuți ai confidențialității din psihoterapie se aplică și la această grupă de vârstă. Cu cât etapa de vârstă a adolescenței este mai ridicată cu atât confidențialitatea trebuie respectată. Dacă sunt situații în care terapeutul este nevoit să comunice anumite informații anturajului atunci va cere acordul tânărului și chiar dacă anumite comportamente sunt comunicate celorlalți, gândurile și sentimentele pacientului vor rămâne private.

În relația cu părinții legătura telefonică trebuie să rămână deschisă pentru a putea primi informații de la ei. În cele mai dese cazuri părinții cer terapeutului să nu comunice tânărului despre această legătură. Ei trebuie să cunoască faptul că terapeutul își rezervă dreptul ca tânărul să aibă știință despre aceste telefoane, altfel terapeutul va fi pus în situația de a păstra secrete. Totuși datele care vin de la familie sunt de foarte mare folos mai ales cu tinerii extravertiți care tind să nege totul sau cu cei depresivi care sunt relativ tăcuți.

Părinții trebuie să asigure că implicarea lor în timpul desfășurării terapiei fiicei sau fiului lor, este importantă și contribuie la înțelegerea clinicianului privind problemele tânărului. Așteptările privind coerciția fie a pacientului fie a terapeutului este inacceptabilă. Dar faptul că părinții știu că pot telefona oricând dacă au nevoie are un efect benefic asupra alianței cu familia.

### **Tehnicile paradoxale și alți parametri**

Sunt anumite situații când unii adolescenți și familiile lor sunt extrem de rezistente la terapie. Parcă se înfrâng pe ei înșiși și pe terapeut atunci când se folosesc intervenții terapeutice uzuale. În aceste situații trebuie luate în considerare tehnicile de terapie numite paradoxale (Rohrbaugh, Tennen, Press & White, 1981). Aceste manevre implică riscuri și ele pot fi folosite după o evaluare atentă a dinamicii pacientului și a familiei sale și preferabil de către clinicieni familiarizați cu aceste tehnici. Ei lucrează bine cu indivizii sau familiile structurate și rigide. Sunt contraindicate aceste manevre în situațiile când nu există o structură și lipsesc limitele și/sau potențialul unei periculoase treceri la act este ridicat.

Sunt situații excepționale care cer decizii deosebite cum ar fi plasamentul într-un spital sau într-un

centru de recuperare. În cazul adolescenților cu tulburări grave de comportament (violență, consum de droguri, fugi de acasă) este mai bine să fie adresați unor specialiști în psihiatria adolescentului.

### **Finalul terapiei cu adolescenți**

În ceea ce privește finalul terapiei cu adolescenți, nivelul de dezvoltare al sarcinilor acestora sunt cei mai buni markeri pentru determinarea succesului terapiei și când este momentul să i se pună capăt.

A ajuns tânărul la un consens cu propria imagine corporală și cu orientarea sa sexuală? S-a putut pacientul separa și autonomiza față de părinți, renunțând la legătura incestuasă și dezidealizând figurile parentale? A început el sau ea să-și formuleze un sistem etic de convingeri? Există semnale de asumare a responsabilității în ceea ce privește alegerea unei vocații sau a unei formări profesionale? Are capacitatea de a relaționa cu obiectul întreg observând atât calitățile pozitive cât și pe cele negative ale părinților, terapeutului și ale altor adulți importanți din viața sa? Sunt funcțiile de apărare ale eu-lui și de probare a realității ca și afectivitatea destul de puternice și flexibile pentru a permite continuarea creșterii și a maturizării? A devenit sensul identității mai coerent și stabil?

Dacă răspunsurile la aceste întrebări sunt afirmative este timpul să se pună capăt terapiei. Căile alese pentru finalizare depind de scopurile inițiale ale terapiei, oricum având în vedere ambivalența tinerilor față de dependență, este necesară flexibilitatea.

Se poate experimenta descreșterea treptată a numărului ședințelor, sau acordarea permisiunii clientului de a părăsi mai repede ședința și de a reveni ulterior, dând astfel un sens al controlului asupra întregului proces.

