

**UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ”
DIN CHIȘINĂU**

Cu titlu de manuscris

C.Z.U: 159.942(043.3)

VELEANOVICI ARMAND CĂTĂLIN

**TULBURĂRI EMOȚIONALE
LA COPIII AFLAȚI ÎN SITUAȚIE DE ABUZ ȘI NEGLIJARE**

511.06 – PSIHOLOGIE SPECIALĂ

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific:

Olărescu Valentina, doctor în psihologie,
conferențiar universitar

Autor:

Veleanovici Armand Cătălin

CHIȘINĂU, 2015

© Veleanovici Armand Cătălin, 2015

CUPRINS

ADNOTARE, АННОТАЦИЯ, ANNOTATION	5
LISTA ABREVIERILOR	8
INTRODUCERE	9
1. INCURSIUNE TEORETICĂ ASUPRA TULBURĂRILOR EMOȚIONALE ALE COPILULUI ABUZAT ȘI NEGLIJAT.....	18
1.1. Definierea abuzului și neglijării	19
1.2. Efectele la nivel emoțional ale abuzului și neglijării	32
1.3. Tulburări emoționale asociate abuzului și neglijării prevăzute de DSM... ..	40
1.4. Concluzii la Capitolul 1.....	46
2. PARTICULARITĂȚILE TULBURĂRILOR EMOȚIONALE ALE COPILOR ABUZAȚI ȘI NEGLIJAȚI	48
2.1. Obiectivele, ipotezele, metodele și instrumentele de cercetare	48
2.2. Prezentarea caracteristicilor lotului investigat	56
2.3. Caracteristici ale familiilor subiecților investigați	58
2.4. Rezultatele obținute la testele aplicate	63
2.5. Concluzii la Capitolul 2	89
3. AMELIORAREA TULBURĂRILOR EMOȚIONALE ALE COPILOR ABUZAȚI ȘI NEGLIJAȚI.....	92
3.1. Intervenția psihoterapeutică. Generalități	92
3.2. Psihoterapia individuală	97
3.3. Psihoterapia de grup	109
3.4. Consilierea părinților. Intervenția psihoterapeutică în diada copil-părinte. Terapia de familie.	120
3.5. Evaluarea eficienței programului de intervenție psihoterapeutică	121
3.6. Concluzii la Capitolul 3	133
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	135
BIBLIOGRAFIE	138
ANEXE	152
ANEXA 1. Modele de fișe de evaluare inițială și detaliată, plan de consiliere, contract cu familia.....	152

ANEXA 2. Date statistice	166
ANEXA 3. Instrumente de evaluare utilizate.....	201
ANEXA 4. Povestiri terapeutice	213
ANEXA 5. Suport teoretic pentru activitățile de psihoeducație.....	217
ANEXA 6. Activități în grupul de consiliere pentru părinți.....	221
ANEXA 7. Activități pentru psihoterapia de familie.....	229
ANEXA 8. Exemple de profile <i>TSCC</i> și <i>MASC</i>	231
ANEXA 9. Mostre de desen (testul arborelui).....	235
ANEXA 10. Fișe de lucru.....	242
Declarația privind asumarea răspunderii	253
CV-ul Autorului	254

ADNOTARE

Armand Veleanovici. Tulburări emoționale la copiii aflați în situație de abuz și neglijare. Teză de doctor în Psihologie, Chișinău, 2015

Structura tezei: Teza este constituită din: adnotare, lista abrevierilor, introducere, trei capitole, concluzii și recomandări, bibliografie din 234 titluri, 10 anexe, 137 pagini de text de bază, 47 figuri și 20 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 14 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: abuz, neglijare, copil, traumă, tulburări emoționale, depresie, anxietate, stres posttraumatic, disociere, program psihoterapeutic, model educațional, mediu familial

Domeniu de studiu: Psihologia tulburărilor emoționale

Scopul cercetării a constat în determinarea tulburărilor emoționale consecință a abuzului și neglijării la copiii în vârstă de 8-12 ani și în elaborarea și implementarea unui program psihoterapeutic de ameliorare a acestor tulburări.

Obiectivele cercetării au fost: elaborarea și realizarea proiectului de cercetare prin administrarea diferitor metode și tehnici de investigare a abuzului și neglijării; identificarea factorilor familiari de risc pentru abuzul sau neglijarea copilului; determinarea tulburărilor emoționale consecință a abuzului sau neglijării la copiii în vârstă de 8-12 ani; stabilirea prezenței sau absenței unui diagnostic psihiatric în cazul copiilor evaluați; elaborarea și implementarea unui program psihoterapeutic având ca obiectiv ameliorarea tulburărilor emoționale identificate; determinarea eficienței programului psihoterapeutic aplicat.

Problema științifică importantă soluționată în cadrul cercetării constă în stabilirea tulburărilor emoționale ale copiilor aflați în situații de abuz și neglijare, a factorilor familiari de risc și a impactului implementării unui program de intervenție psihoterapeutică asupra acestor tulburări.

Noutatea și originalitatea științifică. Pentru prima dată la nivel național a fost realizat studiul experimental al tulburărilor emoționale, consecință a fenomenului abuzului și neglijării asupra copilului și fost aplicat un program psihoterapeutic pentru ameliorarea tulburărilor emoționale ale acestor copii.

Semnificația teoretică constă în evidențierea tulburărilor emoționale apărute la copiii aflați în situație de abuz și neglijare și a factorilor familiari de risc ai acestora.

Valoarea aplicativă a lucrării. În cadrul cercetării a fost elaborat, implementat și verificat un program de intervenție psihoterapeutică având ca obiectiv ameliorarea tulburărilor emoționale în cazul copiilor victime ale abuzului sau neglijării; rezultatele obținute completează informațiile prezente, lucrarea constituind fundamentul unui ghid de bune practici, atât din punct de vedere teoretic (prin fundamentarea sa teoretică), cât și din punct de vedere practic (având în vedere experiența autorului cu această categorie de copii); programul de intervenție psihoterapeutică este aplicat de către psihologi specializați, care își desfășoară activitatea în sistemul de protecție a copilului, în centrele și cabinetele de evaluare și consiliere sau psihoterapie pentru copiii abuzați sau neglijăți și familiile acestora. Materialele lucrării sunt utilizate în predarea cursurilor universitare, masterale sau de specializare și formare profesională continuă pentru psihologi, psihoterapeuți, asistenți sociali preocupați de domeniul studiat.

Implementarea rezultatelor științifice. Materialele rezultate sunt utilizate în procesul de formare continuă și complementară a psihologilor în domeniul psihologiei clinice, consilierii și psihoterapiei, în cadrul Societății de Psihoterapie Experiențială Română și sunt recomandate pentru pregătirea studenților și masteranzilor Universității București.

АННОТАЦИЯ

Арманд Велеанович. Эмоциональные расстройства у детей в ситуации насилия и пренебрежения. Диссертация на соискание степени доктора психологических наук. Кишинэу, 2015.

Структура диссертации: Диссертация состоит из введения, трех глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии из 234 названий, 10 приложений, категориального аппарата, 137 страницы основного текста, 47 рисунков и 20 таблиц. Результаты исследования опубликованы в 14 научных работах.

Ключевые слова: насилие, пренебрежение, детская травма, эмоциональные расстройства, депрессия, тревожность, посттравматический стресс, диссоциация, психотерапевтическая программа, образовательная модель, семейная среда.

Область исследования: Психология эмоциональных расстройств. **Цель работы.** Определение эмоциональных расстройств у детей в возрасте 8-12 лет, в последствии насилия и пренебрежения, в разработке и внедрении психотерапевтической программы для уменьшения этих расстройств. Реализовались **задачи:** разработка и реализация научно-исследовательского проекта путём различных методов и приемов исследования насилия и пренебрежения; идентифицировать семейные факторы предрасполагающих к насилию и пренебрежению детей; определение эмоциональных расстройств у детей в возрасте 8-12 лет, в последствии насилия и пренебрежения; установление присутствия или отсутствия психиатрического диагноза у обследуемых; разработать и внедрить психотерапевтическую программу с целью уменьшения выявленных эмоциональных расстройств; определение эффективности примененной психотерапевтической программы.

Важная решенная научная проблема данного исследования является установление эмоциональных нарушений детей в ситуациях насилия и пренебрежения, идентификация семейных факторов предрасполагающих к насилию и пренебрежению детей, и влияния психотерапевтического воздействия на этих расстройств

Научная новизна и оригинальность. Впервые на национальном уровне было проведено экспериментальное исследование эмоциональных расстройств в последствии насилия и пренебрежения, и была внедрена психотерапевтическая программа для уменьшения эмоциональных расстройств у этих детей.

Теоретическая значимость работы заключается в выявлении эмоциональных расстройств у детей в ситуации насилия и пренебрежения и идентификации семейных факторов риска предрасполагающих к насилию и пренебрежению.

Практическая ценность работы. В этом исследовании была разработана, внедрена и проверена психотерапевтическая интервенционная программа направленная на улучшение эмоциональных расстройств у детей жертв насилия и пренебрежения а результаты дополняют существующие данные; настоящая работа является основанием для методруководства по передовой практике; психотерапевтическая программа применяется специализированными психологами которые работают в системе защиты детей, в центрах и кабинетах оценки, консультирования или психотерапии детей пострадавших от насилия или пренебрежения, и их семей. Диссертационные материалы используются в преподавании университетских студенческих, мастерских курсов или в непрерывном образовании для психологов, психотерапевтов, социальных работников, занимающихся данными вопросами исследования.

Внедрение научных результатов. Полученные материалы используются для обучения студентов и мастерандов Бухарестского университета, в непрерывном и комплементарном образовании психологов в области клинической психологии, консультирования и психотерапии; в Румынском Обществе Экспертизы Психотерапии.

ANNOTATION

Armand Veleanovici. Emotional disorders of children in abuse and neglect situations. PhD Thesis in Psychology, Chisinau, 2015

Thesis structure. The thesis is organized as follows: introduction, three chapters, conclusions, bibliography of 234 units, 10 annexes, 137 pages of basic text, 47 figures and 20 tables. The results are published in 14 scientific papers.

Keywords: abuse, neglect, child, trauma, emotional disorders, depression, anxiety, posttraumatic stress, dissociations, psychotherapeutic program, educational model, family environment

Field of study: Emotional disorders' psychology.

The research purpose was to determine emotional disorders as consequences of abuse and neglect, the family factors and the impact of a psychotherapeutic program on these disorders.

The research goals were: to design and to accomplish the research project by using different investigation methods and techniques of abuse and neglect; to identify the family factors which could affect the abuse and the child neglect; to determine emotional disorders as a consequence of abuse and neglect on children aged 8-12 years; to decide on the presence and the absence of a psychiatric diagnosis to the children evaluated; to create and to implement a psychotherapeutic program in order to improve the emotional disorders identified; to determine the effectiveness of the psychotherapeutic program applied.

Novelty and scientific originality. For the first time at the national level it has been written the experimental study of emotional disorders as a consequence of abused and neglected children phenomenon and it was applied a psychotherapeutic program in order to improve the psycho emotional disorders of these children.

Important scientific problem solved consists in identifying emotional disorders of abused and neglected children, the familial factors which are favoring these phenomenon and establishing psychotherapeutic methods to improve them.

Theoretical significance. The study brings out the emotional disorders on children who are abused and neglected and who are surrounded by the familial factors conducive to these disorders.

The applied value of the work. During the research, it was designed, implemented and verified a psychotherapeutic intervention program aimed to improve emotional disorders on children who are victims of abuse or neglect; the results obtained complete the actual information, so the thesis could become the basis of a good practice guide, from theoretical (through its theoretical foundation) and practical point of view (given the author's experience with these particular children); the psychotherapeutic intervention program may be applied by specialized psychologists who are operating in the protection child system, in assessment centers and clinics and also in counseling or psychotherapy for abused or neglected children and their families; the work materials can be used in teaching undergraduate courses, master specialization and continuing education for psychologists, psychotherapists, social workers interested in the field studied.

Scientific results implementation. The results are used in the training program of psychologists in clinical psychology field, in counseling and psychotherapy, within the Society of Experiential Romanian Psychotherapy and they are recommended for the academic training for licence and master programs from University of Bucharest.

LISTA ABREVIERILOR

CDI – Child Depression Inventory

CSRB - Scala de Convingeri Raționale pentru Copii

DAT - Draw a Tree - Testul Arborelui

KID SCID – Interviu clinic structurat pentru tulburările copilului sau adolescentului

MASC - Multidimensional Anxiety Scale for Children

SMPCC - Scala Multidimensională de Percepție a Controlului la Copii

TSCC – Trauma Symptom Checklist for Children

YSQ - Young Schema Questionnaire

DSM - *Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mintale*

ICD - *International Classification of Diseases*

Introducere

Actualitatea și importanța problemei abordate. Tulburările emoționale generate de abuz și neglijare afectează dimensiunile esențiale ale dezvoltării copilului, perturbă funcționalitatea tuturor palierele sale psihice. Efectele acestora sunt profunde și nefaste, putând însoți individul de-a lungul întregii sale vieți. Din acest motiv este imperios necesară identificarea și tratarea problemelor emoționale apărute în asemenea situații prin abordarea cu deosebită atenție a traumelor trăite în copilărie.

Problematika abuzului și neglijării copilului este majoră și globală, în toate țările lumii existând variate forme de manifestare a acesteia, uneori fiind înrădăcinată în practicile culturale, economice și sociale specifice. O mare parte din copiii aparținând diverselor societăți sunt victime ale violenței în propriul cămin. Mulți părinți, care ar trebui să-și protejeze copiii, nu iau nici un fel de măsuri atunci când actul de violență este comis de unul dintre membrii familiei. La nivel mondial, doar un număr de 16 țări au interzis cu desăvârșire pedepsele corporale asupra copiilor, astfel că marea majoritate a copiilor lumii nu sunt protejați împotriva lovirii, bătăilor sau umilirii de către proprii părinți. Mai mult, copiii sunt expuși violenței și în alte locuri în care ar trebui să se simtă protejați, cum sunt școlile, locurile de muncă (legale sau ilegale), sistemul judiciar. Conform raportărilor *UNICEF*, în peste 100 de țări este permisă lovirea copilului în unitățile școlare, iar în mai mult de 30 de state justiția poate decide aplicarea de pedepse corporale (bătăi, biciuiri) asupra copiilor [150].

Prin definiție, familia trebuie să protejeze copilul de orice formă de violență și, de asemenea, să îl învețe să se poată proteja singur. Declarația Universală a Drepturilor Omului și Pactul Internațional privind Drepturile Civile și Politice și Pactul Internațional cu privire la Drepturile Economice, Sociale și Culturale proclamă familia ca fiind elementul natural și fundamental al societății. De asemenea, Convenția cu privire la Drepturile Copilului adoptată de Adunarea Generală a Organizației Națiunilor Unite la 20 noiembrie 1989 consideră că familia este unitatea de bază a societății și mediul natural destinat creșterii și bunăstării tuturor membrilor săi și, în special, a copiilor, cerând statelor semnatare să asigure protecția și asistența de care aceasta are nevoie pentru a-și putea asuma pe deplin responsabilitățile în cadrul societății

Dar familia poate fi și un mediu periculos pentru creșterea și dezvoltarea copilului. Prevalența violenței părinților sau a altor membri apropiați ai familiei asupra copilului, prin abuz fizic, emoțional sau sexual și neglijare a început să fie recunoscută și atent analizată în ultima perioadă. Evaluarea abuzului și neglijării copilului în familie este dificil de realizat, existând o

reticență de a interveni în ceea ce este perceput în majoritatea societăților ca „sferă privată”. Dar este responsabilitatea statului, prin instituțiile sale specializate, de a proteja copiii prin instituirea de măsuri prin care să se asigure că părinții sau tutorii legali nu încalcă drepturile acestora.

Deși multe cazuri de abuz sau neglijare nu sunt raportate poliției sau serviciilor sociale specializate, totuși, în 2012 în USA au fost înregistrate de către instituțiile de protecție a copilului un număr de 686.000 cazuri de abuz și neglijare, reprezentând 9,2 % din populația țării. Dintre aceștia 78,3% au fost victimă a neglijării, 18,3% au suferit un abuz fizic, iar 9,3% un abuz sexual. În urma abuzului și neglijării s-au înregistrat 1,593 decese [229].

În România, conform datelor statistice publicate de Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, prin centralizarea informațiilor furnizate de Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, în anul 2013 au fost înregistrate la nivelul întregii țări 12.192 cazuri de abuz, neglijare și exploatare a copiilor, din care: 1133 cazuri de abuz fizic, 1558 cazuri de abuz emoțional, 688 cazuri de abuz sexual, 8403 cazuri de neglijare, 410 cazuri de exploatare prin muncă, 42 cazuri de exploatare sexuală, 208 cazuri de exploatare pentru comiterea de infracțiuni. Dintre acestea, 11.466 sunt cazuri de abuz, neglijare sau exploatare în familie, celelalte având loc în cazul copiilor aflați în îngrijirea unui asistent maternal profesionist, în servicii rezidențiale, unități de învățământ sau alte instituții. Serviciile de care au beneficiat acești copii au fost: servicii de reabilitare - 7.547 cazuri, din care consiliere psihologică și psihoterapie 7.148 cazuri, dintre care 614 cazuri de abuz fizic, 1180 cazuri de abuz emoțional, 598 cazuri de abuz sexual, 4518 cazuri de neglijare și 238 de exploatare [8].

În Republica Moldova, din datele prezentate de Centrul național de prevenire a abuzului față de copii *Amicul* din Chișinău reiese că la nivelul anului 2013 au fost asistați un număr de 647 copii, dintre care 202 au suferit o formă de abuz fizic, 165 abuz emoțional, 216 abuz sexual și 64 au fost neglijați. Datele statistice ale Ministerului Afacerilor Interne privind cazurile de abuz față de copii înregistrate în anul 2013 evidențiază un număr total de 867 de infracțiuni ale căror victime le-au fost copii, dintre care: abuz fizic și exploatare, 180 cazuri - omor (7 cazuri), pruncucidere (1 caz), lipsirea de viață din imprudență (12 cazuri), vătămarea intenționată gravă a integrității corporale sau a sănătății (6 cazuri), vătămarea intenționată medie a integrității corporale sau a sănătății (11 cazuri), vătămarea gravă ori medie a integrității corporale sau a sănătății cauzate din imprudență (3 cazuri), răpirea unei persoane (10 cazuri), traficul de ființe umane (1 caz), privațiunea ilegală de libertate (14 cazuri) etc.; abuz emoțional, 11 cazuri - amenințarea cu omor ori cu vătămarea gravă a integrității corporale sau a sănătății (2 cazuri), șantajul (5 cazuri), aragerea minorilor la activitate criminală sau determinarea lor la săvârșirea

unor fapte imorale (4 cazuri); abuz sexual, 176 cazuri - violul (71 cazuri), acțiuni violente cu caracter sexual (29 cazuri), constrângerea la acțiuni cu caracter sexual (4 cazuri), raportul sexual cu o persoană care nu a împlinit vârsta de 16 ani (48 cazuri), acțiuni perverse (14 cazuri), proxenetism (1 caz); neglijare - încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale (9 cazuri); alte infracțiuni 500 cazuri [20].