Tinerii cu tulburări mai profunde au nevoie de un obiect de tranziție, așa numitul ursuleț al adolescenței (Ekstein, 1983) care să-i ajute să finalizeze. O carte de vizită este de multe ori suficientă.

Individualizarea este mai mult ajutată dacă se stabilește împreună cu tânărul o sinteză de lucru privind proiectele dinafara cabinetului de terapie. Astfel schimbările apărute împing tânărul către obiective reale, acesta devenind activ în realizarea lor.

\*  
\*      \*

### Assessment for psychotherapy

In many cases, child disorders consist of failures observed in terms of the expected progress in one or more dimensions of his/her development and less in the manifestation of certain specific symptoms (Symptoms per se). The assessment will relate to the level of the developmental stage specific to the child's age.

The social context of reference should be considered. Who takes care of the child and how? Since the child's ability to conceptualize and verbalize his experiences differ from that of the adult, the technique of investigating the mental level should be appropriate to the subject's age level and the information thus obtained needs to be completed with stories told by parents / teachers.

Unfortunately, the informers are not always in agreement with one another and with the child. These discrepancies arise from many causes including: informants differ among themselves by way of access to data about the child's behaviour or emotional state, especially if symptoms occur in specific situations (only at home or only at school); the way an informant uses to assess problems existing in the child's behaviour differs from one investigator to another; informants are also different due to their consideration or skill that they manifest in reporting their observations, thoughts or feelings.

It is well known the fact that parents are more explicit in reporting certain external behavioural manifestations and that they are accurate in presenting factual information (10). Children, on the other hand, report more easily internalized symptoms (anxiety, depression) and manifest embarrassment to any event related to possible sexual abuse. Despite the possible inconsistencies in the parent-child dyad, the inclusion of parents in the assessment is important.

If individual therapy is selected, their support is necessary for maintaining the alliance and bringing the child to the meeting. If supportive therapy is selected, access to the child's real-life should be assessed, especially for early ages, when the transmission of the link between the exterior psychic world and the inter-

nal one is uncertain. For family counselling, parents play a central role.

The overall purpose of the assessment and of the formulation of the treatment through psychotherapy is not to obtain a description of the problem behaviours, of the thoughts and emotions, but to understand their significance in the child's relationship with his environment.

The decision on the treatment will have to be adapted to the cognitive, linguistic and social level of the child. Interactive games and / or projective techniques can support this decision. The play or joke element places the child and the therapist into a communication situation much easier.

Role plays, puppets, animals, small figurines allow, through intermediaries, the spontaneous expression of the child's own characteristic ways of relating to the environment.

The drawing is a window through which one can see the internal world of the child and allowing the observer to assess certain non-verbal functions. In general, assessments through games and drawings are recommended for children aged up to 10 years, while for pre-teens and teens the traditional, verbal methods are recommended.

### Treatment Option

*Individual Psychotherapy:* individual psychotherapy in terms of relativity is most suitable for the child with ego-dystonic symptoms such as anxiety, depression, or manifestations of embarrassment on some cases of sexual abuse. Parenting support as well as the support of the environment is used in the therapy.

Contraindications concern the legal implications including secondary gain for the child or family (custody, access to disputes, juvenile delinquency), toxic substance abuse, acute psychosis, or perpetuation of an individual pathology as a result of a severe family dysfunction ("scapegoat").

*Family Therapy:* Family therapy is clearly indicated when a consensus is reached on the primary cause of the problem as being interactional, involving



distortion of communication, socialization, definition of the role, the boundaries and the structures. Individual pathology has to be minor. The problem manifests itself behaviourally more than at the level of the cognitive or emotional dimension. As in the case of individual therapy, the family must be in panic and the various subsystems must be able to withstand the change of the individuals as well as of the entire family system.

*Group therapy.* This treatment modality can be used predominantly with teenagers who need acceptance by their peers in particular; that is why their great trust in those of the same age with them more than in adults for problem solving is an important alliance factor. With younger children the focus is on activities rather than on discussions. Solving a common task may lead to the formation of productive social skills.

Any psychiatric distress that interferes with social and behavioural cognition, ranging from depression to learning disorder can form a basis for group therapy. Children are able to enjoy the here and now of solving common problems.