Tema abuzului și neglijării copilului a suscitată atenția multor cercetători: medici pediatri, neurologi sau psihiatri, psihologi, psihoterapeuți, asistenți sociali, sociologi. Atât în România, cât și pe plan mondial, sunt active diverse organizații ce luptă pentru apărarea drepturilor copilului, rapoartele și studiile oferite de acestea fiind utile în investigarea maltratării: Save the Children (Salvați Copiii) [134, 135, 136, 215, 216], Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului [8], Agenția Națională Antidrog [2], centrul *Amicul* (R. Moldova) [21], Organizația Națiunilor Unite (ONU) [111], United Nations Children's Fund (UNICEF) [150], World Health Organization (Organizația Mondială a Sănătății) [229], American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP) [173], American Academy Of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect [174, 175], National Child Traumatic Stress Network [205], National Crime Victims Research and Treatment Center [206], U.S. Department of Health and Human Services [225].

Diversi autori au elaborat o serie de studii teoretice și practice privind fenomenul abuzului și neglijării, cu prezentarea unor cazuri relevante și a modului de abordare și intervenție din perspectivă socială de către Ș. Ionescu [66], M. B. Iovu [67], K. Killen [70], M. Bulgaru [17], M. Roth-Szamoskozi [129], G. Neamțu [94], S. Rădulescu [125, 126], D. DePanfilis [187].

Multe lucrări științifice au studiat *psihopatologia copilului*, făcând referire la tulburările emoționale ale acestuia: I. Dobrescu [38], V. Ghiran și F. Iftene [52], Iu. Racu [121, 122, 123, 124], F. Dolto [39], M. Gelder, D. Gath și R. Mayou [50], D. Marcelli [76], B. și V. Sadock [133], R. Ammerman [176]; articole și studii privind anxietatea, depresia, stresul posttraumatic și alte tulburări ale copilului: I. Abdulhamid și P. Siegel [172], T. Benton [178], B. Bernstein [179], K. Connelly [185], R. Evans [188], A. și E. Giardino [192, 193, 194], R. Lubit, M. Maldonado-Durán și L.H. Bram [203], A. Sirotnak [216, 217], M. Waseem și M. Aslam [226]. *Efectele abuzului și neglijării* asupra dezvoltării copilului au fost abordate în literatura română și străină de specialiști psihologi și psihiatri precum D. Cosman și M. Manea [26], E. Kallay [69], J. Briere [182; din punct de vedere neurologic - C. Nelson [95], D. McCollum [204]; din perspectivă medico-legală - A. Enache ș.a. [41], A. Zămoșteanu, Z. Gozo, D. Muranyi [170].

Evaluarea psihologică a copilului a fost în atenția mai multor autori: tehnici experiențiale și proiective - I. Mitrofan [82, 83, 85, 86, 87, 89], A. Rozorea și M. Sterian [130], I.

Tănăsescu [148], D. De Castilia [37], E. Vladislav [168], S. Urbina [222]; evaluarea copilului maltrat - J. Briere [182], A. Cook ș.a. [186]; evaluarea copilului abuzat sexual - W. Friederich [190]. Aceștia au propus metode și tehnici specifice de lucru în evaluarea și psihodiagnosticul tulburărilor emoționale ale copiilor, unii dintre ei centrându-se strict pe evaluarea consecințelor maltratării.

O serie de psihoterapeuți români și străini au abordat problema psihoterapiei copilului, oferind programe structurate și metode de intervenție psihoterapeutică individuală și de grup, centrate atât pe copil cât și pe familia acestuia: *perspectiva umanist - experiențială* - I. Mitrofan, E. Anghel, E. Vladislav [80, 81, 82, 83, 85, 87, 89], E. Anghel și D. Vasile [151], G. Cucu-Ciuhan [29, 30], F. Golu și C. Ioniță [54]; *terapie prin joc și dramaterapie* - S. Jennings [200], Ph. Booth și A. Jernberg [180], N.B. Webb [227]; *psihoterapie cognitiv-comportamentală* - I. Holdevici [59, 60, 61, 62], D. David [33, 34, 36], O. Benga [12]; *art-terapie* - V. Olărescu [99, 100, 101, 102], J. Rubin [131]; *psihoterapie de grup* - I. Yalom [169]; *intervenții în psihoterapia tulburărilor anxioase și depresive* - Iu. Racu [121, 122, 123], G. Andrews [6], Z. Bolea [15], A. Calancea [18], A. Verdeș [159, 160]; *psihoterapie integrativă* - I. Dafinoiu [31, 32]; *psihoterapia familiei* - I. Mitrofan [90], M. Nichols și R. Schwartz [96], V. Satir [138, 139]; *psihoeucație pentru copil și familia acestuia* - M. Caluschi [19], A. Faber și E. Mazlish [46], M. Hickling [57]; *psihoterapia specifică copilului maltrat* - S. Rusnac ș.a. [132], C. Lanktree și J. Briere [202], B. Ryann și L. Conradi [211], D. Smith [218], A. Urquiza și C. Winn [223]. Numărul mare de copii aflați în situație de abuz și neglijare și insuficiența studiilor referitoare la problematica legată de etiologia maltratării, intervenția, evaluarea și asistarea psihologică a acestora sunt motivele care m-au determinat să aleg prezenta temă de cercetare.

Lucrarea se bazează pe activitatea de evaluare și intervenție psihoterapeutică asupra unui număr de 103 copii aflați în situație de abuz și neglijare, desfășurată în perioada 2008-2012, fiind rezultatul și o continuitate studiilor realizate începând cu anul 2003, sub coordonarea prof. univ. dr. Iolanda Mitrofan din cadrul Facultății de Psihologie a Universității din București, președintele Societății de Psihoterapie Experiențială Română.

Scopul cercetării constă în determinarea tulburărilor emoționale la copiii în vârstă de 8 - 12 ani, consecință a abuzului și neglijării, a factorilor familiali de risc și în elaborarea și implementarea unui program psihoterapeutic de ameliorare a acestor tulburări.

Obiectivele cercetării: studierea și analiza literaturii de specialitate privind domeniul studiat, elaborarea și realizarea proiectului de cercetare prin aplicarea diferitor metode și tehnici de investigare a abuzului și neglijării.

1. evidențierea tipurilor de tulburări emoționale consecință a abuzului și neglijării la copiii în vârstă de 8-12 ani;
2. identificarea factorilor familiari de risc pentru abuzul și neglijarea copilului;
3. identificarea cazurilor în care intensitatea simptomelor emoționale atinge pragul pentru stabilirea unui diagnostic psihiatric;
4. elaborarea și implementarea unui program psihoterapeutic având ca obiectiv ameliorarea tulburărilor emoționale identificate;
5. determinarea eficienței programului psihoterapeutic aplicat;
6. elaborarea de recomandări pentru lucrul cu copiii maltratați și părinții acestora.

Noutatea și originalitatea științifică. Pentru prima dată la nivel național a fost realizat studiul experimental al tulburărilor emoționale, consecință a abuzului și neglijării asupra copilului:

- au fost identificați factorii familiari de risc: mediile defavorizate, sărăcia, alcoolismul, consumul de droguri, climatul familial intens conflictual sau violent, modelul educațional hiperautoritar sau hiperpermisiv, indiferența, lipsa de implicare în relația cu copilul;

- au fost identificate tulburările emoționale consecință a abuzului și neglijării: depresie, anxietate, furie, disociere, simptome de stres posttraumatic, însoțite de preocupări sexuale necorespunzătoare vârstei și/sau distres sexual, în cazul copiilor abuzați sexual;

- au fost evidențiate tulburările psihice ce pot fi diagnosticate la copiii abuzați sau neglijăți: Tulburarea de Stres Posttraumatic, Fobia Socială și Tulburarea de Adaptare, Tulburarea distimică, Episodul Depresiv Major, Tulburarea de Adaptare și Anxietatea de Separare;

- a fost identificată prezența unor scheme dezadaptative, cauzate de experiențele negative de maltratare, și care generează un distres puternic, având consecințe inclusiv asupra relaționării cu adulții sau egali;

- a fost stabilită utilitatea testelor proiective de desen în evaluarea tulburărilor emoționale ale copiilor maltratați, prin analiza corelațiilor dintre numărul și semnificația elementelor grafice și scalele testelor psihometrice aplicate;

- a fost elaborat și aplicat un program psihoterapeutic structurat pentru ameliorarea tulburărilor emoționale ale acestor copii, care a inclus atât copiii, cât și părinții acestora.

Metodologia cercetării derivă din obiectul, scopul și sarcinile cercetării și se constituie din: *metode teoretice* (analiza și sinteza literaturii de specialitate; metoda ipotetico-deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor obținute în cercetare); *metode empirice* (observația,

convorbirea, chestionarul, testul, experimente de constatare și de control, intervenții psihologice); *metode matematice și statistice* (calcularea coeficienților de corelație *Spearman* pentru stabilirea mărimii relației dintre două variabile; testul *Kruskal Wallis*, echivalentul non-parametric al testului *ANOVA*, utilizat pentru evaluarea diferenței la nivel de ranguri între mai mult de două eșantioane independente; testul post-hoc *Tamhane* pentru stabilirea diferenței dintre fiecare pereche de medii; testul *Mann-Whitney* pentru testarea ipotezelor referitoare la diferențele dintre două eșantioane independente și testul *Wilcoxon* pentru comparația între eșantioane perechi).

Metodele empirice utilizate sunt: *TSCC – Trauma Symptom Checklist for Children* (autor J. Briere, 2000, licență Psychological Assessment Resources Incorporation, U.S.A.), *CDI – Child Depression Inventory* (autor M. Kovacs, 1992), *MASC - Multidimensional Anxiety Scale for Children* (autor J. March, adaptat de C. Sîrbu, 2009, licență TestCentral, București); *KID SCID – Interviu clinic structurat pentru tulburările copilului sau adolescentului* (autor D. Hien ș.a., adaptat D. David, 2007, licență RTS Cluj-Napoca); *YSQ - Young Schema Questionnaire* (autori J. Young și G. Brown, adaptat D. David, 2007, licență RTS Cluj-Napoca); *DAT - Draw a Tree - Testul Arborelui* (K. Koch, R. Stora), *SMPPC - Scala Multidimensională de Percepție a Controlului la Copii* (autor J. Connell, adaptat D. David, 2007, licență RTS Cluj-Napoca), *CSRB - Scala de Convingeri Raționale pentru Copii* (autor W. Knaus, adaptat D. David, 2007, licență RTS Cluj-Napoca).

Cercetarea experimentală și intervenția psihologică au fost realizate în perioada 2008 – 2012, incluzând un număr de 103 de copii cu vârste între 8 și 12 ani și familiile acestora, aflați în asistența *Centrului de consiliere pentru copilul abuzat, neglijat, exploatat* din subordinea *Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 2 București*.

Etapele investigației. Cercetarea s-a desfășurat în trei etape:

1. etapa analitică (2008-2009), pe parcursul căreia etapa a fost analizată și generalizată literatura științifică privind problema abordată în cercetare, au fost selectate metodele și tehnicile de cercetare și intervenție psihologică;

2. etapa de constatare (2010), pe parcursul căreia a fost efectuat experimentul de constatare;

3. etapa de intervenție psihoterapeutică (2010-2011), în care s-a desfășurat programul psihoterapeutic pentru copiii selectați și familiile acestora.

4. etapa de retestare - experimentul de control (2011-2012), pentru evaluarea eficienței intervenției psihoterapeutice; ulterior (2012-2013) au fost generalizate și descrise rezultatele obținute.

Problema științifică importantă soluționată în cadrul cercetării constă în stabilirea tulburărilor emoționale ale copiilor aflați în situații de abuz și neglijare, a factorilor familiali de risc și a impactului implementării unui program de intervenție psihoterapeutică asupra acestor tulburări.

Semnificația teoretică constă în cercetarea, evaluarea și evidențierea particularităților tulburărilor emoționale apărute la copiii aflați în situație de abuz și neglijare și a factorilor familiali de risc ai acestora. Rezultatele investigațiilor îmbogățesc astfel bazele teoretice ale științei psihologice cu noi cunoștințe referitoare la specificul tulburărilor emoționale ale copiilor abuzați și neglijăți și intervenția psihoterapeutică pentru diminuarea acestora.

Valoarea aplicativă a lucrării:

1. rezultatele obținute completează informațiile prezente, lucrarea constituind fundamentul unui ghid de bune practici, atât din punct de vedere teoretic (prin fundamentarea sa teoretică), cât și din punct de vedere practic (setul de metode de diagnostic al tulburărilor emoționale, având în vedere experiența autorului în psihodiagnosticul și psihoterapia acestor copii).

2. a fost elaborat, implementat și verificat un program de intervenție psihoterapeutică având ca obiectiv ameliorarea tulburărilor emoționale în cazul copiilor supuși abuzului și neglijării.

3. programul de intervenție psihoterapeutică este aplicat de psihologi specializați în centrele și cabinetele de evaluare și consiliere sau psihoterapie pentru copiii abuzați și neglijăți și familiile acestora.

4. pe baza materialelor din programul de intervenție psihoterapeutică sunt organizate traininguri pentru părinți și copii, pentru prevenirea sau diminuarea abuzului și neglijării.

5. materialele lucrării sunt utilizate în predarea cursurilor universitare, masterale sau de specializare și formare profesională continuă pentru psihologi, psihoterapeuți, asistenți sociali preocupați de domeniul studiat.

Aprobarea și implementarea rezultatelor cercetării. Rezultatele cercetării au fost discutate și aprobate în cadrul ședințelor Catedrei de Psihopedagogie Specială a Universității Pedagogice de Stat "Ion Creangă", la conferințele științifice organizate în cadrul UPS "Ion Creangă" și Universității București. Aspecte importante ale studiului au fost prezentate la următoarele conferințe: *Conferința Internațională de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare*, Universitatea București, 2012; *Conferința Internațională Asistența psihologică, psihopedagogică și socială ca factor al dezvoltării societății*, Chișinău, 2011; *Conferința Internațională de Psihologie Psihologia și realitățile lumii contemporane PSIWORLD*, Simpozionul *Noile forme de abuz și disoluție morală*, Facultatea de Psihologie a Universității București, 2010; *Conferința Națională de Psihologie De la cunoaștere la intervenție în psihologie*, Costinești, 2009. *Conferința Internațională de Psihologie*, Universitatea București, 2008.

Recomandări pentru implementare: Procedura de evaluare a copilului abuzat și neglijat și programul de intervenție psihoterapeutică sunt implementate în metodologia de lucru a centrului de consiliere din cadrul DGASPC Sector 2 București. Ele au fost preluate de alte cabinete și centre de consiliere și psihoterapie a copilului maltratat de la nivelul Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului din București și din țară, în îmbunătățirea activității psihologilor școlari, consilierilor, psihoterapeuților.

Informațiile teoretice și practice incluse în lucrarea prezentă constituie fundamentul unui ghid de bune practici pentru profesioniștii care lucrează în domeniul asistării copiilor abuzați, neglijăți, privați emoțional. Materialele prezentate în lucrare sunt utilizate în predarea cursurilor universitare, masterale sau de specializare și formare profesională continuă pentru psihologi, psihoterapeuți, asistenți sociali preocupați de domeniul studiat: Workshop de formare continuă a psihologilor, modul de specializare în psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie în cadrul Societății de Psihoterapie Experiențială Română, creditate de Colegiul Psihologilor din România.

Sumarul compartimentelor tezei. Teza este constituită din: adnotare, lista abrevierilor, introducere, trei capitole, concluzii și recomandări, bibliografie din 234 titluri, 10 anexe, 137 pagini de text de bază, 47 figuri și 20 tabele.

În *Introducere* se argumentează actualitatea și importanța temei de cercetare, problema științifică importantă soluționată, sunt formulate scopul și obiectivele investigațiilor, inovația științifică a rezultatelor obținute, noutatea științifică a rezultatelor obținute, importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării, este prezentată implementarea rezultatelor și aprobarea rezultatelor cercetării.

În *Capitolul I*, intitulat *Incursiune teoretică asupra tulburărilor emoționale ale copilului abuzat și neglijat*, este realizat un scurt istoric al tulburărilor emoționale ale copilului abuzat și neglijat, fiind examinată literatura de specialitate din domeniul studiat. Sunt definite conceptele de abuz și neglijare și factorii de risc pentru producerea acestor situații, fiind analizat tipul de familie, factorii ce țin de părinți și de copii. Se prezintă clasificarea abuzului în cele trei forme: fizic, emoțional și sexual, astfel cum sunt ele definite în lucrările studiate. Sunt evidențiate unele forme particulare ale abuzului și neglijării copilului, insistându-se asupra fenomenului alienării parentale. Sunt trecute în revistă posibilele consecințe la nivel emoțional pe termen scurt și lung, factorii de care depinde apariția acestora și efectele asupra sistemului nervos central, în special la nivelul sistemului limbic. Strudiul continuă cu prezentarea tulburărilor emoționale consecință a

abuzului și neglijării prevăzute de ultima ediție în limba română a DSM, insistând asupra tulburărilor anxioase, depresive și de stres posttraumatic.

Capitolul II, intitulat Particularitățile tulburărilor emoționale ale copiilor abuzați și neglijăți, prezintă obiectivul, ipotezele și metodologia cercetării. Sunt descrise pe scurt instrumentele de cercetare utilizate. Sunt prezentate caracteristicile lotului investigat (vîrstă, sex, nivel de școlarizare, forma de maltratare suferită și gravitatea acesteia) și sunt identificați factorii familiali de risc pentru abuz și neglijare: structura dezorganizată, climatul familial conflictual, violența, consumul de alcool sau drog, modelul educațional hiperautoritar sau hiperpermisiv. În urma aplicării testelor psihologice sunt identificate tulburările emoționale ale copiilor aflați în situație de abuz și neglijare: anxietate, depresie, furie, disociere, simptome de stres posttraumatic etc. Este prezentat specificul și intensitatea acestor tulburări în funcție de tipul de maltratare predominant și gravitatea acesteia și, în cazul în care simptomatologia depășește pragul de semnificație, se precizează existența unui diagnostic DSM.

În *Capitolul III, Ameliorarea tulburărilor emoționale ale copiilor abuzați și neglijăți*, este prezentată caracteristica generală a experimentului formativ: sunt descrise direcțiile, obiectivele și principiile elaborării programului de intervenție psihologică, tehnicile, procedeele și metodele psihoterapeutice, caracteristicile și etapele activităților individuale și de grup, cu copiii abuzați și neglijăți și membrii familiilor acestora. Sunt precizate principiile care ghidează intervenția psihoterapeutică și condițiile necesare pentru buna desfășurare a acesteia, privind relația terapeutică, calitățile psihoterapeutului și ale spațiului terapeutic. Este prezentată structura programului de intervenție, care include psihoterapie individuală, de grup și de familie, această combinație servind cel mai bine nevoilor copilului. Psihoterapia individuală are în vedere în primul rând comportamentele de risc, centrându-se apoi pe reducerea distresului, controlul emoțional, creșterea stimei de sine, prelucrarea emoțiilor și cognițiilor asociate traumei, îmbunătățirea abilităților de relaționare și atașamentului, controlul comportamentului, psihoeducația. La final este discutată eficiența programului psihoterapeutic elaborat și implementat, prin compararea rezultatelor copiilor din grupul de control cu cele ale copiilor din grupul experimental, fiind prezentate diferențele semnificative obținute, care indică eficiența programului.

Concluziile generale și Recomandările sintetizează rezultatele finale ale cercetării și oferă recomandări pentru specialiștii implicați în studierea domeniului cercetat.

CAPITOLUL 1

INCURSIUNE TEORETICĂ ASUPRA TULBURĂRILOR EMOȚIONALE ALE COPILULUI ABUZAT ȘI NEGLIJAT

Încă din Antichitate se fac referiri la eventuale vătămări la copii, uneori chiar intenționate, în cazul copiilor născuți bolnavi sau infirmi. Infanticidul era un fapt frecvent întâlnit și acceptat social. Copilul era considerat proprietatea părinților și constituia o resursă economică, reprezentând o mână de lucru în plus. Rezultatele studiilor lui Ambroise Tardieu asupra a 32 de copii despre care se credea că au murit datorită unor abuzuri au fost publicate în 1860, dar nu au avut niciun ecou în rândul membrilor societății, deși acesta descria anumite caracteristici medicale, psihice, sociale și demografice ale abuzului asupra copilului ca sindrom.

Primul caz de abuz înregistrat a fost cel al lui Mary Ellen Wilson, din New York, SUA - 1874. În acel caz, un vecin observase că fetița era bătută, legată de pat și hrănită doar cu pâine și apă perioade lungi de timp și a anunțat autoritățile. Acestea s-au declarat neputincioase, având în vedere că nicio dispoziție legală nu fusese încălcată, părinții având dreptul de a disciplina copiii după bunul plac. Totuși, cazul a fost preluat de *American Society for the Prevention of Cruelty to Animals*, prima organizație de protecție a animalelor, fondată în 1866. S-a considerat că fetița, aparținând regnului animal, merită cel puțin tot atâta protecție cât un animal maltratat. A fost scoasă din mediul familial, iar părinții abuzatori au fost condamnați. Publicitatea făcută cazului a șocat Statele Unite, rezultatul fiind prima lege care recunoștea drepturile copilului, elaborată în 1875.

Consecințele relelor tratamente asupra copiilor au fost analizate de numeroși specialiști în leziuni. În 1939, dr. F. D. Ingraham, neurochirurg, afirmă aspectul traumatic al hematoamelor subdurale ale sugarului. Dr. radiolog F. N. Sylverman descrie leziunile osoase fracturare și caracterul lor traumatic. Dr. John Caffey a reclamat, în 1946, primul caz de copil bătut, care prezenta multiple leziuni, printre care și un hematom subdural. Termenul de „abuz asupra copilului” a fost folosit pentru prima oară de pediatrul american Henry Kempe, în 1962, când publică rezultatele unor studii realizate împreună cu Dr. F.N. Sylverman și pedopsihiatru B.F. Steele, referitoare la fracturile multiple, vizibile cu raze X, ale copiilor bătuți. El descrie într-un articol publicat în Jurnalul Societății Medicale Americane *Sindromul copilului bătut (The Battered Child Syndrome)* un tipar de abuz ce se concretizează în anumite simptome clinice, și stabilește totodată un model medical și psihiatric al cauzalității abuzului. În Franța, primele studii sunt realizate de P. Strauss și M. Manciaux, în 1972 și 1975.

În prezent, atât în *DSM IV TR* [3], cât și în *ICD 10* [110] sunt notate sindroame determinate de maltratare: abuz fizic, abuz sexual, abuz emoțional, neglijare etc.

1.1. Definirea abuzului și neglijării și manifestarea acestora

Abuzul și neglijarea afectează dimensiunile esențiale ale dezvoltării copilului. Efectele acestora sunt profunde și nefaste, putând însoți individul de-a lungul întregii sale vieți. Din acest motiv sunt imperios necesare identificarea și tratarea problemelor legate de abuz și abordarea cu deosebită atenție a traumelor trăite în copilărie.

Conform *Dictionnaire Robert*, termenul *maltratare* a apărut în limba franceză abia în 1987, cu referire la relele tratamente ale căror victime pot fi copiii: violențele fizice, psihologice, neglijările grave, abuzurile sexuale, etc. [81]. Deși Dicționarul Explicativ al Limbii Române (DEX) face distincție între *abuz* („întrebuințare fără măsură a unui lucru, exces; încălcare a legalității; faptă ilegală”) și *maltratare* („a trata pe cineva cu asprime, a-i provoca dureri fizice sau morale; a chinui; a brutaliza”), în literatura de specialitate cei doi termeni sunt sinonimi.

Organizația Mondială a Sănătății consideră că abuzul asupra copilului sau maltratarea lui reprezintă *toate formele de rele tratamente fizice și/sau emoționale, abuz sexual, neglijare sau tratament neglijent, exploatare comercială sau de alt tip, ale căror consecințe sunt daune actuale sau potențiale aduse sănătății copilului, supraviețuirii, dezvoltării sau demnității lui, în contextul unei relații de răspundere, încredere sau putere*. O definiție asemănătoare oferă și *Asociația Națională a Asistenților Sociali din Statele Unite ale Americii*: *abuzul asupra copilului reprezintă toate formele de rele tratamente fizice și/sau emoționale, abuz sexual, neglijare sau tratament neglijent, exploatare comercială sau de alt tip, produse de către părinți sau orice altă persoană aflată în poziție de răspundere, putere sau încredere, ale căror consecințe produc daune actuale sau potențiale asupra sănătății copilului, supraviețuirii, dezvoltării sau demnității lui*.

Legea nr. 272 / 2004 definește în art. 89 abuzul asupra copilului ca fiind *orice acțiune voluntară a unei persoane care se află într-o relație de răspundere, încredere sau de autoritate față de acesta, prin care este periclitată viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului*. *Aceeași lege definește neglijarea copilului ca omisiunea, voluntară sau involuntară, a unei persoane care are responsabilitatea creșterii, îngrijirii sau educării copilului de a lua orice măsură subordonată acestei responsabilități, fapt care pune în pericol viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului*.

Neamțu [94, pp. 696-697] găsește o serie de caracteristici ale maltratării copilului: raportul inegal de forțe între victimă și agresor; copilul victimă se află în îngrijirea adultului; agresorul are acces permanent la victimă; imoralitatea/iresponsabilitatea agresorului; efectele asupra dezvoltării copilului; maltratarea poate fi produsă prin omisiunea unor nevoi ale copilului (neglijare) sau prin comiterea unor acte agresive (abuz); abuzul se produce cu intenție.

Abuzul împotriva copiilor este privit în general ca un fenomen legat de mediul familial, de persoanele din familia nucleară sau extinsă, menită să îngrijească copiii, sau de înlocuitorii acestora. Pecora (1992) consideră abuzul comis împotriva copilului la trei niveluri: societal, instituțional și familial [apud 129, p 62-64; 17, p. 175]. *Abuzul societal* însumează acele acțiuni, atitudini și valori ale societății care împiedică buna dezvoltare a copilului, iar cel *instituțional* are în vedere acele organizații și instituții care sunt frecventate de copii sau care ar trebui să aibă drept preocupare bunăstarea copilului. *Abuzul familial*, cea de-a treia formă de abuz, este comis de membrii familiei copilului, în special de către cei în care copilul are încredere, însărcinați cu îngrijirea copilului, ceea ce îl pune la polul opus față de abuzul societal și instituțional.

Familia este mediul esențial care poate influența dezvoltarea și destinul copilului prin securizare materială, dragoste și educație. Cu toate acestea, datele despre abuzul copiilor relevă faptul că mediul cu cel mai mare grad de risc rămâne mediul familial. Desemnarea unui anumit comportament din cadrul familial ca fiind abuz sau neglijare depinde de o serie de factori sociali și culturali. Un comportament este considerat într-o societate dată ca fiind abuziv dacă el depășește standardul cultural obișnuit al comunității. Bătaia peste fund sau o palmă dată unui copil sunt considerate în România forme acceptabile de pedepse date de către părinți; chiar dacă aceste pedepse se aplică frecvent, părintele nu este condamnat sub nicio formă. În societățile în care legislația interzice cu desăvârșire bătaia, astfel de pedepse pot duce la judecarea și condamnarea părintelui pentru abuz fizic împotriva propriului copil.

Într-un caz de abuz intrafamiliar comis asupra unuia sau mai multor copii pot fi identificați o serie de *factori de risc* [66]: factori sociali: mediile defavorizate, sărăcia, alcoolismul, șomajul etc.; factori sociologici: familii monoparentale, familii dezorganizate, concubinajul, familii mixte; factori psihologici, care țin de personalitatea părinților, de caracteristicile lor psiho-afective, de evenimentele care au marcat viața de familie. Acești factori se influențează reciproc, prin formarea unor cercuri vicioase care se autoîntrețin. În interiorul acestor familii se acumulează de-a lungul timpului tensiuni foarte puternice. Toleranța la frustrare fiind scăzută și neexistând alternative la confruntarea directă, apar situații de criză intrafamiliară care favorizează decompensarea și trecerea la abuzul asupra copilului. Se poate vorbi de existența unor factori de risc, care, acumulați, determină apariția unor situații de abuz. Un singur factor de risc nu produce neapărat un abuz, însă conjugarea mai multor factori creează o conjunctură favorabilă producerii unei situații de abuz sau neglijare.

Copilul poate fi obiectul unei situații de abuz atunci când ocupă un „loc anume” în cadrul familiei: copil adulterin; copil rezultat din altă căsătorie; un geamăn; copil de „înlocuire după un doliu”, sau când este, în mod obiectiv, un copil dificil, ca urmare a unor evenimente pe care le-a

trăit: un copil născut prematur sau spitalizat încă de la naștere pentru o perioadă lungă de timp; un copil separat de mediul său familial pentru mult timp: copil crescut de bunici sau alte rude, copil dat în plasament; un copil ce prezintă afecțiuni psiho-somatice.

Părinții sau alți adulți cu risc pot fi: bolnavi psihici, alcoolici, toxicomani, cu depresie cronică sau debilitate mintală, cu tulburări de personalitate, cu comportamente obsesive, fobice, sadice etc.; persoane care au fost, la rândul lor, supuse unei forme de abuz în copilărie. Ei prezintă, ca adulți, imaturitate afectivă, stimă de sine scăzută, intoleranță la frustrare, datorate, de cele mai multe ori, unor perturbări grave trăite de ei în copilărie. La prima vedere par „părinți ca oricare alții”, având o bună integrare socială și o normalitate aparentă, totuși reprezintă categoria cea mai numeroasă de părinți cu risc.

În categoria familiilor cu risc intră: familiile haotice, dezorganizate sau marginalizate, fără siguranță materială și afectivă, în care se combină situații care formează premisele pentru abuz (alcoolism, toxicomanie, cuplu instabil, concubinaje repetate, copii proveniți din mai multe legături, mame singure cu mulți copii). La polul opus se află familii aparent normale, cu o integrare socio-profesională satisfăcătoare și care se bucură de considerația anturajului. La o analiză mai atentă, se constată tulburări ale comportamentului părintesc, precum rigiditate psiho-afectivă, obsesia ordinii și curățeniei, pedepse excesive, umilințe, perversiuni.

Neamțu [94, pp. 702-705] face distincția între mai multe tipuri de părinți abuzivi: părinți abuzivi din dorința de a disciplina copilul; părinți abuzivi din dorința, conștientizată sau nu, de a distruge copilul; părinți abuzivi care afirmă că doresc disciplinarea copilului, negând intenția distructivă. Aceștia sunt deseori mai periculoși, căci nu recunosc tratamentul inacceptabil pe care îl aplică propriului copil.

Ionescu [69, p. 23] observă că maltratarea poate avea cauze multiple: patologia părinților, carențele relaționale copil-părinte, problemele familiei. Trecând în revistă o serie de cercetări ale fenomenului, autorul constată existența mai multor factori etiologici și de risc: patologia autorului maltratării (scoruri ridicate la măsurătorile psihopatologice, distorsiuni cognitive, percepții negative și așteptări nerealiste de la copil), transmiterea transgenerațională a maltratării, în cazul familiilor cu mod de viață haotic, cu relații dezorganizate, în care carențele, maltratările și confundarea rolurilor se repetă de-a lungul mai multor generații, contextul familial și de mediu (șomajul, sărăcia, lipsa susținerii sociale, rețelele sociale reduse și nesatisfăcătoare, lipsa accesului la resursele comunității, participarea socială), situațiile de criză familială (divorț, adopție, recompunere familială, doliu, sinucidere, alcoolism, toxicomanie). Gabel [apud 69, p. 26] identifică o multitudine de *factori cauzali* care interacționează în situațiile de maltratare: socio-economici, psihologici (psihoză, abuz de droguri, alcoolism, deficiență); de mediu (izolare, lipsa

sprijinului social); legați de istoria familiei (separare, doliu, șomaj etc.); educativi (pedepse corporale); factori legați de dezvoltarea normală a unui copil mic (exersarea controlului sfincterian, tulburări de somn, refuz alimentar etc.); factori legați de existența unui copil sau caracteristicilor acestuia (nu corespunde copilului imaginar sau reparator în ceea ce privește sexul, o trăsătură fizică sau alte caracteristici); factori de ordin interactiv.

Divet [apud 94, pp. 703-705], la rândul său, găsește în comportamentul parental o serie de indicatori ai *riscului de maltratare a copilului*, care apar uneori chiar înaintea nașterii acestuia, de o deosebită importanță pentru specialist. Sesizarea unui număr mai mare dintre acești indicatori impune luarea de măsuri pentru preîntâmpinarea maltratării copilului:

- factori ce apar în perioada sarcinii: negarea sarcinii, sarcină nedorită, neacceptată; sarcină nedeclarată, ascunsă; sarcină trăită de femeie ca o perioadă dificilă; antecedente de moarte subită a unui copil sau a cuiva important din familie; antecedente obstetricale; situația actuală a mamei: izolare, ruptură afectivă, conflicte conjugale; vârstă prea mică a mamei sau sarcini apropiate una de alta; lipsa unui domiciliu fix, condiții proaste de locuit; condiții de viață grele (muncă grea, navetă); antecedente de plasare provizorie a altor copii din familie; absența sprijinului social.

- factori ce apar în perioada internării în maternitate: descoperirea în anamneza mamei a semnelor de mai sus, din perioada prenatală; naștere dificilă sau prematură; separarea mamei de copil imediat după naștere; intoleranța mamei la țipetele copilului; anxietatea excesivă a mamei privind îngrijirea copilului; absența vizitatorilor la mamă și copil; copil cu malformații sau deficiențe; relaționare proastă, în general, cu copilul; refuzul mamei de a vedea copilul și de a se ocupa de el; dificultăți de hrănire a copilului; conduite inadecvate ale mamei, impulsuri periculoase reale sau care se apreciază că ar fi posibile; depresii și psihoze post-partum; elemente de risc ale vieții de familie (șomaj, locuință nesigură etc.);

- factori ce apar după întoarcerea acasă din maternitate: depresia mamei; îngrijirea inadecvată sau dezinteres față de copil;

- caracteristici specifice ale copilului: statutul copilului (adulterin, din alte relații etc.); malformații sau deficiențe; prematuritate; spitalizări repetate, prelungite; patologie neonatală;

- caracteristici ale părinților: carențe afective în propria copilărie; antecedente psihiatrice sau handicap fizic; dependență; deficiență mintală cu comportamente inadecvate; indiferență, atitudine rece, distantă față de copil; intoleranță, principii educative rigide; imaturitate; violență în cuplu; comportamente perverse, sadice față de copil.

- caracteristici ale modului de viață (familiar, social, economic): antecedente personale sau familiale nefavorabile (crescut în casa de copii, copii abandonați, divorțuri); amestecul generațiilor; alți copii ai familiei care se află în servicii de protecție a copilului; izolare socială sau

familială; insuficiențe ale resurselor existențiale, șomaj; condiții proaste de locuit, promiscuitate, dezrădăcinare din zona de origine; grupuri marginalizate, vulnerabile; separare, divorț, mutatul familiei, doliu după o persoană importantă pentru familie; întoarcerea acasă a unui copil anterior plasat; o nouă sarcină neașteptată.

Identificarea acestor semne de risc permite luarea unor măsuri rapide și eficiente pentru a preveni maltratarea copiilor.

În lucrările de psihiatria copilului sunt incluse sindroame asociate abuzului și neglijării. Tratatul de Psihiatrie Oxford [50, pp. 633-637] descrie *abuzul fizic* (lezarea neaccidentală), *abuzul emoțional*, *abuzul sexual*, *neglijarea*, *Sindromul deficienței nonorganice de creștere* și *Nanismul privativ* (*Non-Organic Failure to Thrive* și *Psychosocial Short Stature Syndrome*). Manualul de psihiatrie clinică Kaplan și Sadock [133] notează abuzul și neglijarea copilului, estimând că în Statele Unite ale Americii sunt abuzați sau neglijați anual un milion de copii, motiv din care rezultă între 2 și 4 mii de decese pe an.

Dacă primele două ediții ale *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* din 1952 și 1968 nu au făcut nicio referire privind copilul maltrat, în *DSM III* (1980) apare capitolul intitulat *Codul 5 pentru situații nedatorate tulburărilor mintale, dar care pot apare datorită lipsei de atenție sau tratamentului* și mențiunea că respectiva categorie *poate fi folosită atât pentru părinți cât și pentru copii când situația apărută nu se datorează tulburării mintale, ci unor probleme părinte-copil care interferă cu tratamentul sau cu îngrijirea*. *DSM IV TR* [3], apărut în traducere românească în 2004, include capitolul *Alte condiții ce pot atrage atenția din punct de vedere clinic*, care cuprinde în secțiunea *Probleme în legătură cu abuzul sau neglijarea*, categorii ce trebuie utilizate când centrul atenției clinice îl reprezintă relele tratamente prin abuz fizic, abuz sexual sau neglijarea copilului (codificare pe *Axa I, V61.21*). Dacă subiectul evaluat este copilul victimă a abuzului sau neglijării, se codifică 995.52, 995.53 sau 995.54.

În *ICD 10 (International Classification of Diseases)* [111] spectrul este mult mai larg, notându-se sindroame cauzate de maltratare: abuz fizic (*T 74.1*), abuz sexual (*T 74.2*), abuz psihologic (*T 74.3*), alte sindroame de maltratare (*T 74.8*), sindroame de maltratare nespecificate (*T 74.9*), dificultăți legate de creșterea și educarea copilului (*Z 62*), neglijare afectivă – părinte care se adresează copilului cu răceală și indiferență, lipsă de interes față de copil, de înțelegerea dificultăților și absența laudei și încurajării, reacție iritată față de un comportament anxios și absența exteriorizării afective suficiente (*Z 62.4*), agresiune prin forță fizică (*Y 04*), agresiune sexuală prin forță (*Y 06*), maltratări precum cruzime mentală și maltratare sexuală (*Y 07*), cu subdiviziunile: abuz comis de un părinte (*Y 07.1*), comis de autorități (*Y 07.3*), de alte persoane specificate (*Y 07.8*) sau nespecificate (*Y 07.9*).

Literatura de specialitate diferențiază trei mari categorii de abuz: *abuzul fizic*, *abuzul emoțional* și *abuzul sexual*.

Abuzul fizic asupra copilului este recunoscută drept cea mai vizibilă formă de abuz. Ea dezvăluie acțiunea sau lipsa de acțiune (singulară sau repetată) din partea unui părinte sau a unei persoane aflată în poziție de răspundere, putere sau încredere care are drept consecință vătămarea fizică actuală sau potențială. Se poate manifesta sub multe forme: loviri, bătăi, scuturări, arsuri, ciupituri, mușcături, sufocări, aruncări, legări, biciuiri, otrăviri, intoxicații. Semnele uzuale ale abuzului fizic sunt: contuziile (apărute de la lovituri, ciupituri, trântiri ale copilului etc.), arsurile, fracturile.