*Other interventions.* Some therapists believe that intervention through environment is inefficient and of low importance as therapeutic modality. This impact is sometimes best suited to children. Some therapists are called to intervene directly in the world of their patients. Sometimes the therapist himself initiates such contact.

*The most important recommendations for an active therapeutic relationship with the environment are: to strengthen the viability of therapy, to activate the modified structure in the child's life; to assist the child's needs correctly outside the institution; to get feedback on the impact of therapy in the living environment of the child, to ensure that everybody respects the therapeutic targets achieved and the implementation of treatment strategies.*

There are risks of addiction to treatment such as that of the family and of the child. The therapist may unwittingly confirm the family's failure to help their child, acting with means that they would have at hand, too. Even worse, the therapist may maintain the secondary gain towards the regressive behaviour of the child, allowing the child's excuses in front of certain responsibilities.

Another danger is the idealization of the therapist as a person who has all the answers, or a magician who can heal the child. These expectations should be moderated and adapted to reality. *The therapist intro-*

*duces him/herself as a person who can facilitate communication with all those who show an interest in children's problems and can have a supportive role based on real understanding of the child's needs.*

### Combined treatments

Combining the individual therapy with family therapy can sometimes have a synergistic effect in which achievements can be simultaneous. In family therapy, one can clarify which pathology belongs to whom, suggesting which the most efficient level is where one can intervene.

In general, the decision in favour of a particular type of therapy should be guided by therapeutic purposes. If the patient has a poor development of ego functions, in particular judgment, impulse control and frustration tolerance; a significant deficit of super-ego; therapy will be targeted to support and to improve behaviour. Concurrently family therapy or parental counselling will be performed since behaviour is generally determined by some interpersonal dynamics such as that of the "scapegoat", inconsistent discipline, or inadvertently strengthening on the part of the parents (Weiner, 1970)(17)

### Therapeutic functions of the play

The central role of play in child therapy was compared with hypnosis, free association and fantasy in adult psychiatry (Hug-Helmuth, 1921 Erikson, 1950) (8). Ekstein and Friedman (1957)(6) believe that the game is the royal path, which reach the unconscious child. The play serves four functions: to discharge the energy, to dominate anxiety, to experiment and develop new skills through practice and to find identity through the path of modelling. By playing, the child engaged in a pleasant activity inverts the passive into active and rearranges reality so that the multitude of events may be separated into more digestible portions, thus making it possible to work with trauma.

Involving other people too, the role play illustrates its communicative aspect. Both facets, intrapsychic and interpersonal ones, should be reached during the play therapy. The relationship between the two is dynamic. Understanding of the functions of the play leads to selection of material for the play which, in turn, is determined by the goals of therapy. If the goal is abreaction, catharsis and regression indicated for the inhibited obsessive or traumatized children, the needs must accommodate these situations.

### Categories of play therapy

The therapist is a participant in the play with varying degrees of implication. He must simply obey to and accompany the child in the scenario that the child has proposed. He must play the role that has been assigned to him but has to add his own ideas and take initiatives such calling the child on the phone, assigning roles to dolls, thus modelling becomes explicit and makes it possible to gain the child's confidence. If board games are chosen, then they should be Monopoly or chess.

They can create an atmosphere of free concentration as well as the ability of self-expression.

The game of cards allows the study of anxiety in the face of loss and the ability win a game honourably against an honest partner (the therapist).

Non-directive interventions are better for exploring through insight than the psychoanalytic method. The child perceives the therapist as a transfer figure, a passive observer. Interpretation is done by displacement. Sometimes it is good that interpretations should be less addressed because their intellectualization may reduce spontaneity in expressing emotions.

### Limiting the space and setting boundaries

Limiting the space and setting boundaries is a difficult problem in play therapy. The game is largely useful and constructive to maintain the therapeutic alliance and to increase self-confidence. Exclusive motor or affective discharge or performed with the aim to disrupt the therapist and affect his confidence safety or integrity of the office is not constructive and should be limited. Strong countertransference can be mobilized when the child is not controlled. The therapist must confront his own conflicts concerning control, aggressiveness, passivity and narcissism so as to be able to manipulate the primitive discharge of impulses in children. Open identification with an abused child, or with a strong need be liked can lead to paralysis of permissiveness. The inability to tolerate spontaneity or outbursts of anger can lead to premature punitive interventions.