În *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2000), abuzul fizic este caracterizat de către Kaplan și Sadock [133] drept producerea cu bună intenție de suferințe și vătămări corporale prin lovirea copilului cu pumnul, piciorul sau cu obiecte contondente, prin arderea, înțeparea, tăierea sau otrăvirea acestuia. Unele acte de abuz fizic apar ca rezultat al unor severe și nejustificate pedepse corporale [apud 38, p. 385]. *Tratatul de Psihiatrie Oxford* [50, pp.633-637] notează că un copil poate fi adus la medic prezentând echimoze multiple, arsuri, zgârieturi, mușcături, sfâșierea buzei superioare, fracturi, hemoragie subdurală, hemoragie retiniană. După Marcelli [76, p. 532], copiii pot prezenta hipotrofie sau retard staturo-ponderal, dar nu întotdeauna starea generală este afectată.

Cercetătorul american Pecora (1992) definește abuzul fizic ca vătămare produsă neaccidental de persoana în grija căreia se află un copil [apud 129].

După Killen [70, pp. 26-30], copiii care au fost răniți în mod deliberat sau din cauza insuficienței supravegherii reprezintă categoria copiilor abuzați fizic. Deseori, copiii supuși abuzului fizic prezintă contuzii, care pot apărea de la ciupituri, lovituri sau trântiri ale copilului și arsuri. Copilul prezintă contuzii lăsate de palme sau obiecte pe spate sau pe fund, urme de degete pe obraji, picioare sau brațe, ochi vineți urmare a loviturilor primite. Arsurile pot proveni de la țigări sau diverse obiecte electrice. De asemenea, pot apărea fracturi ale mâinilor sau picioarelor. Dykes [apud 76] descrie efectul scuturărilor puternice provocate copiilor de vârstă mică, care pot duce la un efect de biciuire a capului, producând sângerări ale meningelui, în membrana protectoare a creierului sau în interiorul ochiului.

Roth [129] identifică patru categorii de copii, după gravitatea efectelor abuzului: copii expuși abuzului fizic minor (suprafețe de piele înroșite, leziuni ușoare); copii expuși abuzului fizic major (cap spart, oase rupte, arsuri etc.); copii cu risc, care au suportat rele tratamente în trecut, dar nu există certitudinea că sunt supuși unui abuz și în prezent; copii exploatați prin muncă, care îndeplinesc activități ce presupun depășirea capacităților lor fizice, sunt contrare

preocupărilor specifice vârstei, înjositoare sau împiedică pregătirea școlară sau profesională. În aceeași lucrare se analizează comportamentele punitive ale părinților, potențial cauzatoare de abuz. Autoarele definesc pedepsele fizice ca metode educative menite de a cauza copilului durere: bătăi cu mâna sau diferite obiecte, aplicate pe diverse părți ale corpului, așezarea copilului în genunchi, legarea, scuturarea, lovirea lui de perete sau de un obiect, tragerea de urechi sau de păr sau chiar acțiuni periculoase, precum arderea sau otrăvirea lui. Ele sunt de părere că pedepsele minore ce sunt date în mod regulat nu dăunează sănătății și integrității corporale a copilului, deși nu sunt lipsite de pericol pentru sănătatea sa psihică. Folosite repetat, impropriu sau fără concordanță cu gravitatea faptei comise, pot duce la traume psihice, deoarece transmit copilului mesajul violenței fizice. Pedepsele reprezintă o formă de abuz când sunt aplicate în mod regulat copiilor sau când nu corespund greșelilor acestora ori sunt destinate să aducă satisfacții adultului și nu să corecteze comportamentul copilului. Sunt considerate abuzive pedepsele grave, care comportă un risc substanțial pentru sănătatea și integritatea corporală a copilului, chiar și la o singură aplicare: arsuri, înfometarea copilului, folosirea obiectelor periculoase etc.

Whitman (1994) face diferența dintre disciplinare și abuz [apud 94, pp. 702-703]:

Tabel 1.1. : Diferența dintre disciplinare și abuz, după Whitman

DISCIPLINĂ	ABUZ
Măsurile luate de adult sunt relaționate în mod logic cu comportamentul „indisciplinat” al copilului	Măsurile sunt lipsite de logică: legătura dintre faptă și pedeapsă este arbitrară
Nu se face un „proces” copilului; copilul nu este „judecat”	Copilul și comportamentul lui sunt judecate și etichetate: „ești un copil rău, prost...” etc.
Pedeapsa se referă doar la situația prezentă	Se referă la greșelile din trecut și la alte greșeli ce se cumulează.
Are drept consecință dezvoltarea motivație intrinseci a copilului (copilul face lucrurile cum trebuie din proprie inițiativă și nu impuse de controlul din afară) și a sensului autodiscipliniei.	Dezvoltă motivația extrinsecă a copilului (a face cum trebuie pentru a scăpa de pedeapsă).
Copilul nu este umilit și supus.	Copilul este umilit de adult și supus cu forța.
Există o anumită libertate (între anumite limite cunoscute de copil) în alegerea pedepsei.	Nu permite alternative și nici nu implică gândirea copilului asupra situației.
Copilul învață să-și asume responsabilitatea pentru faptele sale.	Adultul are responsabilitatea reacțiilor și a comportamentelor copilului.
Are la bază conceptele de respect și egalitate între copil și adult.	Se bazează pe o relație inferior/superior, de dominanță și control al adultului asupra copilului.
Dezvoltă capacitatea copilului de a rezolva probleme.	Dezvoltă în copil sentimentul că doar adulții pot rezolva problemele copiilor.
Demonstrează copilului dragostea și afecțiunea adultului.	Demonstrează copilului ostilitatea adultului față de el.

Abuzul emoțional desemnează un comportament impropriu al adultului față de copil, ce constă în supunerea repetată a copilului la situații al căror impact emoțional depășește capacitatea sa de integrare psihologică, cu efecte negative asupra personalității în formarea acestuia,

incluzând acele acte adresate copilului, capabile să-i afecteze sănătatea sau dezvoltarea fizică, mintală, spirituală, socială. Dintre toate formele de abuz, cel emoțional este cel mai greu de definit și de demonstrat; el poate apărea în situații foarte diferite de viață.

Kaplan și Sadock (2000) consideră că orice persoană care ajunge să convingă un copil că nu este iubit, că nu este dorit, că nu este bun de nimic sau că este în pericol produce un abuz emoțional [apud 38]. Abuzul emoțional se remarcă prin insulte verbale (înjurăturile, țipetele, sarcasmul, blamarea), răspunsuri neașteptate, dispoziție permanent negativă, certuri familiale constante, cât și comunicări cu dublu mesaj și care determină confuzia copilului. Tratatul de Psihiatrie Oxford [50, p.635] definește abuzul emoțional ca împiedicarea dezvoltării copilului prin rejectare, umilire frecventă, remarci sarcastice, supraprotecție exagerată, abuz verbal sau transformarea acestuia în țap ispășitor.

Garbarino (1986) consideră că abuzul emoțional reprezintă un *atac concentrat al unui adult asupra conștiinței de sine și a competenței sociale a copilului* [apud 17, p. 168]. Garbarino et al (1986), Pecora et al (1992) și Whitman (1988) au identificat mai multe forme de abuz emoțional: respingerea, izolarea, terorizarea, ignorarea, coruperea [apud 129].

Respingerea intenționată apare în următoarele cazuri: prin negarea legitimității dorințelor copilului, nerecunoașterea consecventă a meritelor sale, pedepsirea pentru activități normale vârstei, refuzul afecțiunii, afișarea unor preferințe evidente pentru unul dintre copiii din familie, etichetarea negativă a comportamentului, refuzul de a recunoaște sau de a remarca realizările copilului. *Izolarea* de experiențele sociale firești ale vârstei sale duce la îndepărtarea copilului de mediul social care îi poate asigura relațiile sociale necesare dezvoltării optime. Interzicerea jocurilor, a distracțiilor cu copii de aceeași vârstă face copilul să se simtă singur și îl împiedică să lege prietenii sau să-și formeze puncte de reper în mediul exterior familiei. *Terorizarea* copilului se poate realiza pe cale verbală, cu scopul de a inocula acestuia frică, creându-i acestuia imaginea unei lumi terifiante, ostile; adultul poate amenința copilul cu pedepse înfricoșătoare, care îl pot pune în pericol pe el sau o persoană iubită. Terorizarea afectează bazele încrederii copilului în adulți, în lumea înconjurătoare. *Ignorarea* sau refuzul comunicării cu copilul, neobservarea intenționată a dorințelor exprimate de acesta, lipsa de interes pentru dezvoltarea abilităților copilului, refuzul de a răspunde la durerea sa, la cererea lui de ajutor, neprotejarea lui de agresiunea fraților sau a altor copii constituie un abuz deoarece privează copilul de stimulii esențiali dezvoltării sale psihice. *Coruperea* înseamnă a tenta un copil să se implice în activități antisociale, care îi depășesc capacitatea de înțelegere și îi pervertesc judecățile morale (delincvență, violență, sexualitate, consum de alcool sau drog). Astfel, un copil poate fi angajat în

pornografie, prostituție, trafic și consum de droguri, cerșetorie, furt, contrabandă, muncă în condiții ilegale. Copiii devin degradați moral începând de la vârste fragede.

Killen [70] enumeră o serie de categorii de abuz emoțional:

- copii percepuți negativ de către părinți, uneori chiar de la naștere, rejectați, considerați răi, proști sau nebuni, trecuți cu vederea sau văzuți ca sursă a problemelor părinților. O formă aparte este reprezentată de *Sindromul Cenușăresei*, copilul fiind expus nu numai abuzului emoțional al părinților, ci și al fraților care, simțindu-se în nesiguranță și suferind de o anxietate cronică datorată atitudinii părinților, se aliază cu aceștia contra unui frate sau a unei surori;

- terorizarea copilului prin amenințări cu pedeapsa, cu părăsirea sau alungarea, care creează acestuia o stare de anxietate, căreia îi este greu să-i facă față.

- violența dintre părinți, climatul intrafamiliar de ură și ostilitate, care are drept consecință o stare de anxietate a copilului, dificultăți de identificare, probleme de identitate, mai ales în ceea ce privește conștiința propriei valori și a identității sexuale;

- părinții care sunt dependenți de alcool sau droguri, care sunt prea atenți la propriile nevoi și probleme încât nu se mai pot ocupa de copiii lor. Aceștia sunt expuși la anxietate și situații neprevăzute, pe care nu le pot înțelege. Copilul observă că părinții săi sunt incapabili de a avea grijă de ei înșiși și nu mai au control.

- părinții care se află în situații de separare sau divorț și care își plasează copilul în mijlocul unui conflict cronic în care unul dintre părinți îl acuză pe celălalt, iar copilul poate fi forțat să ia partea unuia dintre ei. Copilul devine anxios și poate ajunge la sentimente confuze.

Neamțu [94, pp. 697-698] remarcă faptul că respingerea și ignorarea dovedesc absența dovezilor de afecțiune. Terorizarea copilului poate consta în adresarea unor amenințări care au scopul de a liniști copilul, dar care au consecințe mult mai profunde și mai grave decât își pot imagina părinții: "*dacă mai plângi, aici te las!*", "*te dau la lup*", "*te spun lui tata și o să vezi tu!*" sau nevinovata și frecventa amenințare: "*dacă mai faci ... nu te mai iubesc!*".

O formă aparte de abuz emoțional o reprezintă *Sindromul alienării parentale (Parental Alienation Syndrome - PAS)*, descris de Gardner în 1985 [108, 155]. Deși catalogarea procesului de alienare a unui copil de către părinte drept sindrom sau tulburare este încă controversată, acesta nefiind introdus în *DSM*, PAS a fost acceptat de mulți profesioniști și de multe instanțe din SUA, Canada, Australia și Europa. Nu punem la îndoială că fenomenul există, dar mai este nevoie de cercetări care să rezolve unele aspecte ale controverselor. Gardner definește PAS ca fiind o tulburare ce apare în principal în contextul disputei părinților asupra stabilirii custodiei unui copil și se manifestă ca o campanie nejustificată de denigrare, în fața copilului, a unui părinte de către celălalt. Cu alte cuvinte, unul dintre părinți realizează o „spălare a creierului” copilului, o

îndoctrinare, „vorbește de rău” celălalt părinte în fața copilului, efectul fiind un adevărat abuz emoțional asupra acestuia.

PAS reprezintă o formă de abuz emoțional întrucât rezultatul său constă în privarea copilului de o relație afectuoasă cu unul dintre părinți. *PAS* este abuz emoțional în următoarele cazuri: părintele condiționează copilul, îi oferă îngrijire în funcție de comportamentul pe care îl pretinde; părintele retrace afecțiunea datorată copilului atunci când acesta nu participă la campania de denigrare; părintele are așteptări nerealiste de la copil; nu este firesc să se pretindă unui copil să coopereze la campania de denigrare contra unui părinte. Riscul este ca acesta să devină confuz, tensionat, frustrat; copilul este responsabilizat prematur; acestuia i se pretinde să memoreze o mare varietate de neajunsuri suferite din partea părintelui, să aducă acestuia false acuzații de abuz; copilul este supra-protejat, e făcut să creadă că orice contact cu părintele este periculos; astfel i se creează anxietate și se accentuează dependența acestuia de părintele alienator. Dintre simptomele *PAS*, opt sunt considerate ca *primare*: campania de denigrare; explicațiile vagi, absurde despre motivele denigrării; lipsa de ambivalență; fenomenul de „gânditor independent” suportul oferit părintelui alienator în conflict; lipsa sentimentelor de culpă pentru denigrarea și îndepărtarea unui părinte; prezentarea unor scenarii preluate de la părintele alienator; animozitatea față de prietenii și familia extinsă a părintelui înstrăinat.

Clausen și Crittenden [apud 70, p. 29], dar și Neamțu [94, p. 698] constată că în toate cazurile de abuz fizic este prezent și abuzul emoțional.

Cea de-a treia formă de abuz este *cel sexual* și el presupune implicarea unui copil într-o activitate realizată cu intenția de a produce plăcere sau de a satisface nevoile unui adult sau ale unui alt copil, care, prin vârstă și dezvoltare, se află față de el într-o relație de răspundere, încredere sau putere. Activitatea de natură sexuală în care copilul este angajat depășește capacitatea sa de înțelegere.

Copiii pot fi abuzați sexual de la vârste foarte mici. Ei sunt seduși, adesea, prin joc, într-o relație sexual - abuzivă. Abuzatorul stabilește adesea relații pozitive, atât cu copilul, cât și cu părinții acestuia. Vârsta copilului, precum și nevoia atașamentului pe care o resimte acesta afectează capacitatea de a face față situației traumatice.

Comprehensive Textbook of Psychiatry (2000), definește abuzul sexual ca un comportament sexual abuziv între un copil și un adult sau între doi copii, când unul dintre ei este mai în vârstă [apud 38, p. 386]. Agresorul și victima pot avea același sex sau pot fi de sexe diferite. Abuzul sexual înseamnă, de asemenea, exploatarea copiilor cu includerea lor în traficul cu minori, utilizarea lor de către proxeneți, pentru filme pornografice sau includerea în rețeaua de prostituție. Abuzul sexual se poate manifesta singular sau poate persista în timp.

După Killen [70, pp. 39-40], abuzul sexual însumează o gamă largă de activități, cu sau fără contact sexual. Petersen remarcă faptul că persoanele pedofile de puține ori sunt violente, ele fiind mai degrabă senzuale și protectoare [apud 85, p. 40]. Cu toate acestea, deși abuzul fizic lipsește în multe din cazuri, abuzul sexual este traumatizant din punct de vedere emoțional, datorită sentimentelor de complicitate și vinovăție.

Marcelli [76, p. 542] consideră că făptașul este în general un membru al familiei sau un apropiat al copilului, doar 15% dintre agresiuni fiind produse de străini necunoscuți. El consideră că este vorba mai mult despre *ambianță* sau *climat incestuos* decât despre *relații incestuoase*. În ceea ce privește sexul victimelor, el notează că aproximativ 80% sunt fete și 20% băieți, în 99% din cazuri agresorul fiind bărbat. În peste 30% din cazuri este vorba despre relații incestuoase tată – fiică și în alte 30-40% din cazuri despre relații incestuoase tată vitreg – fiică. Sunt menționate puține incesturi mamă-fiu. Relațiile incestuoase pot implica și bunicul, unchiul, frații mai mari, etc. Marcelli și Braconnier [75, p. 651] remarcă faptul că aproximativ 50% dintre cazurile de minori implicați în probleme de incest sau de abuz sexual sunt adolescenți. Ei observă o multitudine de situații: abuzul sexual a început în copilărie și a încetat; se prelungește în adolescență; începe într-un moment al pubertății (12-13 ani); începe după instalarea pubertății (15-16 ani).

În cartea *Copilul maltratat*, Rouyer (1993) identifică o serie de trăsături care se regăsesc adesea în familiile incestuoase: aceleași drame se reproduc frecvent pe mai multe generații; există o disfuncție familială importantă; copilul nu este recunoscut ca subiect [apud 70, p. 543]. Copiii de 8-10 ani devin cel mai frecvent victime ale incestului, chiar dacă se întâmplă ca acesta să înceapă mai devreme prin atingeri, exhibiționism etc.

Roth și Imola [129] oferă câteva criterii importante de apreciere a gravității abuzului sexual: vârsta copilului, fapta fiind cu atât mai gravă cu cât copilul este mai mic; intensitatea forței aplicate, fapta fiind cu atât mai gravă cu cât forța utilizată este mai mare; relația dintre abuzator și victimă, gravitatea fiind cu atât mai mare cu cât relația este mai apropiată; tipul actului sexual, gravitatea fiind mai mare dacă a avut loc penetrarea copilului. Autoarele pun în discuție și problema consimțământului, susținând opinia lui Kahn, care consideră că nu este suficient ca o persoană să-și dea acordul pentru o anumită acțiune, ci este necesar ca aceasta să înțeleagă acțiunea propusă, să cunoască normele sociale legate de acțiunea în cauză, să fie conștientă de consecințele actelor sale și de alternativele pe care le are, să fie sigură că decizia de a nu se angaja în acțiune va fi la fel de bine acceptată ca și varianta angajării în acțiune, să accepte participarea în mod voluntar și să fie integră din punct de vedere psihic.

Neglijarea este fenomenul în cadrul căruia copilului nu îi sunt satisfăcute de către adult nevoile biologice, emoționale, de dezvoltare fizică și psihică, îi limitează accesul la educație. Ea pune în pericol dezvoltarea normală a copilului – dezvoltarea bio-psiho-socio-culturală – și, prin efectele grave pe care le produce, necesită intervenție promptă și adecvată.

Neglijarea poate apare sub diferite forme: neglijarea alimentară - privarea de hrană, absența mai multor alimente esențiale pentru creștere, mese neregulate, alimente nepotrivite sau administrate necorespunzător vârstei copilului; neglijarea vestimentară - haine nepotrivite pentru anotimp, haine prea mici, haine murdare, lipsa hainelor; neglijarea igienei - lipsa igienei corporale, mirosuri respingătoare, paraziți; neglijarea medicală - absența îngrijirilor necesare, omiterea vaccinărilor și a vizitelor de control, neaplicarea tratamentelor prescrise de medic, neprezentarea la programe de recuperare; neglijarea educațională - substimulare, instabilitatea sistemului de pedepse și recompense, lipsa de urmărire a progreselor școlare; neglijarea emoțională - lipsa atenției, a contactelor fizice, a semnelor de afecțiune, a cuvintelor de apreciere. părăsirea copilului/abandonul de familie, care reprezintă cea mai gravă formă de neglijare.