While clarification, confrontation and interpretation are the main tools of the therapist, there are rare the occasions when non-verbal attitudes, such as physical restrictions, are necessary. Restriction should be a choice made ultimately (especially when personal safety or cleanliness is threatened) and it should be accompanied by an explanation of the position adop-

ted: "I am not trying to hurt you. I'm sure none of us wants to hurt the other. I'll retain you until you can control yourself."

Retention may involve several issues: it can increase the sexual stimulation, in its literary or symbolic meaning, feeding masochistic desires which belong to the child; it can be a rough deviation from neutrality of the alleged transfer on object. It may expose the therapist to be accused of attack (assault); in the absence of the therapeutic alliance, it can strengthen the fantasies of omnipotence that belong to the child ("See, even you cannot make me subdue.") Starting with assessment, the therapist can recognize the mastery levels of impulse control and behaviour regulation, so he can use support methods too, such as pharmacotherapy.

Similarly, gestures addressed to physical expressiveness in order to calm the child can reinforce inequality between adult and child and can be interpreted as ways of sexualization the relationship. Prior discussion with parents about the methods they use to calm down their child when he is anxious may lead to creative alternatives (child arrives at the therapy session wearing a peace sign). On the other hand, a handshake at the end of the session may be evidence of mutual respect and a child's way of saying "thank you".

### Aims of play therapy

Play therapy (or play as part of therapy) acts like a positive force in a number of ways. The relationship itself feeds the development of new identifications, processes distortions transfer and corrects emotional experiences that constitute the trust part in an environment where value judgments do not apply. Ventilation, abreaction and catharsis allow the discharge of emotions that have been repressed. Insight is strengthened.

The role of insight in children is controversial (Shapiro & Esman, 1985)(15). Awareness should not be seen as a panacea but as an aid which is given to the child in order to cooperate effectively. (Carek, 1972) (3). In the child, the self-reflective capacity, as well as the ability to test the reality (observing the ego) is determined evolutionary, while the realistic aim of therapy is to determine the understanding of what a certain behaviour means.

Certainly, achieving the connection between thoughts, feelings and behaviours is the target of therapy in children and helps them to appreciate their

own contribution to each. Another goal of therapy in children is that of withdrawing blockages in development. Understanding is sufficient to alleviate distortions in adaptation. Whether they derive in a conscious or unconscious understanding, which are intra- or interpersonally maintained, both results are proof of the end of the therapeutic endeavour with the child.

### Ending therapy

Ending the therapy may result in a transfer neurosis. "When one leaves this special form of treatment, it is not like someone would die because one may see that person again, but it is like someone left the relationship because one really remains alone with oneself" (Schmukler, 1990). This comment belongs to a boy of 16 at the end of therapy and scores the ambivalent state that the subject feels after he or she must dissolve a strong therapeutic relationship ("bittersweet bond").

Mature relationship with the object, the genital primacy of the libido and the ability to work are irrelevant or impossible to consider in terms of development for preadolescents and partially fulfilled for adolescents, even to the end of this age. Moreover, the child's parents' relationship with the therapist should be considered, too, since the parents' needs or expectations can frequently extend or shorten the length of treatment, depending on their interests.

The decision when and how to end the treatment depends on the goals established at the beginning of therapy, on the duration and severity of symptoms, and on the orientation of the therapist and on the history of separations suffered in the past.

Short therapies are recommended in cases where symptoms have appeared recently or have a medium severity; goals of the therapy are rather supportive or synthetic; orientation is more cognitive or behavioural; and there is no a traumatic past of separations or an insecure attachment relationship. Long-term treatment is recommended for chronic or severe symptoms, where the goals are connected to conflict resolution through psychodynamic insight; for children who have demonstrated difficulty in attachment or separation from other significant persons in their lives, experiencing early losses or multiple divisions in care.

The decisive factor in discontinuation of the therapy is made up by changes in behaviour that occurs in the real world through the accumulation of pro-

gress in relationships with peers, academic efficiency, hobbies or extracurricular activities and family relationships. Knowledge of these areas must have its source directly from parents or teachers, especially in case of younger children. Progress must be clearly determined not only by the acknowledgement and confession of the conflict but especially by engaging in suitable tasks whose development can be reported.