Neamțu [94, p. 698] observă mai multe tipuri de neglijare: neglijare fizică, evidentă: copilul este urât mirositor, cu haine nepotrivite și murdare, prost îngrijit, cu o igienă deficitară, lipsit de îngrijiri medicale atunci când se îmbolnăvește, neprotejat de accidente; neglijare emoțională, dând exemplul „copilului neiubit”, lipsit de dragoste; deși nu prezintă semne fizice evidente, lipsa dragostei împiedică dezvoltarea normală a copilului; neglijarea sexuală, copilul fiind pus în situație de risc de a fi abuzat sexual. Acest copil nu este protejat și educat de către cei ce îl îngrijesc. El poate fi expus activităților sexuale ale adulților, unor materiale pornografice, într-un mediu promiscuu, nepreocupat de copil.

Și în *Tratatul de Psihiatrie Oxford* [50, pp.633-637] găsim enumerate diverse forme de neglijare: privarea emoțională, neglijarea educației, neglijarea fizică, lipsa griii firești pentru siguranța fizică, negarea utilității unui tratament medical sau chirurgical, care pot duce la afectare fizică sau psihică.

Organizația *Salvați Copiii* [136, p. 13] consideră că cele mai grave forme de neglijare sunt: neasigurarea unei alimentații adecvate nevoilor de dezvoltare ale copilului; neasigurarea unei îmbrăcămînți adecvate; dezinteres față de starea de sănătate a copilului; locuință cu spațiu și igienă necorespunzătoare; insuficienta supraveghere; lipsa de preocupare pentru educația copilului; privarea copilului de afecțiune; abandonul copilului.

Killen [70, pp. 30-32] distinge două forme de neglijare, fizică și emoțională. În primul caz, copiii pot fi murdari, urât mirositori, înfomețați, palizi la față, slabi, uneori lăsați ore sau zile întregi fără hrană și fără a fi schimbați, plângând după mâncare, căldură sau datorită

disconfortului sau durerii. Afectează serios dezvoltarea copilului, ducând la întârziere în dezvoltarea psihomotorie și a limbajului și la o slabă concentrare. Neglijarea legată de un tratament medical poate avea consecințe deosebit de grave. A doua formă, definită ca slaba abilitate a părinților de a se angaja pozitiv, emoțional, în îngrijirea copilului, poate fi prezentă chiar de la nașterea copilului, prin abuzul de drog sau de alcool sau prin proasta hrănire. O formă aparte a neglijării emoționale o constituie cazul părinților care, fiind incapabili să se angajeze într-o relație emoțională cu propriul copil, încearcă să compenseze prin satisfacerea nevoilor materiale în mod exagerat.

Roth [129, p.79] găsește ca motive pentru suferința copilului lipsa îngrijirii fizice, a căldurii parentale, abandonul sau neglijarea educației adecvate. Autoarea enumeră o serie de forme de neglijare: neglijarea fizică și a siguranței fizice, neglijarea educației copilului și deprivarea lui culturală, neglijarea emoțională a copilului și abandonul temporar sau definitiv al copilului.

Abandonul copilului este definit de Pecora (1992) ca fiind părăsirea acestuia fără ca părintele să se asigure de formule adecvate pentru îngrijirea sa [apud 94, p. 88]. Copilul poate fi abandonat pentru perioade lungi, în maternitate sau spitale, fără acte de identitate. În aceeași lucrare este amintită noțiunea de *pierdere*, introdusă de Bowlby (1992), cu referire la orice despărțire a copilului de persoanele de care este atașat

În *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2000), neglijarea este caracterizată prin neacordarea intenționată atât a protecției cât și a tuturor îngrijirilor necesare copilului, incapacitatea permanentă de a oferi protecție și îngrijire copilului [apud 38, p. 386]. Este considerată cea mai frecventă formă de maltratare. Sadock & Sadock [133] observă mai multe forme de neglijare: neglijarea fizică – lipsa alimentației adecvate, neacordarea și nesolicitarea intenționată a îngrijirilor medicale, incapacitatea de a proteja copilul de pericole externe – abandonul, supravegherea inadecvată, lipsa de supraveghere, refuzul școlarizării.

Literatura de specialitate identifică și unele forme particulare de abuz asupra copilului:

- intoxicații nonaccidentale ale copilului ca urmare a obligării acestuia de a bea băuturi alcoolice sau de a înghiți tranchilizante pentru a obține calmul ori somnul copilului, precum și situația nou-născutului din mamă toxicomană.

- *Sindromul copilului scuturat* este o formă de abuz fizic și apare la copilul de până la un an și este cauzat de scuturările bruște și brutale, voluntare sau datorate unor comportamente inadecvate ale părinților/altor persoane, unele dintre acestea fiind considerate o formă de joacă cu

copilul. Aceste scuturări conduc la apariția hemoragiilor intracraniene (cu precădere hematom subdural și hemoragii retiniene).

- *Sindromul Münchausen prin transfer (by proxy)* înseamnă susținerea de către părinte (de regulă, mama) a unei boli artificiale, false a copilului; boala este indusă prin administrarea voluntară a unor medicamente sau substanțe ori prin susținerea existenței unor simptome la copil care nu au fost niciodată confirmate de către specialiști. În ambele cazuri, părinții solicită medicilor numeroase investigații medicale sau chirurgicale, victimizând repetat copilul. Orice semn funcțional poate fi invocat de către părinți pentru a obține investigații și proceduri dureroase și intruzive pentru copil.

- *Sindromul Stockholm*, cunoscut în psihologie ca fenomenul prin care victima exprimă adulație, gratitudine și alte sentimente pozitive față de abuzator, aparent irațional, în lumina pericolului și a riscurilor suportate de către victimă (descoperit inițial la ostatici). Acesta poate face dificilă identificarea abuzului.

- violența prin internet se produce prin intermediul calculatorului sau al telefonului mobil și cuprinde următoarele categorii: conținut ilegal și/sau ofensator (pornografie, pornografie infantilă, imagini erotice tip fotografii sau desene cu copii - de exemplu, fenomenul Lolita, desene animate erotice și/sau pornografice, rasism și xenofobie, discriminare, intimidare); contacte on-line și în lumea reală (prin chat și e-mail, agresorul câștigă încrederea copilului, care furnizează informații ce pot duce la identificarea copilului și/sau a adresei unde locuiește, cu comiterea ulterioară de abuzuri și infracțiuni, prin întâlnirea față în față cu copilul sau nu);

Deși literatura de specialitate introduce clasificarea abuzurilor în abuz fizic, emoțional și sexual, în practică se constată o împletire a diferitelor forme de abuz. Abuzul fizic are și consecințe emoționale, abuzul sexual este însoțit de efecte fizice și emoționale asupra copilului. De cele mai multe ori întâlnim în practică, la același copil, două sau mai multe forme de abuz, una dintre ele fiind dominantă.

1.2. Efectele la nivel emoțional ale abuzului și neglijării

Abuzul de orice fel și neglijarea pot modifica grav structura personalității copilului, iar dacă nu sunt depistate și tratate corespunzător, pot avea repercusiuni majore în timp, însoțind subiectul de-a lungul întregii vieți. Semnele și simptomele ce apar după situația de abuz depind de mai mulți indici [136, p. 20]: tipul de abuz; vârsta copilului în momentul comiterii abuzului; nivelul de comprehensiune al victimei; suportul post-abuz pe care îl primește de la rețeaua socială; caracteristicile personale ale victimei (vulnerabilitate, rezistență la stres); caracteristicile abuzului.

În timp, efectele abuzului se regăsesc la copil și adult într-un comportament cu dificultăți de adaptare și integrare socială. Aceste modificări sunt reprezentate de: tulburări de relaționare,

adaptare și integrare socială (încetinire și întâziere în dezvoltarea psihică, dificultăți de adaptare profesională, incapacitate de constituire a unui cuplu stabil, neconflictual); tulburări în sfera afectivă (impulsivitate, irascibilitate, violență; izolare socială; neîncredere în sine și în ceilalți; labilitate emoțională; autoculpabilizare; anxietate conjuncturală, legată de persoane, situații și fapte care au caracterizat situația de abuz); comportament autoagresiv (tentative suicidare, comportament autodistructiv, consum exagerat de alcool sau substanțe psihoactive); comportament agresiv față de alte persoane (agresivitate verbală sau acte violente propriu-zise); perpetuarea comportamentului abuzator; disfuncții în sfera sexuală (hipersexualitate, respingerea actului sexual sau tulburări în alegerea partenerului sexual, care pot merge până la pedofilie sau homosexualitate);

Specialiștii Organizației *Artemis* (2003) prezintă modul în care satisfacerea sau nesatisfacerea nevoilor copiilor în vârstă de 6 - 12 ani se răsfrânge asupra dezvoltării armonioase a acestora [apud 94]:

Tabel 1.2.: Efectele abuzului și neglijării asupra copiilor

	<i>Satisfacerea nevoilor</i>	<i>Nesatisfacerea nevoilor</i>
	<i>Efectele asupra copilului</i>	
<p><i>Conflictul de bază:</i> <i>performanță vs. inferioritate</i> <i>Nevoile specifice:</i> - îngrijire, protecție, suport - căldură afectivă - accesibilitatea emoțională a părinților - utilizarea argumentării în disciplinare - înțelegerea punctului de vedere al copilului - negociere în rezolvarea conflictelor - echilibru între control și autonomie - atitudine părintească relaxată</p>	<p><i>Inițiativă</i> - răspuns pozitiv la provocări (challenges) - sentiment de competență - asumarea responsabilității pentru propriile acte - aderarea la grupuri de aceeași vârstă - formarea unui concept coerent despre sine - formarea identității sociale (social self)- raportarea propriei persoane la situații sociale - învățarea rolurilor de gen - capacitatea de adoptare a perspectivelor altora</p>	<p><i>Stimă de sine scăzută</i> - retragere din relațiile cu cei de aceeași vârstă - sărăcia comportamentelor pro- sociale - control impulsional deficitar - agresivitate - relații problematice cu cei de aceeași vârstă - pericol de marginalizare - performanță școlară scăzută</p>

Copiii care au fost victime ale oricărei forme de abuz sau adulții care au trăit în trecut o anumită formă de abuz prezintă serioase inhibiții în psiho/comportament, gândire, cei mai mulți resimțind dureros acest lucru, deoarece constată că, fie în situații diferite au același gen de reacții, fie că nu pot depăși anumite bariere interioare.

I. Racu și A. Verdeș [120, 161] studiind copii neglijăți, proveniți din familii temporar dezintegrate, observă că lipsa suportului afectiv generează dezorganizare emoțională, sensibilitate excesivă, dependențe, anxietate, agresivitate, iritabilitate, nevoia de protecție și atenție, sentimente de vinovăție. C. Perjan [112, 113] notează că, în lipsa unei atmosfere intrafamiliale

benefice și stabile, copilul trăiește ca pe un teritoriu inamic; aspectul lumii înconjurătoare îl inhibă, așteptările devin pasive și el se simte mereu neîubit și mai slab decât alții, apărând astfel sentimentul de inferioritate și neîncrederea în sine. Citându-l pe Buianov (1998), autoarea consideră că la originea deficiențelor, tulburărilor mentale ale copilului se află relațiile negative din familie și defectele de educație: neglijarea emoțională, controlul exagerat, pedepsele prea aspre, exigențele prea mari, educarea hipersocială sau hipotutelarea etc.

Analizând anxietatea în rândul copiilor, F. Ulete [149] remarcă creșterea nivelului acestuia în cazul copiilor provenind din familii cu un climat tensionat, în care se produc certuri frecvente și violențe, majoritatea copiilor anxioși putând menționa cel puțin un eveniment negativ, traumatic, petrecut în trecutul lor, care i-a afectat foarte mult.

În funcție de stilul cognitiv, victimele unei formă de abuz pot fi clasificate în două categorii distincte [5]: *internalizatorii / interiorizatorii* sunt persoane, mai degrabă cerebrale, raționale, care apar în ochii celorlalți ca echilibrate, disciplinate, ușor adaptabile mediului, serioase, dar care, în interiorul lor resimt un foarte mare disconfort; *externalizatorii / exteriorizatorii* sunt persoanele din rândul cărora se recrutează viitorii abuzatori; au un comportament agresiv, nedisciplinat, vehement, rebel, se supun cu greutate regulilor.

Abuzul și neglijarea au atât consecințe imediate, cât și pe termen lung. Semnele și simptomele ce apar imediat după producerea abuzului sunt de tip somatic sau emoțional.

După Ciobanu et. al. [apud 41, p. 110], *sindromul traumatic* dezvăluie prezența unor leziuni de violență de diferite vechimi, acest element fiind esențial în etichetarea sindromului de copil maltratat.

Studiind comportamentul copiilor abuzați sexual, Friedrich [190] îl clasifică în două categorii: indicatori ai abuzului sexual și comportamente non-sexuale. În prima categorie, autorul include: cunoștințe precoce despre sfera sexualității, desene reprezentând organe sexuale, agresarea sexuală a copiilor mai mici (identificarea cu agresorul), prezența unor gesturi cu conotație sexuală. Cea de-a doua categorie cuprinde comportamente non-sexuale, care pot apărea și în urma altor tipuri de abuz sau traumă: tulburări ale somnului, enurezis, comportament regresiv, comportament de auto-agresiune, impulsivitate, dificultăți de concentrare, refuz de a rămâne singur, teamă de o anumită persoană (posibil abuzator) sau de un anumit tip de persoane, violență asupra animalelor (mai ales la băieți). Prezența simultană a comportamentelor din ambele categorii sugerează un abuz sexual.

Fischer și Riedesser [48, p. 245] notează patru categorii de simptome ale copiilor abuzați: *amintiri recurente, compulsive* – retrăirea vizuală (cea mai frecventă), amintiri tactile, olfactive sau acustice, corespunzând experienței predominante din situația traumatică; *modalități*

comportamentale – „jocul traumatic”, în care copiii repetă trăirea traumatică într-o secvență adesea nesfârșită și o reînscenare a aspectelor parțiale ale experienței traumatice în pattern-urile de comportament automatizate; *angoase trauma-specifice* – legătura angoaselor cu situația traumatică originară fiind un criteriu de diagnostic diferențial față de angoasele infantile nevrotice; *atitudine alterată față de oameni, de viață și de viitor* – pierderea încrederii în oameni și așteptări negative față de viață viitoare fiind cele mai importante urmări ale zdruncinării înțelegerii infantile față de lume.

Ionescu consideră că principalele simptome afective întâlnite la copiii maltratați [66, p. 30-32] sunt: un tip de atașament atipic – atașament dezorganizat, ce se poate exprima prin comportamente bizare, care apar în relațiile cu persoanele ce se ocupă de copil (exemplu: întreruperi sau blocaje în relație); carențe afective, mai ales în cazul copiilor neglijăți; în caz de abandon apar carențe specifice de îngrijire maternă: o insuficiență calitativă, cantitativă sau situații de discontinuitate; carențele afective, care influențează dezvoltarea copilului, preponderent în ceea ce privește capacitatea de a lega și întreține relații interpersonale profunde și semnificative, aptitudinea de a-și stăpâni impulsurile în favoarea unor obiective pe termen lung; exprimarea emoțiilor: copiii neglijăți manifestă în general puțină afecțiune, în timp ce cei abuzați fizic exprimă mai multe afecte negative; copiii supuși violențelor dau dovadă de hipervigilență și au reacții rapide la stimuli; copiii maltratați prezintă un nivel înalt de anxietate și depresie, care dă naștere la atitudini de mânie, de rigiditate la cel mai mic stres; imaginea de sine nu este elaborată în mod satisfăcător; copiii maltratați au un respect de sine redus și percep o diminuare a competențelor; prezintă o alterare a imaginii corporale; sentimente de vinovăție sau rușine, în cazul victimelor abuzului sexual.

Rezumând o serie de cercetări de specialitate, J. Briere [182] remarcă existența mai multor simptome ce apar frecvent în cazul copiilor abuzați/neglijăți: *anxietate și depresie; stres posttraumatic și disociere; furie și violență; tulburări de învățare și de comportament; comportament sexual necorespunzător vârstei*. La rândul lor, Cook et.al. [186] sintetizează simptomele întâlnite frecvent la copilul abuzat sau neglijat: *probleme de atașament* - probleme de limite, izolare socială, lipsă de încredere în ceilalți, dificultăți de relaționare; *probleme la nivel biologic* - probleme de dezvoltare senzoriomotorie, probleme de coordonare și echilibru, hipersensibilitate la contactul fizic, somatizare, diverse probleme medicale; *tulburări afective* - probleme cu controlul emoțional, dificultăți în descrierea emoțiilor și a stării interne, dificultăți în comunicarea propriilor nevoi; *tulburări de comportament* - slab control al impulsului, comportament auto-distructiv, agresiv sau de opoziție, conformare excesivă, tulburări de somn, tulburări alimentare, abuz de substanțe, reconstituirea trecutului traumatic; *tulburări cognitive* –

dificultăți în menținerea atenției, lipsa de curiozitate, probleme legate de procesarea informațiilor, dificultăți de concentrare și de îndeplinire a sarcinilor, dificultăți de planificare și anticipare, dificultăți de învățare, probleme în dezvoltarea limbajului; *probleme privind imaginea de sine* - lipsa de sens și de continuitate a sinelui, tulburări de imagine corporală, stima de sine scăzută, rușine și vinovăție. După Marcelli [76, pp. 531-534], în cazul copilului maltratat pot fi identificate o serie de manifestări psihologice și psihopatologice: tulburări de comportament, tulburări afective, dificultăți în relațiile sociale.

Tulburările de comportament pot apărea chiar de la 1 – 1,5 ani. Copiii au o stare generală proastă, sunt fricoși, pândind aprobarea adultului înainte de a face cel mai mic gest, par înlemniți. Cel mai mic gest al adultului le provoacă un gest de apărare. Kempe (1978) a remarcat că unii copii prezintă starea de *vigilență înghețată*, ce se caracterizează printr-o atenție anxioasă și imobilă față de mediu, ca și cum copilul ar scruta anxios mediul pentru a prevedea un pericol iminent sau pentru a afla și anticipa dorința celuilalt. La polul opus se află cei care dovedesc o uimitoare lipsă de rezervă: se duc prea ușor spre străini, nu pare să le fie frică la plecarea părinților, stabilesc cu adulții o relație prea imediată sau prea regresivă. Această lipsă de teamă față de străini, familiaritate excesivă, revelează distorsiunea profundă a relației cu părinții.

Copilul de o vârstă mai mare poate prezenta două tipuri de comportament: fie o mare timiditate cu repliere temătoare, fie o instabilitate accentuată, asociată frecvent cu comportamente haotice și violente. Acești copii sunt agitați, hiperactivi, instabili și provocatori.

Ei au parte de tulburări afective, care sunt destul de frecvente și care se exprimă direct prin frici, dificultăți de somn cu coșmaruri sau terori nocturne, perceptibile în *vigilența înghețată* sau care duc la manifestări reacționale: instabilitate, agitație, agresivitate. Apar tulburări de tip depresiv: devalorizare, pierderea stimei de sine, culpabilitatea. Kauffman [201], notează că 27% din copii prezintă o stare clinică corespunzătoare criteriilor *DSM* pentru episodul depresiv major sau pentru distimie. Copiii care sunt victime ale maltratării au frecvent sentimentul că, dacă părinții îi bat, îi bat pentru că au făcut prostii sau pentru că sunt copii răi. Ei se simt vinovați pentru loviturile pe care le primesc. Sentimentul de culpabilitate poate fi intens, determinând o veritabilă stare depresivă. Sunt, de asemenea, frecvente și dificultățile școlare: dificultăți de concentrare, agitație, nerespectarea regulilor, eșecul școlar. Tulburările de comportament în relația cu ceilalți copii (agresivitate, impulsivitate) au drept rezultat izolarea socială sau relații doar cu copii agitați, agresivi. Este vorba de dificultatea la adaptarea școlară, pe care o observă și Ionescu [66, pp. 34-35]. Autorul notează consecințele nefavorabile ale maltratării asupra performanțelor școlare; copii maltratați sunt deseori plasați în clase speciale sau întrerup școala.

Acești copii nu beneficiază de susținere familială pentru realizarea temelor și nici de o motivație externă pentru reușita școlară.

Noile tehnologii au permis oamenilor de știință să descopere efectele abuzului asupra sistemului nervos central. O serie de cercetători - D. McCollum (2006), M. De Bellis și M. Kaufhold (2009), Ch. Nelson III (2010) - observă că sistemul limbic este partea creierului cea mai vulnerabilă la experiențele negative ale copilăriei. Acesta este responsabil de generarea și controlul sau inhibarea emoțiilor, este implicat în interpretarea expresiilor faciale și evaluarea pericolului, răspunsul la stres (atac sau fugă), integrează reacțiile emoționale și le conectează cu răspunsul fizic. Diverse componente ale sistemului limbic sunt implicate în procesul de învățare și memorie.

McCollum [204], președintele *Academy on Violence and Abuse* observă că abuzul dă naștere la o serie de răspunsuri hormonale în cadrul sistemului limbic. Primul răspuns fiziologic în situații de pericol sau stres este activarea axei hipotalamo-hipofizară-suprarenală (HPA) și secreția de noradrenalină, serotonină și dopamină. Amigdala reacționează la acești hormoni și, la rândul său, stimulează hipotalamusul pentru a elibera corticotrofina (CRF). Aceasta, la rândul său, stimulează secreția de adrenocorticotropină (ACTH), cu efecte asupra unor zone ale cortexului implicate în unele funcții executive (motivație, planificare, logică) și creșterea nivelului de glucocorticoizi. Nivelurile ridicate de glucocorticoizi afectează hipocampusul, ducând la scăderea ramificațiilor dendritice, schimbări în structura terminațiilor sinaptice și pierderi neuronale. În cazul în care acest proces are loc în mod repetat, nivelurile de CRF și glucocorticoizi rămân crescute, provocând în timp schimbări structurale la nivelul creierului. Problemele de sănătate mentală asociate cu aceste schimbări în structura creierului sunt semnificative. Potrivit autorului, atrofia hipocampusului, amigdalei și cortexului prefrontal și disfuncțiile generate de aceasta sunt puse în legătură cu anxietatea, panica, depresia, halucinații, și abuzului de substanțe. Modificările amigdalei sunt corelate cu agresiuni sexuale, insatisfacția sexuală și violența conjugală.

Efectele abuzului și neglijării asupra dezvoltării cerebrale a copilului au fost analizate și de Nelson, profesor de Neuroștiințe și Psihologie la Harvard Medical School, U.S.A. În lucrarea *The Effects of Early Adversity on the Developing Brain*, prezentată la Congresul *Abordarea multidisciplinară – condiție esențială a dezvoltării armonioase a copilului* [95], autorul analizează efectele negative ale maltratării, observând, în cazul copiilor mici, o slabă capacitate de reglare emoțională și de recunoaștere a emoțiilor, iar la cei mai mari, anxietate, depresie și o rapidă atribuire a ostilității către ceilalți. În cazul în care maltratarea este urmată de simptome de stres posttraumatic este evidențiată o scădere a activității cerebrale în cortexul prefrontal, lobul temporal și hipocampus, cu efecte asupra funcțiilor cognitive de nivel înalt și a memoriei. Abuzul sexual în copilărie, în funcție de vârsta la care a survenit, este asociat cu dezvoltarea deficitară a

hipocampului (la 3-5 ani), corpului calos (9-10 ani) și a cortexului prefrontal (14-16 ani). De asemenea, autorul stabilește o legătură între natura abuzului și configurația genetică, concluzionând că, în funcție de genotip, maltratarea în copilărie poate duce la depresie în perioada adultă, prin afectarea genelor ce reglează producerea de serotonină (5HTT) și la agresivitate sau comportamente antisociale, prin afectarea altor gene (MAOA). Utilizând electroencefalograma, autorul observă că, în cazul copiilor maltratați sau neglijați, activitatea cerebrală este mai redusă, cu consecință asupra rezultatelor obținute de aceștia la scorurile testelor de evaluare a inteligenței (scoruri medii ale IQ-ului de 74 la copiii maltratați sau neglijați, comparativ cu un scor mediu de 100, la lotul martor).

De Bellis și Kaufhold [177] remarcă multiple consecințe ale abuzului și neglijării asupra sistemului nervos al copiilor: subdezvoltare datorită pierderilor neuronale, inhibării neurogenezei și întârzierii mielinizării; reducerea dimensiunilor corpului calos, scăderea cantității de materie albă și a volumului craniului (cu 7%) și a creierului (cu 8%), în funcție de gravitatea abuzului; modificări ale cortexului prefrontal, cu consecințe asupra controlului emoțional, inhibării răspunsului la stres, funcțiilor de rezolvare de probleme și planificare a viitorului. Din punct de vedere cognitiv, autorii remarcă o scădere a nivelului intelectual al acestora copii, tulburări de vorbire, deficit de atenție, dificultăți de abstractizare, impulsivitate.

La rândul său, Teicher (2009) [apud 184] observă o serie de efecte specifice ale abuzului și neglijării asupra creierului copilului, care includ: dezvoltarea încetinită a emisferei cerebrale stângi, care poate duce la un risc crescut de depresie; iritabilitate mărită a sistemului limbic, cu consecințe asupra apariției tulburării de panică și a tulburării de stres posttraumatic; subdezvoltarea hipocampului și anomalii ale sistemului limbic, care pot crește riscul de tulburări disociative și deficiențe ale memoriei; legătura deficitară între cele două emisfere cerebrale, cu consecințe asupra posibilității apariției simptomelor ADHD.

Consecințele pe termen lung ale maltratării, asupra dezvoltării copilului, depind de o serie de variabile [66, p. 29]: tipul de maltratare; gravitatea și frecvența episoadelor de maltratare; autorul maltratării (important mai ales în cazurile de abuz sexual, urmele incestului fiind mai grave decât ale altor forme de abuz sexual); plasarea în afara familiei din motive de maltratare; sexul copilului (mai ales în cazurile de abuz sexual); sprijinul existent; particularitățile sistemului familial. Citându-l pe Latimer (1988), Ionescu [66] remarcă faptul că adolescentul poate deveni delincvent, se poate prostitua sau poate avea comportamente antisociale, probleme legate de consumul de droguri sau alcool, tulburări alimentare. De asemenea, același autor observă, pe termen lung, tendința de cumul a diverselor consecințe ale maltratării. Copilul foarte mic, victimă

a neglijării și violenței, poate părea că are o întârziere doar pe planul dezvoltării motorii. Crescând, însumarea diverselor consecințe ale abuzului sau neglijării va apărea pe diferite planuri: relațional, al limbajului, școlar etc. Aceste întârzieri și tulburări vor da naștere unui handicap social, care se va repercuta asupra construirii identității. Adultului care a fost neglijat sau abuzat în copilărie îi va fi greu să se atașeze de altcineva și să trăiască în intimitate. Va fi izolat din punct de vedere social și va avea tendința de a reproduce ciclul transgenerațional al maltratării.

Atașamentul dezorganizat trăit de copilul maltrat se regăsește la adult, care prezintă un atașament lipsit de siguranță. Cosman [26], bazându-se pe *The Adult Attachment Interview – AAI*, dezvoltat de Main și Kaplan, descrie mai multe *tipuri de atașament* la adult, corelate cu tipurile de atașament din mica copilărie și respectiv tipul de atașament care se poate dezvolta la copiii acestor adulți. *Adultul atașat autonom*, care în copilărie a beneficiat de un atașament sigur, a dobândit un grad de independență și poate descrie clar experiențele proprii de atașament, chiar dacă acestea sunt dureroase. Este capabil de realizarea cu ușurință a proceselor de adaptare. Poate descrie dificultăți în relația cu părinții, inclusiv traume sau abandon, dar își menține o înțeleaptă balanță în integrarea trecutului în experiențele sale actuale. În relația cu copilul prezintă încredere în sine, ceea ce-i permite creativitate și flexibilitate. Liniștește și reconfortează partenerul (copilul etc.) într-o relație de plăcere împărtășită, imprimând copilului un atașament sigur, iar partenerului adult, siguranță. *Adultul cu atașament dezinteresat* (indiferent), căruia îi corespunde un atașament ambivalent (evitant) în copilărie, dă dovadă de experiențe amprentate de teamă. Este inflexibil și evitant (decât să rănească din nou, mai bine pretinde că nu e interesat de acea relație, în care este sigur că va eșua din nou și acest lucru i se pare de netolerat). Idealizează relația cu părinții, este incoerent și inconsistent în relatarea amintirilor despre copilărie, persistă obsesiv în afirmațiile standard pozitive despre rolurile parentale. Tinde să idealizeze copilăria, descriind-o ca sigură, minunată, dar imaginile evocate nu constituie suportul pentru protecție și îngrijire, care, de fapt, reprezintă portretul actual idealizat al persoanei în cauză. *Adultul cu atașament preocupat* corespunde unui atașament anxios rezistent în copilărie, este invadat de amintiri dureroase în care relatează drama inconstanței, incoerența experiențelor miciei copilării. Interacționează imprevizibil la stări de frustrare, cu agresivitate, mânie, iar histrionismul posibil are un patetism greu de confundat. Nu are structurat un sistem de atașament anume în care să poată avea totală încredere, fiind suspicios, e gelos pe orice alt tip real sau imaginar de relație al persoanei iubite. Se chinuie pe sine și pe alții căutând dovezi, niciodată suficiente. Devine astfel abuziv în relațiile de intimitate sau va imita modelul propriilor părinți, transmitând în acest fel un sistem de atașament nesigur anxios copilului. *Adultul cu atașament dezorganizat* (cu doliu și traume nerezolvate) corespunde atașamentului dezorganizat din copilărie; este imprevizibil și dezorganizat în relații;

își creează experiențe nerealiste. Speculează fără suport. Este un inadaptat, potențial dependent de alcool și drog, aflându-se aproape în imposibilitatea de a-și asuma rolul de partener de cuplu sau parental. În mod predictibil se poate afirma că își expune copilul la abuz sau neglijare. Lipsa intervenției precoce determină un atașament dezorganizat și la copil.

Marcelli [76, p. 546], Marcelli și Braconnier [75, pp. 651-655] remarcă faptul că în toate studiile catamnestice sau epidemiologice este prezentată frecvența dificultăților psihologice și/sau a tulburărilor de comportament la adolescenții și adulții care au fost victime ale relațiilor incestuoase. În cazul adolescenților, autorul constată tentative de suicid, conduite sexuale deviante de tip prostituție sau homosexualitate, atât la fete cât și la băieți, sarcini deosebit de frecvente. Adulții prezintă perturbări în viața afectivă (incapacitate de a stabili legături durabile), sexuală (frigidity, dispareunie), socială sau profesională, dificultăți în capacitatea de a-și asuma o funcție parentală, reeditarea cu copiii lor a condițiilor negative suferite în propria copilărie. Datorită sentimentului de vinovăție, adolescentele și femeile adulte prezintă o identificare feminină foarte devalorizată, mai ales pe plan sexual. Ferrari (1994) [apud 76] observă că trei sferturi dintre prostituate au antecedente de abuz sexual intra sau extrafamilial. În unele cazuri pot fi observate patologii psihiatrice: depresie gravă, tulburare de personalitate borderline, rareori patologii psihotice.

1.3. Tulburări emoționale asociate abuzului și neglijării prevăzute de DSM

Deși nu întotdeauna copiii abuzați și neglijăți prezintă o simptomatologie ce poate permite stabilirea unui diagnostic psihiatric, în multe cazuri sunt întâlnite simptome caracteristice pentru o serie de tulburări psihice, din categoria tulburărilor anxioase, afective, somatoforme sau disociative.

Tulburările anxioase sunt foarte frecvente în urma abuzului și neglijării, de obicei asociate cu tulburările depresive. Copiii resimt anxietatea ca pe un sentiment de teamă și tensiune, însoțit de fenomene motorii și vegetative (transpirații, uscăciunea gurii, dureri abdominale, diaree). Sunt reacții de percepție a unui pericol iminent, *frica* apărând în prezența obiectului sau evenimentului stresant, în timp ce *anxietatea* este mai generalizată, difuză și cu un caracter anticipator. Aceste trăiri prezintă variații în cursul dezvoltării atât în natura cât și în modalitatea de răspuns. Unele dispar, în timp ce altele se intensifică cu vârsta. La copiii foarte mici, începând cu luna a 8-a, după R. Spitz [apud 76], poate apare teama de străini, de figurile nefamiliare sau care produc neplăcere copilului. Acesta devine reținut, crispat, putând izbucni în plâns cu ușurință. Aceste comportamente variază în intensitate, depinzând de prezența sau absența mamei și de experiența anterioară neplăcută cu persoanele străine.

În copilăria mică este frecventă *anxietatea de separare*, constatată atât de cercetătorii români [38], cât și de cei americani [230], care consideră că teama de separarea de figura principală de atașament reprezintă un comportament firesc, comun tuturor copiilor în primii 3-4 ani de viață. În cazul copiilor abuzați sau neglijați, simptomele anxietății de separare sunt deseori semnificative clinic, ajungând la teama de a nu pierde persoana percepută ca fiind securizantă, de a nu fi izolat, abandonat. Reacția emoțională poate avea o intensitate și manifestări variate: îngrijorare, neliniște, teamă excesivă și persistentă, proteste prin plâns, țipăt, apatie, refuz de a dormi singur, somn neliniștit cu vise terifiante, coșmaruri implicând tema separării și pavor nocturn. Unii copii au acuze somatice diverse, de la dureri de cap sau de stomac, până la febră, vărsături și scaune diareice. Sunt frecvente simptome neurovegetative ca: transpirația, eritemul facial sau paliditatea.

Anxietatea generalizată apare deseori în cazul copilului abuzat emoțional, umilit, batjocorit, respins începând cu vârsta de 5 ani, fiind mai frecventă în cazul adolescenților [207]. Copiii prezintă griji sau preocupări pe care nu le pot controla, asociate cu simptome precum: neliniște, fatigabilitate, dificultăți de concentrare a atenției, iritabilitate, tensiune musculară, tulburări de somn. Ei sunt preocupați excesiv de calitatea performanței lor, sunt extrem de conformiști, perfecționiști și nesiguri pe ei, caută frecvent aprobarea părintelui. Marcelli [78] descrie *hiperanxietatea*, anxietatea cronică a copilului, care trăiește în permanență un sentiment vag de teamă, ca și cum ceva teribil urmează să se întâmple. Această așteptare anxioasă se manifestă prin neliniște cu privire la viitor, deseori însoțită de teama că s-ar putea produce un accident sau ar putea apărea o boală, a copilului sau a celor apropiați; iritabilitate, furie, refuzuri, capricii; nevoia de a avea un adult în preajmă, de a fi liniștit; temeri privind acțiuni trecute; gânduri depresive - devalorizare, culpabilitate. Deseori, pe lângă apar tulburările afective apar tulburări de comportament.

Fobiile se întâlnesc adesea; ele nu sunt diagnosticate ca fobie specifică decât dacă există o interferență semnificativă cu funcționarea socială sau educațională ori o detresă marcată în legătură cu faptul de a avea fobie. Anxietatea declanșată de expunerea la stimulul fobic poate fi exprimată prin exclamații, accese coleroase, stupefacție sau agățare de ceva. Fobiile apărute în urma unor evenimente traumatice pot fi foarte acute în dezvoltare. Aceste frici patologice, exagerate ca proporție, manifestate și declanșate de o situație sau un obiect concret, prezintă deseori o tendință de amplificare, diversificare și generalizare. Cel mai adesea, fobiile se exprimă ca: teama de întuneric (aclofobie), teama de a fi singur (autofobie), teama de înălțime (acrofobie), teama de injecții, de durere (algofobie), teama de spații închise (claustrofobie), teama de mulțime, de oameni (antropofobie), teama de școală (fobie școlară), teama de moarte

(tanatofobie). *Fobia socială* reprezintă o formă particulară de fobie care apare la copilul mare sau adolescent, sub forma spaimii de a nu fi umilit sau batjocorit în public. Anxietatea se accentuează prin palpitații, teamă, transpirații, poate debuta brusc, după o experiență stresantă sau umilitoare, ori poate avea un debut insidios.

Tulburările de panică pot apărea în contextul oricărei alte tulburări anxioase, dar și al altor tulburări mentale și se manifestă prin atacuri de panică recurente sau perioade de frică intensă, care se asociază cu palpitații, transpirații, teamă, senzație de sufocare, durere în piept, tulburări abdominale, vărsături, greață, leșin, amețeală, senzație de ireal, senzație că-și pierde controlul, senzație de moarte iminentă, paretezii, modificări ale culorii feței. Dobrescu [38] consideră că o emoție puternică de spaimă și neliniște, care poate atinge intensitatea unui atac de panică, poate apărea chiar la un sugar de 8 luni luat brusc din brațele mamei sale. O stare asemănătoare poate prezenta preșcolarul obligat să meargă la grădiniță sau școlarul mic, obligat să intre în clasă și să se reîntâlnească cu atmosfera stresantă pentru el. Cercetătorii americani [207] consideră că atacurile de panică sunt provocate de unele experiențe stresante, traumatice, asupra unui copil vulnerabil din punct de vedere biologic. Alți factori care pot contribui la declanșarea atacurilor de panică sunt atașamentul nesigur și nivelurile ridicate de stres în cadrul familiei. După Marcelli [78], atacul de panică reprezintă o criză de angoasă acută, cu un debut spontan și paroxistic, marcat prin semne somatice - palpitații, tahicardie, senzație de sufocare, dureri toracice sau abdominale, greață, semne neurologice - tremurături, vertij, stări de rău, semne motorii - agitație sau prostrație, semne vasomotorii - transpirații, bufee de căldură sau frisoane, semne psihice - senzația de straniu, de pierdere a reperelor, de teamă de moarte, de teamă de a nu înnebuni.

Tulburări obsesiv-compulsive. Copilul preșcolar poate avea diverse obiceiuri care persistă în timp; tulburarea obsesiv-compulsivă poate fi diagnosticată atunci când aceste ritualuri devin exagerat de frecvente, afectează funcționarea adecvată a copilului și îi deranjează pe cei din jur. Copilul cu tulburare obsesiv-compulsivă este rușinos, extrem de respectuos, perfecționist, poate avea rareori accese de furie care-i ascund neputința [38]. Încearcă să-și minimalizeze comportamentul ritual și neagă cu obstinație tristețea, explicând originea superstițioasă a manifestărilor. Copilul mai mare sau adolescentul reușește să explice rezistența interioară pe care o resimte, senzația de disconfort pe care o trăiește dacă își reprimă pornirile. La copilul abuzat sexual apar deseori obsesii precum ideea de a fi murdar, impur, asociată cu ritualuri de spălare, de curățenie; în cazul altor forme de abuz și al neglijării poate apărea teama că cineva apropiat din familie ar putea păți ceva rău, teama de îmbolnăvire.