Besides therapy, there are a number of factors which may signal the preparation of the termination of therapy (Weiner, 1970 Carek 1972, Kernberg, 1991) (18,9). These include the reaction to the absence of the therapist with minimal anxiety and good tolerance in the context of a strong therapeutic alliance; preserving a constant attitude towards the therapist, including the ability to remember him even after a long absence or the ability to cope with a strong negative affect ("permanence of the object and constant of object"); identification with the therapist and with his function; less investment in therapy and more in reality; increased level of defences such as humour and sublimation as well as the increase of flexibility, order, especially affective modulation, impulse control, demonstrated by increased tolerance to frustration through the ability to delay gratification, expressing joy and gratitude in connection with reduction of sadness; reduction in symptom, decrease in acting - out and strong stabilization of ego expressed through the ability to make fun of their own selves and empathy towards others; game activities or telling of certain dreams that produce them more pleasure. It is the qualitative not the quantitative changes that are the proof of true conflict resolution. Kernberg cautions that therapy will not have to coincide with holidays or other celebrations because that is not the true test for the child to be able to cooperate in reality.

### Therapy with adolescents

Psychotherapy with adolescents remains a challenging problem, reported as difficult by many therapists, (Freud, 1958 Josselyn, 1957)(7). Adolescents turn to their friends or to their parents to receive psychological help, this reflects the reduced availability and the decrease of professional help more than adolescent's resistance *per se* (Kellam, Branch, Brown, & Russell, 1981)(12). The statistics show a low frequency of adolescent psychotherapy as intervention limited time. Balsler (1966)(2) reports that over 80% of disturbances occurring in adolescence respond

well to short term therapy and recent studies have described the supportive therapy. Adolescents generally respond quickly to decent treatment thanks to their flexibility. Seiffge-Krenge (1989) note: "Adolescence is a time when we can detect early serious problems of some pathological potential, providing a unique opportunity for intervention."

### Sub-phases of adolescence

As guidance, it is important to recognize that adolescence is not a uniform process. The early, middle and late periods have different characteristics in their development and should be approached differently from therapeutic point of view.

Early adolescents (aged 12 to 14 years) have a predominantly oral behaviour. Their major concern is their dependency and their important conflict is trust. As pubertal changes, they tend to be action-oriented and less reflexive. Their main requirement is: "I want, I need, I should have." Therapists dealing with this age have the feeling that they are exhausted or as that serve a pumping station that fills their patients. Approximately, the techniques used are the same as for young children, such as play therapy with accessories.

Middle adolescents (14 years - 16 years), have an anal behaviour. These teenagers declare: "I can do everything by myself". Omnipotent grandeur, narcissism and the claims, all make the concert of each day. The therapist will tolerate this type of interaction to facilitate differentiation of the self from the other and help the adolescent to feel healthy, with respect to the aggressive promptings. The patient discovers, by reference to the therapist, who he is and who he is not, actually, in the context of non-critical empathy.

Late adolescents (16 years-19 years), declare: "I want to be understood. I want to love and be loved by another person." They are more able for an ambivalent relationship with the whole subject. Under stress, regression appears. This fluidity challenges the therapist who is unprepared for such situations. Individual therapy is effective, demonstrating respect for autonomy.

### Counter transference in therapy with adolescents

When a clinician works with adolescents, his views about this age period as well as his personality are crucial. If the therapist believes, espousing a misconception, that adolescence is inevitably characterized by a disorder, then he will diagnose the psychopatho-

logical manifestations wrongly (Offer, 1991)(13). At the same time, if the clinician has residual unresolved conflicts from the period of his own adolescence, he will tend neurotically to be permanently against his patient. Anthony (1969)(1) described the situation in which adults tend to grant adolescents stereotyped attitudes, thus defending from their own narcissistic, sexual and aggressive anxieties.

Teenagers are the rudest critics of adults' weaknesses. Disidealisation of parental figures is part of their development needs. The result is that the adults' needs to be flattered, listened to, wanted, to be in control, to be fair, cannot be achieved if young people are attacked. Neurotic fears of being criticized, of making mistakes, of being seduced, expose some therapists to counter transference reactions, especially when they work with border-line subjects. (Kroll, 1988)(11).