Tulburările de stres (posttraumatic și acut) apar cel mai adesea în cazul copilului abuzat, expus unui eveniment traumatic, care a experimentat, a fost martor ori a fost confruntat cu un eveniment care a implicat moartea, amenințarea cu moartea sau vătămarea gravă a integrității sale sau a altora, trăind o frică intensă, neputință, oroare sau manifestând un comportament dezorganizat sau agitat. Copilul re trăiește evenimentul traumatizant prin amintiri dureroase, joc repetitiv care reflectă trauma suferită, vise terifiante, flashback-uri în care reapare evenimentul stresant, disconfort puternic la reamintirea traumei, tulburări neurovegetative. Flashback-urile sunt mai frecvente în cazul copiilor ce asociază simptome de depresie și pot fi experiențe vii, ce includ amintiri vizuale și auditive ale abuzului, dând copilului impresia că trauma se întâmplă din nou, generând reacții de teamă intensă. Copiii expuși unui eveniment traumatic pot reacționa cu mai multă agresivitate, fizică sau verbală sau pot repeta în joc scene pe care le-au trăit. Deseori apar manifestări de evitare a stimulilor asociați cu trauma: evitarea gândurilor, sentimentelor, conversațiilor, activităților, locurilor sau persoanelor asociate cu trauma, incapacitatea de a evoca un aspect important al traumei. Unii copii, mai ales cei mici, pot refuza să recunoască că abuzul a avut loc. Pentru a putea gestiona reacțiile la abuz, copiii cu tulburare de stres pot prezenta o scădere a reactivității emoționale. Ei pot părea copleșiți din punct de vedere emoțional, nu reacționează la interacțiunea cu ceilalți, nu prezintă empatie. Prezintă tulburări ale somnului, treziri în timpul nopții, frică de întuneric, teama de a dormi singur, coșmaruri frecvente, cu referire directă la abuz sau vise înfricoșătoare. Alteori apare o stare de excitație, iritabilitate, hipervigilență, răspuns de tresărire exagerat. La copiii mai mici și la cei supuși unui abuz de lungă durată se observă o întârziere în dezvoltare. Tulburarea de stres se asociază cu un sentiment de pesimism cu privire la viitor, cu refuzul de a-și face planuri.

În cazul *tulburării de stres acut*, copilul prezintă, în plus, cel puțin trei din următoarele simptome disociative: sentimentul subiectiv de insensibilitate, de detașare sau de absență a reactivității emoționale, reducerea conștiinței ambianței (stupefiere), derealizare, depersonalizare, amnezie. Unii copii pot părea absenți timp de minute în șir. Durata manifestărilor este de minimum 2 zile și maximum 4 săptămâni de la evenimentul traumatic. Osofsky [apud. 97] observă că, în urma abuzului, apare stresul de scurtă sau lungă durată, cu răspunsuri neuropsihologice (hiperarousal și hipervigilență), iar Garbarino, Kostelny și Dubrow vorbesc despre stresul cumulativ, în cazul copiilor care trăiesc stresuri acute consecutive sau simultane manifestările fiind inițial caracteristice stresului cronic, în timp putând duce la reacții de stres acut.

Tulburarea de stres posttraumatic este diagnosticată atunci când simptomele persistă mai mult de o lună după evenimentul traumatizant. Stresul posttraumatic poate fi acut (cu o durată mai mică de 3 luni) sau cronic (peste 3 luni). Deykin [apud 38] observă că riscul este mai mare în

funcție de numărul de evenimente la care au asistat copiii: la cei care au suferit o traumă riscul este de 27%, de 30,6% pentru victimele a două evenimente traumatice și de 62,5% pentru cei care au fost victime a trei evenimente stresante. Vârsta și sexul sunt factori de risc pentru apariția acestei tulburări, simptomele fiind mai puternice în cazul copiilor mici, care nu sunt în măsură să vorbească despre experiența lor, fetele fiind mai vulnerabile decât băieții.

Cercetări recente [192] arată că aproximativ o treime dintre copiii și adolescenții americani au trecut printr-un eveniment traumatic. Au fost diagnosticați cu tulburare de stres posttraumatic 90% dintre copiii abuzați sexual, 77% dintre cei expuși unor grave violențe în cadrul școlii și 35% dintre cei expuși violențelor stradale. Riscul incidenței tulburării de stres crește dacă autorul abuzului este o persoană cunoscută de copil, de încredere. Simptomele se accentuează la apariția sentimentului de vinovăție, tulburarea devenind mai severă, fiind asociată și cu semne de depresie.

Tulburările de dispoziție se pot regăsi la copiii abuzați sau neglijați, care prezintă deseori simptome depresive mai mult sau mai puțin severe. Episoadele depresive pot surveni în urma unui eveniment care reprezintă pentru copil pierdere sau doliu: separarea părinților, decesul unei persoane apropiate etc. sau în urma unor situații de abuz. Din punct de vedere clinic, simptomele prezente sunt variate, în funcție de vârsta copilului, și nu corespund întotdeauna criteriilor *DSM*. Astfel, Dobrescu [38] notează o serie de caracteristici clinice ale tulburării depresive la copii și adolescenți. În cazul copilului preșcolar se observă apatie, refuzul alimentației, refuzul jocului, plâns facil, iritabilitate, uneori enurezis, encoprezis, dureri abdominale, diaree sau vărsături. Școlarul prezintă deseori simptome psihosomatice - cefalee, dureri abdominale, tulburări vegetative - atenție scăzută, scăderea performanțelor școlare, iritabilitate, tendința la izolare, uneori accese de violență; copilul este apatic, fără poftă de mâncare, prezintă lentoare motorie și verbala; deseori apare scăderea imaginii de sine. În cazul adolescentului simptomatologia este asemănătoare cu cea a adultului. Acesta afirmă pierderea interesului și plăcerii, lipsa de energie, apar frecvent tulburări de apetit și de somn, sentimente de inutilitate, nefericire și eșec, ideea suicidară și chiar tentative de suicid.

În funcție de severitatea simptomelor, cronicitatea și persistența acestora, putem distinge între tulburarea distimică și tulburarea depresivă majoră.

Tulburarea distimică poate fi diagnosticată în cazul în care copilul sau adolescentul prezintă dispoziție depresivă sau iritabilă o perioadă de cel puțin un an, tulburări alimentare și de somn, scădere a energiei sau oboseală cronică, scădere a stimei de sine, dificultăți de concentrare sau de luare a deciziilor, sentimente de lipsă de speranță. Tulburarea apare mai des la copiii

neglijați, provenind din familii cu dificultăți de exprimare emoțională și de comunicare, cu un mediu familial intens conflictual.

Tulburarea depresivă majoră constă dintr-unul sau mai multe episoade depresive majore diferite. Un episod depresiv major este constituit de o perioadă de cel puțin 2 săptămâni în cursul căreia există dispoziție depresivă, pierderea interesului sau plăcerii pentru aproape toate activitățile sau, în cazul copiilor și adolescenților, dispoziție mai curând iritabilă decât tristă. Copiii prezintă tulburări de alimentație și somn, tulburări de memorie și concentrare.

Depresia la copil și adolescent poate apărea chiar la vârste mici și este asociată deseori cu un risc crescut de suicid, abuz de substanțe și tulburări de comportament. Copiii prezintă o funcționare deficitară la nivel psihosocial, școlar și familial. Prevalența tulburării nu este deloc scăzută în populația generală, cazurile fiind mai frecvente în situații de abuz sau neglijare. Dobrescu [38] notează un procent de 0,3% pentru preșcolari, 0,4 - 3% pentru școlari și până la 6,4% în cazul adolescenților. Studiile realizate de Kashani și Sherman [apud 178] identifică o incidență a depresiei de 0,9% la preșcolari, 1,9% la școlari și 4,7% la adolescenți.

O atenție deosebită o solicită riscul de *suicid* ce poate apărea în cazul tulburărilor depresive. Rogers și Spalding [209] observă (2008) că ideea suicidară nu este neobișnuită în cazul preadolescenților diagnosticați cu depresie, 8,9% dintre aceștia prezentând ideea suicidară, iar 3% ajungând la amenințări sau tentative de suicid. Aceeași autori notează că, în cazul adolescenților, suicidul este a treia cauză de deces, după accidente și homicid: 4,3 cazuri la 100.000, pentru vârste între 10 și 18 ani.

Tulburările somatoforme și disociative. Primele sunt caracterizate de simptome somatice, care sugerează o condiție medicală, dar care nu pot fi explicate pe deplin de acea condiție medicală, iar cele din a doua categorie sunt definite de perturbarea conștienței, memoriei, identității sau percepției mediului. Aceste tulburări pot fi cauzate de situații de abuz, trauma provocată având un rol declanșator.

Disocierea apare în multe cazuri, ca mecanism de apărare împotriva traumelor, care ajută copilul să se detașeze de stresul provocat. Dobrescu [38] notează că simptomele disociative apar după o traumă extremă - abuz sexual, maltratare, pedepse severe - și pot fi: perioade de amnezie, perplexitate și confuzie, senzația că "trăiește pe altă lume", fluctuații emoționale și de comportament majore, o stare de confuzie între realitate și fantezie, prezența unor "prieteni imaginari", cu care copilul dialoghează. Amnezia poate fi legată atât de rememorarea trecutului dureros, cât și a unor evenimente minore. Conform autoarei menționate, tulburările disociative apar frecvent la copiii din familiile haotice, cu rată mare de tulburări de personalitate sau tulburări psihice grave care generează violența. La copiii abuzați fizic, psihic sau sexual care nu au putut

dezvolta relații stabile de atașament în această atmosferă dezordonată, inconsecventă, insecurizantă, în care agresorul reprezintă în același timp și figura primordială de atașament, apare disocierea "self-ului", persoana de care depinde fiind în același timp și sursa teroarei. Deseori, copiii care prezintă simptome disociative manifestă și simptome circumscrise altor tulburări: depresie, somatizare, simptome de stres posttraumatic, uneori chiar și halucinații auditive [226].

Tulburarea reactivă de atașament se caracterizează prin relaționarea socială inadecvată și marcat perturbată în cele mai multe contexte, care începe înainte de vârsta de 5 ani și este asociată cu o îngrijire flagrant patologică. Există două tipuri de tablouri clinice: *tipul inhibat*, copilul fiind incapabil să inițieze și să răspundă la cele mai multe interacțiuni într-un mod corespunzător evolutiv. Acesta prezintă un tipar de răspunsuri excesiv de inhibate, hipervigilente și extrem de ambivalente (vigilența rece, rezistența la consolare sau un amestec de apropiere și de evitare); *tipul dezinhbat* - copilul prezintă un pattern de atașamente difuze: o sociabilitate indiscriminativă sau o lipsă de selectivitate în alegerea persoanelor de atașament.

Tulburarea de adaptare apare ca răspuns la un stresor psihosocial identificabil, de o severitate mult mai mică decât în cazul stresului posttraumatic sau acut, în termen de 3 luni de la apariția acestuia. Simptomele sau comportamentele semnificative clinic sunt reprezentate de detresă marcată și deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau școlară/profesională.

Analiza literaturii științifice ne-a motivat spre înaintarea scopului și obiectivelor cercetării:

Scopul cercetării constă în determinarea tulburărilor emoționale la copiii în vârstă de 8 - 12 ani, consecință a abuzului și neglijării, a factorilor familiali de risc și în elaborarea și implementarea unui program psihoterapeutic de ameliorare a acestor tulburări.

Obiectivele cercetării:

1. studierea și analiza literaturii de specialitate privind domeniul studiat.
2. elaborarea și realizarea proiectului de cercetare prin aplicarea diferitor metode și tehnici de investigare a abuzului și neglijării.
3. evidențierea tipurilor de tulburări emoționale consecință a abuzului și neglijării la copiii în vârstă de 8-12 ani;
4. identificarea factorilor familiali de risc pentru abuzul și neglijarea copilului;
5. identificarea cazurilor în care intensitatea simptomelor emoționale atinge pragul pentru stabilirea unui diagnostic psihiatric;

6. elaborarea și implementarea unui program psihoterapeutic având ca obiectiv ameliorarea tulburărilor emoționale identificate;

7. determinarea eficienței programului psihoterapeutic aplicat;

8. elaborarea de recomandări pentru lucrul cu copiii maltratați și părinții acestora.

1.4. Concluzii la capitolul 1

În urma celor expuse, putem trage următoarele concluzii:

1. Deși s-a manifestat încă din antichitate, abia în secolul XX abuzul asupra copilului a fost definit ca atare și studiat; în prezent există în întreaga lume legislație specifică și organizații care se preocupă de protejarea copiilor aflați în situație de abuz și/sau neglijare.

2. Literatura de specialitate clasifică abuzul în trei categorii: abuz fizic, emoțional și sexual.

3. De cele mai multe ori întâlnim în practică, la același copil, două sau mai multe forme de abuz, una dintre ele fiind dominantă.

4. Abuzul de orice fel și neglijarea produc modificări în structura psihică a copilului, au efecte atât pe termen scurt, cât și pe termen lung, care, dacă nu sunt depistate la timp și tratate corespunzător, pot avea repercusiuni majore în timp, însoțind subiectul de-a lungul întregii vieți.

5. Literatura de specialitate a identificat o serie de factori cauzali sau de risc ai abuzului și neglijării, dintre care cei mai frecvent întâlniți sunt cei intrafamiliali: mediile defavorizate, sărăcia, alcoolismul, consumul de droguri, șomajul etc., familiile monoparentale sau dezorganizate, concubinajul, familiile mixte, problemele de personalitate ale părinților, caracteristicile lor psiho-afective, evenimentele care au marcat viața de familie.

6. Majoritatea cercetărilor sunt de acord că, în urma evaluării copilului abuzat și neglijat, în funcție de tipul de abuz, pot apare tulburări de comportament, somn, alimentare și emoționale: depresie, anxietate, furie, disociere, stres.

7. În unele cazuri, copiii abuzați și neglijăți prezintă o simptomatologie ce poate permite stabilirea unui diagnostic psihiatric, fiind întâlnite simptome caracteristice pentru o serie de tulburări psihice, din categoria tulburărilor anxioase, afective, somatoforme, sau disociative.

8. Studiarea aprofundată și detaliată a abuzului și neglijării copilului este foarte importantă în vederea elucidării esenței și pentru identificarea factorilor familiali de risc pentru ai acestui fenomen.

9. Este de interes evaluarea consecințelor emoționale ale abuzului și neglijării asupra copilului, pentru a le putea ameliora printr-un program psihoterapeutic și a evita, astfel, influența pe termen lung a acestora asupra dezvoltării afective și a personalității victimei.

2. PARTICULARITĂȚILE TULBURĂRILOR EMOȚIONALE ALE COPIILOR ABUZAȚI ȘI NEGLIJAȚI

2.1. Obiectivele, ipotezele, metodele și instrumentele de cercetare

Cercetarea experimentală a fost realizată în perioada 2008 – 2011, incluzând un număr de 103 de copii cu vârste cuprinse între 8 și 12 ani și familiile acestora, aflați în asistența *Centrului de consiliere pentru copilul abuzat, neglijat, exploatat* din subordinea *Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Sector 2 București*. **Scopul** experimentului de constatare este determinarea tulburărilor emoționale consecință a abuzului și neglijării la copiii în vârstă de 8 - 12 ani și identificarea și analiza factorilor familiali de risc.

În contextul experimentului, am avut de verificat următoarele **ipoteze**: 1. Presupunem că la copilul care a suferit o formă de abuz și neglijare apar o serie de tulburări emoționale; 2. Presupunem că există o serie de factori familiali de risc pentru apariția abuzului și neglijării, de natură psiho-socială și afectivă.

În baza **ipotezelor**, am stabilit următoarele **obiective** pentru experimentul de constatare:

1. analiza tulburărilor emoționale în cazul copiilor în vârstă de 8-12 ani, care au suferit o formă de abuz și neglijare;
2. identificarea factorilor familiali de risc pentru abuzul și neglijarea copilului;

În ceea ce privește factorii de risc pentru abuzul și neglijarea copilului, am investigat o serie de caracteristici ale familiei de proveniență a acestuia, urmărind: tipul de familie (organizată, dezorganizată), climatul familial, modelul educațional, situația materială, condițiile de locuit, nivelul de școlarizare și calificare ale părinților. Am urmărit, de asemenea, prezența unor boli grave fizice sau psihice ale membrilor familiei, existența unor persoane consumatoare de alcool sau droguri sau cu antecedente penale.

Pentru investigarea tulburărilor emoționale ale copiilor am selectat o serie de **metode** care să permită examinarea cât mai fidelă a acestora.

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) - este un raport auto-administrat ce măsoară distresul post-traumatic și simptomatologia asociată. *TSCC* este realizat de J. Briere (2000) și distribuit de *Psychological Assessment Resources Incorporation, U.S.A.* Este destinat pentru a fi utilizat în evaluarea copiilor care au trecut prin experiențe traumatice, incluzând abuzul fizic sau sexual, victimizarea de către egali (agresiune fizică sau sexuală), pierderi majore, asistarea la acte de violență petrecute altora sau dezastre naturale. Datorită perioadei scurte în care un copil își poate menține atenția, în special în cazul celor care au suferit un abuz emoțional,

TSCC conține un număr relativ scăzut de întrebări. Diferitele scale ale *TSCC* evaluează o largă paletă de efecte psihologice.

Versiunea completă a *TSCC* se compune din 54 itemi, dispune de două scale de validitate - *Underresponse* și *Hyperresponse* și șase scale clinice: *Anxietate*, *Depresie*, *Furie*, *Stres posttraumatic*, *Disociere* și *Preocupări sexuale* și opt itemi critici. Itemii *TSCC* sunt prezentați copiilor ca o listă de gânduri, sentimente și comportamente și li se cere să noteze cât de des fiecare din aceste lucruri li s-a întâmplat. Versiunea alternativă (*TSCC – A*) are 44 itemi și este identică cu versiunea completă, cu două excepții: nu conține itemi referitori la latura sexuală (deci nu are scala de *Preocupări sexuale* și subscalele acesteia) și conține șapte itemi critici.

Pentru a interpreta nivelul simptomatologiei copilului sunt utilizate scorurile *T*. Acestea sunt obținute prin transformarea scorurilor brute, astfel încât să aibă o medie de 50 și o abatere standard de 10. Acestea furnizează informații despre scorurile copilului, raportat la scorurile obținute de subiecți în cadrul standardizării. Un scor *T* de 65 indică faptul că scorul respondentului este cu 1,5 abateri standard peste nivelul mediu. Pentru toate scalele clinice, cu excepția *Preocupărilor Sexuale*, scorurile *T* de 65 sau peste sunt considerate semnificative clinic. Scorurile *T* în intervalul 60 și 65 pot reprezenta un nivel simptomatologic subclinic, dar semnificativ. Pentru scala *Preocupări Sexuale* sunt considerate semnificative clinic scorurile *T* peste 70.