Personal beliefs about sexual issues or those about drugs, religion, and politics can intersect with the patient's ones and the therapist can draw a conclusion of non-existence of a disease which protects his self-esteem.

When adolescents devalue their therapist, efforts must be made to understand the dynamics that accompanies this attitude. Their anger may represent: defence against their needs to be protected which is specific to middle and late periods of adolescence, when the need for dependency is denied; defence against the desire manifested towards the therapist; the projection of a low self-esteem or of an expression of the transfer.

### The therapeutic alliance

The therapeutic alliance is characterized by strengthening the ego functions: probing reality, relationships with the object, reasoning, regulating impulses and emotions, control and synthesis accompanying general attitude of curiosity and insight as well as dealing with the affects of panic.

How to maintain the therapeutic alliance is typically related to systematic attention which is given to manifested emotional states "now and here" during treatment. In any case, the first task of the therapist who leads the treatment is to make the connection between thoughts, feelings and behaviours of the subject in a way that the latter has not recognized before.

Sometimes, young people try to distort the therapeutic process, seducing the therapist and luring him into a profane alliance of the super-ego or of the self.

(Meek, 1986).

For example, the therapist plays the role of the authoritarian parent (“Why can I not smoke in the office?”) Or the young person is attracted to some sexual or aggressive stimulations by therapist (“Would you like me to tell you what I did with my girlfriend last night?”). Less frequently one may encounter the situations when the profane therapeutic alliance is sought with the pathological defences of the ego through long philosophical discussions that have no other role for the moment than the intellectualization of some primary impulses.

Church (1989)(5), notes that experienced therapists respond neutrally and empathically to their patient’s comments about the therapy and focus more on the emotions that oppose the behaviours. The therapeutic alliance becomes strong. Their interventions are based on the active effect of the “here and now” of the sessions. Therefore “active” means that the therapist meets the immediate needs of the patient, controlling less the launching of assumptions that need to be examined further.

Church believes that adolescents talk more easily about their feelings and thoughts concerning the therapy when therapists respond promptly to the explicit and implicit needs of the relationship. *Focusing on affection and cognition brings about a much larger opening than the mere focus on behaviour itself. Unidirectional comments as the offer of advice, opinions (especially when they are not requested) seem to be counterproductive in the therapy with adolescents. Interventions will be based on material provided during each session and not on theoretical interventions.*

### **Confidentiality and contact with parents**

The established parameters of confidentiality in psychotherapy apply to this age group, too. The older the adolescent is, the more confidentiality must be cherished. If there are situations in which the therapist is obliged to communicate certain information to the entourage, then he will require the consent of the young patient and even if certain behaviours are communicated to the others, thoughts and feelings of the patient will remain private.

In the relationship with parents, the telephone connexion must remain open in order to receive information from them. In most cases, parents ask the therapist not to tell the young patient about this link. They should know that the therapist reserves the right to inform the youth about these phones, other-

wise the therapist will be put in a position to keep secrets. However, the data coming from the family are very helpful, especially with extroverted young people who tend to deny everything or with depressed ones who are relatively reticent.

Parents must be assured that their involvement in the progress of their son’s or daughter’s therapy is important and contributes to the clinician’s understanding of the young person’s problems. Expectations regarding the coercion of either the therapist or the patient are unacceptable. But the fact that the parents know they can call anytime if they need has a beneficial effect on the alliance with the family.

### *Paradoxical techniques and other parameters*

There are certain situations when some adolescents and their families are highly resistant to therapy. It seems that they defeat themselves and the therapist when usual therapeutic interventions are used. In these situations, therapy techniques called paradoxical must be considered (Rohrbaugh, Tennen, Press & White, 1981)(14). These manoeuvres involve risks and they can be used after a careful assessment of the dynamics of the patient and of his family, and preferably by clinicians familiar with these techniques. They work well with structured and rigid individuals or families. These manoeuvres are contraindicated in situations when there is a lack of structure and limits and / or the potential of a dangerous movement to action is high.

There are exceptional circumstances that require special decisions such as placement in a hospital or in a rehabilitation centre. In case of adolescents with severe behavioural disorders (violence, drug use, fleeing home) it is better that they are consult by specialists in adolescent psychiatry.

### **End of the therapy with adolescents**

Regarding the end of the therapy with adolescents, the development level of their tasks is the best marker for determining the success of the therapy and for deciding when it is time to stop it.

Has the young person come to a consensus with his/her own body image and with his/her sexual orientation? Could the patient separate him/herself and become autonomous from parents, giving up the incestuous liaison and dis - idealizing the parental figures? Did he or she start to formulate an ethical belief system? Are there are signs of his/her assuming responsibility regarding the choice of a vocation or of

professional training? Has he/she the ability to relate to the entire object noting both positive and negative features of the parents, of the therapists and of other important adults in his/her life? Are the functions of defending the ego and of testing the reality as well as the affection as strong and flexible enough to allow further growth and maturation? Did the sense of identity become more consistent and stable?

If the answers to these questions are affirmative, it is time to end therapy. Anyway, the pathways chosen for the completion depend on the initial goals of the therapy, because the young persons' ambivalence toward addiction requires flexibility.

One may experiment the gradual decrease in the

number of sessions, or may allow the patient to leave the session earlier and return later, giving him/her a sense of control over the entire process.

Young people with more profound disorders need a transitional object, the so-called Teddy bear of adolescence (Ekstein, 1983)(6), to help them conclude the therapy. A business card is often sufficient.

Individualization is greatly helped if the therapist establishes with the young patient a work synthesis on projects outside the therapy office. Thus, the changes that occurred push the young person towards real objectives, while he/she becomes active in their realization.

\*

\*

\*

## BIBLIOGRAFIE / BIBLIOGRAPHY

1. Anthony, E.J., 1975, *The Psychology of Adolescence: Essential Readings*, New York, Universities Press
2. Balse, B.H., 1966, A new recognition of adolescence, *American Journal of Psychiatry*, 122, 1281-1282)
3. Carek, D.J., 1972, *Principles of Child Psychotherapy*. Springfield, IL.
4. Cameron, P., Ennis, J., Deadman, J., 1998, *Standards and Guidelines for the Psychotherapies*. Guidelines for the practice of Psychotherapy with Children and Adolescents, 241-291
5. Church, E., 1989, Facilitating the therapeutic relationship in adolescent psychotherapy. Paper presented on the Annual Meeting of the American Orthopsychiatry Association to New York City
6. Ekstein, R., Friedman, S.W., 1957, The function of acting out and play acting in the psychotherapeutic process. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 5, 581-600.
7. Freud, A., 1958, Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 255-278).
8. Hug-Helmuth, H., 1921, *On the technique of analysis*, *International Journal of Psycho-Analysis*, 2, 287-30
9. Kernberg, P.F., 1992, Discussion of a re-evaluation of estimates effectiveness. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 710) Kashani, J.H., Burk, J.P., 1985, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 437-441.
10. Kroll, J., 1988, *The challenge of borderline patient* New York: Norton).
11. Kellem, S.G. Branch J.D. Brown, CH & Russel, G., 1981, Why teenagers come for treatment, *Journal of American Academy of child Psychiatry*, 20, 733-740
12. Meeks J.E., 1986, *The fragile alliance: An orientation to the psychiatric treatment of the adolescent*, Malabar, FL.: Robert E. Krieger).
13. Offer D., 1991, To whom do adolescents turn for help? Differences between disturbed and nondisturbed adolescents. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 30, 623-630).
14. Rohrbaugh, M., Tennen, H., Press, S. & White, L., 1981, Compliance, defiance and therapeutic paradox: Guidelines for strategic use of paradoxical interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 454, 467
15. Shapiro, T. & Esman, A.H., 1985, *Psychotherapy with Children and Adolescents*, *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 909-921.
16. Seiff-Krengel, I., 1989, Problem identity and the disposition of adolescence to take therapeutic advice, *Children at risk*, Assessment, longitudinal research and intervention, New York
17. Weiner, J.B., 1970, *Psychological Disturbance*, New York, Wiley Interscience)
18. Weiner, I.B., 1970, *Psychological Disturbance in Adolescence*. New York: Wiley Interscience.