Scalele de validitate, *Underresponse* și *Hyperresponse*, identifică tendința copilului de a nega sau de a exagera simptomatologia. Scorurile la scala *Underresponse* reflectă faptul că cel evaluat neagă comportamente, gânduri sau sentimente care au fost cotate de majoritatea copiilor cu un scor peste zero. Copiii cu scoruri foarte mari la această scală sunt susceptibili de a fi deosebit de defensivi, evitanți sau manifestă opoziție în ceea ce privește testarea. Copiii cu scoruri mari la scala *Hyperresponse* sunt cei care dau într-un mod relativ nediscriminatoriu răspunsuri la itemi puțin obișnuiți, ceea ce reflectă de obicei un stil de supraevaluare a simptomelor și dorința de a apărea deosebit de stresat sau disfuncțional.

Scalele clinice ale *TSCC* măsoară intensitatea celor șase tipuri diferite de simptome, consecințe ale abuzului. Scorurile obținute la scala *Anxiety* (*Anxietate*) reflectă nivelul la care copilul trăiește anxietate generalizată, hiperexcitabilitate, frici, teamă specifică de bărbați sau de femei, teamă de întuneric sau de a fi ucis. Scala *Depression* (*Depresie*) relevă sentimentele de tristețe, nefericire și singurătate, episoade de plâns și gânduri depresive, sentiment de vinovăție sau auto-denigrare. Scorurile pe scala *Anger* (*Furie*) indică nivelul de gânduri, sentimente și comportamente cu conținut agresiv, sentimentele de ură, dificultățile de a-și potoli furia, tendința de a țipa la alții sau de a-i răni, dorința continuă de a se certa sau bate. Scala *Posttraumatic stress*

(Stres posttraumatic) include itemi care reflectă simptomele clasice ale stresului posttraumatic: gânduri intruzive, senzații și amintiri ale evenimentelor dureroase din trecut, coșmaruri, teamă de bărbați sau de femei, evitarea gândurilor negative sau a unor amintiri. Scala *Dissociation* (Disociere) măsoară nivelul la care copilul trăiește simptomatologia de tip disociativ: derealizare, întunecarea minții, amorțirea emoțională, a pretinde că este altcineva sau altundeva, visul cu ochii deschiși, tulburări de memorie și de evitare disociativă. Scala *Sexual Concerns* (Preocupări sexuale) se referă la distresul sexual și preocupările sexuale necorespunzătoare vârstei. De asemenea, testul include opt itemi critici, care sugerează probleme sau aspecte care ar putea necesita atenție clinică imediată; aceștia examinează tendința la auto-agresiune, suicid, dorința de a face rău altora, frica de a fi abuzat sexual, implicarea în bătăi, teama de bărbați sau de femei sau teama de a fi ucis.

CDI (Child Depression Inventory) – Scala de depresie pentru copii - este un chestionar de autoevaluare realizat de M. Kovacs (SUA) în 1992, ce se poate aplica copiilor și adolescenților între 7 și 17 ani, perioada vizată fiind ultimele două săptămâni. Cuprinde 27 de seturi de câte 3 enunțuri, fiecare set fiind cuantificat între 0 și 2 puncte, scorul final posibil fiind între 0 - 54 puncte.

Valorile sub 9 puncte sugerează absența depresiei, scorul peste 9 puncte este sugestiv pentru depresia clinică, iar scorurile peste 16 sunt considerate de autoarea testului ca fiind caracteristice unei depresii severe. Parametrii urmăriți de *CDI* sunt: tulburarea de dispoziție, dificultățile în relațiile interpersonale, sentimentele de ineficiență, lipsa de plăcere, autodevalorizarea, tulburările vegetative. Pot fi identificate comportamente de izolare sau retragere, ca posibile modalități de apărare împotriva unei traume psihice, distorsiuni ale imaginii corporale, importante în cazurile de desfigurare consecutivă unui abuz fizic.

Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) – Scala Multidimensională de Anxietate pentru Copii reprezintă un instrument psihometric care evaluează dimensiunile majore ale anxietății la copii și adolescenți. Testul a fost elaborat de J. March (SUA), adaptat pentru populația românească de C. Sîrbu în anul 2009 și distribuit de *TestCentral* București. Constă în 39 de itemi distribuiți în patru scale de bază – *Simptome Fizice*, *Evitarea Lezării*, *Anxietate Socială și Separare* – *Panică*, o scală ce măsoară anxietatea totală și doi indici majori – *Indicele Tulburărilor Anxioase* și *Indicele de Inconsistență*. *Indicele Tulburărilor Anxioase* este util în identificarea subiecților care se încadrează în categorii diagnostice și pot beneficia de o evaluare clinică mai detaliată, iar *Indicele de Inconsistență* este util în identificarea răspunsurilor aleatoare.

MASC este utilizat pentru copii și adolescenți cu vârste cuprinse între 8 și 19 ani și utilizează o scală Likert în patru trepte pe baza căreia participanții sunt solicitați să evalueze

fiecare item cu privire la propria experiență. Opțiunile de răspuns sunt „0” – „niciodată adevărat pentru mine”, „1” – „rareori adevărat pentru mine”, „2” – „uneori adevărat pentru mine” și „3” – „adesea adevărat pentru mine”. Se însumează scorurile pe subscale și scale.

Profilul *MASC* permite prezentarea vizuală a scorurilor evaluării și comparația cu grupul normativ corespunzător. Conversia scorurilor brute în cote *T* se face automat în momentul completării formularului *MASC* de trasare a profilului. Nu sunt necesare tabele speciale de cotare întrucât toată informația necesară cotării este inclusă în formularul de cotare manuală și în formularele de trasare a profilului. Există etaloane separate pentru copiii (băieți și fete) aflați în intervale de vârstă cuprinse între 8 și 19 ani (8-11 ani, 12-15 ani și 16-19 ani). Scorurile *T* au o medie de 50 și o abatere standard de 10. Se consideră scoruri sub medie cele mai mici de 35, scorurile peste 55 fiind interpretate ca scoruri peste medie. Un scor *T* mai mare de 66 este considerat mult sau foarte mult deasupra mediei.

Interviul Clinic Structurat pentru DSM-IV, versiunea pentru Copii (*KID-SCID*), este un instrument semistructurat nou, realizat de D. Hien ș.a. (SUA), adaptat de D. David în 2007 și distribuit în România de RTS Cluj-Napoca. Instrumentul este proiectat pentru a genera diagnostice psihiatrice conform *Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale*, care are la bază varianta pentru adulți a *SCID*. Conține module pentru Tulburările de Comportament Disruptiv, Episoadele Afective și Psihotice, Tulburările Afective și Psihotice, Tulburările Anxioase, Tulburările în Legătură cu Alcoolul și Substanțele și Tulburările de Adaptare.

KID-SCID permite diagnosticarea unor tulburări psihiatrice generale și pediatrie în conformitate cu *DSM-IV*. Interviul este împărțit în mai multe module, fiecare modul evaluând o anumită clasă de tulburări. După secțiunea de cotare există un interviu general, urmat de modulele de diagnostic propriu-zise.

Se cotează itemii corespunzători criteriilor de diagnostic, nu răspunsurile la întrebări. La răspunsurile simple de tip *da* sau *nu*, poate fi necesar să se ceară copilului să ofere exemple specifice. În final, este importantă judecata clinică a evaluatorului, care poate considera un criteriu satisfăcut chiar dacă clientul neagă problemele și invers, un răspuns pozitiv al clientului poate fi interpretat de clinician ca nefiind o tulburare.

Examinatorul dispune de patru posibilități de cotare: „?” – „informație insuficientă”, „1” – „absent sau fals”, „2” – „sub nivelul prag”, „3” – „nivel prag sau adevărat”. Se cotează „?” – „informație insuficientă” în cazul în care informația este inadecvată pentru a cota criteriul 1, 2 sau 3 (de exemplu, se neagă prezența unui simptom, care este însă sugerat de biletul de trimitere sau de internările anterioare); „1” – „absent sau fals”, când simptomul descris în criteriu este în mod

clar absent sau afirmația din criteriu este în mod clar falsă; itemul poate fi recodat în urma discuțiilor cu familia sau cu un terapeut anterior care confirmă prezența simptomului respectiv; „2” – „sub nivelul prag”, atunci când pragul pentru criteriu nu este atins (de exemplu, când simptomul este prezent, dar nu este suficient de sever pentru a produce o afectare sau un distress marcat); „3” – „nivel prag sau adevărat”, în cazurile în care pragul pentru criteriu este atins sau depășit; cotarea cu „3” este justificată doar dacă s-a obținut o descriere, un exemplu concludent sau dacă există dovezi din comportamentul din timpul interviului sau din alte surse.

Codarea se realizează din trei perspective: pe baza interviului cu copilul sau observațiile clinicianului de pe parcursul acestui interviu (rândul „COP”), pe baza interviului cu părintele (rândul „PAR”) și din alte surse de informație, cum ar fi fișe medicale vechi, rapoarte ale profesorilor, membrilor familiei, etc. (rândul „ALT”). Rubrica „OPT” permite clinicianului sintetizarea tuturor informațiilor adunate. Dacă apar contradicții, rămâne la latitudinea acestuia să decidă în ce măsură copilul satisface cu adevărat criteriile. Această rubrică este utilizată pentru a stabili dacă copilul prezintă tulburarea.

Young Schema Questionnaire - YSQ - Chestionarul Schemelor Young - este elaborat de J.Young și G. Brown (SUA), adaptat de D. David în 2007 și distribuit în România de RTS Cluj-Napoca.. Termenul de *scheme dezadaptative timpurii* este introdus de J.Young (2003), care le definește ca fiind teme largi cu privire la sine și propriile relații cu ceilalți ce se dezvoltă în copilărie, se elaborează pe parcursul vieții și sunt disfuncționale într-o anumită măsură. Caracteristicile acestor scheme dezadaptative timpurii sunt următoarele: se dezvoltă în copilărie, ca rezultat al interacțiunii dintre temperamentul înăscut și experiențele negative de zi cu zi ce apar în relația copilului cu persoanele apropiate; sunt responsabile pentru generarea unui distress emoțional puternic, conduc la consecințe defavorabile persoanei sau celor din jurul său; împiedică dezvoltarea autonomiei, exprimării proprii, acceptării și a bunei interrelaționări; sunt convingeri bazale, pattern-uri adânc înrădăcinate, teme centrale ale sinelui și auto-perpetuate; sunt activate de evenimentele cotidiene congruente cu scheme sau de o stare biologică. Pentru evaluarea acestor scheme, Young și colaboratorii săi au dezvoltat Chestionarul Schemelor. În cercetarea de față am utilizat forma scurtă, YSQ - S3, care are 114 itemi și măsoară 18 scheme disfuncționale, pentru a identifica prezența schemelor disfuncționale consecință a maltratării, instrumentul fiind util pentru dirijarea programului de intervenție psihoterapeutică.

Conform autorului testului, cele 18 scheme dezadaptative sunt grupate în cinci categorii sau domenii:

1. *Separare și respingere* – se referă la convingerea, presupunerea că nu vor fi satisfăcute nevoile de securitate, siguranță, îngrijire, empatie, acceptare și respect. Acest prim domeniu este

compus din cinci scheme: *Deprivare Emoțională* (Emotional Deprivation - ED), *Abandon / Instabilitate* (Abandonment/Instability - AB), *Neîncredere/Abuz* (Distrust/Abuse - MA), *Izolare socială / Înstrăinare* (Social Isolation - SI), *Defect/Rușine* (Deficiency/Shame - DS).

2. *Autonomie și performanță* - al doilea domeniu este cel al slabei autonomii și performanței scăzute și se referă la perceperea propriei incapacități de a supraviețui și de a funcționa independent. Acestui domeniu îi aparțin următoarele scheme: *Eșec* (Failure - FA), *Dependență/Incompetență* (Dependence/Incompetence - DI), *Vulnerabilitate la rău și boală* (Vulnerability to harm and illness - VH), *Protecționism/Ego infantil* (Enmeshment/Underdeveloped Self - EM).

3. *Deficiența limitelor* - al treilea domeniu conține scheme cu privire la limite defectuoase și constă în incapacitatea de a stabili sau în stabilirea inexactă a limitelor interne, a responsabilităților față de ceilalți, a scopurilor pe termen lung. Apar dificultăți în respectarea drepturilor celorlalți, în stabilirea și atingerea unor scopuri personale realiste. Din acest domeniu fac parte două scheme: *Revendicare/Grandomanie* (Entitlement/Grandiosity - ET) și *Autocontrol / Auto-disciplină insuficientă* (Insufficient Self-Control - IS).

4. *Dependența de alții* - al patrulea domeniu este caracterizat prin focalizarea excesivă pe satisfacerea dorințelor, nevoilor altora în detrimentul satisfacerii propriilor dorințe și nevoi, cu scopul obținerii dragostei și aprobării celor din jur. Schemele componente ale acestui domeniu sunt: *Subjugarea* (Subjugation - SB), *Auto-sacrificiul* (Self-Sacrifice -SS), *Căutarea Aprobării/Recunoașterii* (Approval Seeking/Recognition Seeking - AS).

5. *Hipervigilență și inhibiție* este al cincilea domeniu. Sentimentele, impulsurile, alegerile spontane nu sunt exprimate, iar persoana nu crede că are dreptul de a fi fericită, relaxată. Sănătatea, relațiile apropiate au, prin urmare, de suferit. Schemele celui de al cincilea domeniu sunt: *Negativism/Pasivitate* (Negativity/Passivity - NP), *Inhibiție Emoțională* (Emotional Inhibition - EI), *Standarde Nerealiste / Hipercriticism* (Unrealistic Standards/Hypercriticism - US), *Penalizarea* (Punishment - PU).

Copilului i se cere să completeze chestionarul, fiind ajutat, în cazul în care unii itemi sunt mai greu de înțeles, de psihologul examinator. El va evalua fiecare item pe o scală Lickert de 6 puncte unde: 1 = total neadevărat în ceea ce mă privește, 2 = de cele mai multe ori neadevărat în ceea ce mă privește, 3 = mai degrabă fals decât adevărat, 4 = mai degrabă adevărat decât fals, 5 = de cele mai multe ori adevărat în ce mă privește, 6 = mă descrie perfect. Itemii sunt grupați în funcție de scheme. Pe foaia de cotare, după fiecare item, apare un cod de două litere indicând schema măsurată. Se poate înregistra scorul total sau media scorului pentru fiecare schemă, dar în

lucrarea de față am considerat relevanți itemii cu scorurile cele mai mari (5 sau 6), care oferă informații relevante despre convingerile, schemele copilului.

Scala Multidimensională de Percepție a Controlului la Copii (SMPCC) este un instrument realizat de J. Connell (SUA), adaptat de D. David în 2007 și distribuit în România de RTS Cluj-Napoca. Autorul definește *locul controlului* ca fiind gradul în care o persoană crede că acțiunile sale pot influența rezultatele sale, un sistem de convingeri stabile ce diferențiază oamenii în cei cu locul controlului intern, ce cred că propriul comportament e relativ decisiv în determinarea destinului lor, și cei cu locul controlului extern, ce cred că e mai puțin decisiv comportamentul lor în această privință, norocul, șansa, agențiile de putere (persoane sau instituții) exercitând o foarte puternică acțiune asupra vieții lor.

Scala SMPCC este construită de Connell pentru a evalua diferite atribuiri cauzale care pot fi utilizate atât pentru interpretarea experiențelor, văzute nu ca unidimensionale, ci ca un profil al atribuirilor cauzale specifice. Modelul percepției controlului propus de Connell încorporează trei componente: cauze (interne, necunoscute, puterea celorlalți), rezultate (succes, eșec) și specificitatea domeniului (fizic, social, academic, general). Spre deosebire de adulți, copiii oferă trei categorii de explicații cauzale: control necunoscut (nu știu de ce apar acele rezultate), control intern (rezultatele li se datorează) și controlul celorlalți (rezultatele depind de ceilalți).

Chestionarul are 48 itemi, dintre care jumătate descriu succese, iar cealaltă jumătate, insuccese, fiecare sursă de control fiind reprezentată de doi itemi care nu sunt niciodată prezentați consecutiv, iar domeniile și tipurile de răspuns sunt ordonate randomizat în conținutul scalei. Copiilor li se citesc afirmațiile, fiind rugați să încercuiască răspunsul care li se potrivește pe o scală de la 1 la 4 (1=fals, 2=puțin adevărat, 3=în cea mai mare parte adevărat, 4=adevărat). În cercetarea de față, instrumentul a fost aplicat pentru a evalua percepția copiilor asupra locului controlului, știind că cei ce au un loc al controlului intern percep evenimentele de viață ca rezultat al propriului comportament, având astfel control asupra acestuia, iar cei cu un locus al controlului extern consideră comportamentul lor ca fiind datorat norocului, sorții, puterii celorlalți sau altor condiții asupra cărora nu au control.

Scala de Convingeri Raționale pentru Copii (CSRB), elaborată de W. Knaus și adaptată de D. David în 2007, este distribuită în România de RTS Cluj-Napoca. Aceasta măsoară cognițiile iraționale ale copiilor cu vârste între 7 și 13 ani. Cognițiile iraționale sunt incorecte din punct de vedere logic, incongruente cu realitatea obiectivă și blochează atingerea scopurilor individului, ele apărând în forme absolutiste. Cognițiile raționale sunt exprimate în termeni de preferințe, nu de comenzi, și conduc spre nivele mai adaptative ale emoțiilor și comportamente adecvate. Itemii au multiple răspunsuri, ce descriu scenarii din viață, cum ar fi relația cu prietenii

sau diverse situații școlare. Scala evidențiază modul în care copilul interpretează evenimentele trăite, cu consecințe asupra comportamentului. Scala are două forme, una pentru copii cu vârsta cuprinsă între 7 și 10 ani (forma B) și una pentru copii cu vârsta cuprinsă între 10 și 13 ani (forma C).

Testul Arborelui. Desenul arborelui a fost folosit de mai mulți autori pentru evaluarea personalității, însă cel care a realizat primul studiu sistematic și statistic a fost Karl Koch. El a publicat în anul 1949 manualul Testul Arborelui. În Franța, acest test a fost adaptat de Renee Stora (1963). Koch considera că arborele are o mare valoare simbolică. El este purtătorul simbolului omului, în principal al verticalității, al creșterii și fecundității, al puterii și al misterului. Desenarea arborelui va purta proiecția conținuturilor inconștiente ale imaginii de sine, relația dintre nivelele psihismului, gradul de organizare a acestor instanțe, a defenselor, a atitudinii în fața alterității, a vieții și a morții [158].

Arborele reprezintă copilul; prin acest desen copilul se proiectează, oferindu-ne indicii ale dezvoltării sale. Interpretarea desenului presupune atât o observare globală a acestuia, cât și pe părți. Aspectul global al desenului evidențiază o serie de trăsături cum ar fi: netă, clară, precisă, armonioasă, statică, lejeră, delicată, animată, fără forță, rece, dezordonată. Forma schematică a arborelui se reduce la cea a crucii. Crucea este simbolul concilierii contrariilor, a masculinului și femininului. Elementele componente ale arborelui, cât și arborele în ansamblul său, sunt interpretate după simbolistica spațială elaborată de Grunwald și Koch [71].

În interpretarea arborelui sunt privite trei elemente importante: rădăcina, trunchiul și ramurile, coroana. *Rădăcina* se hrănește din pământ, se întinde în pământ, este închisă în pământ, este viața invizibilă, trăiește în elementul comun, pământul, ce are semnificația inconștientului colectiv. Rădăcina este invizibilul, inconștientul, profunzimea, ansamblul experiențelor primitive. Fără ea arborele nu se poate susține. *Trunchiul* reprezintă separarea eu-altul, eu-lume. El este elementul median și menține echilibrul între partea stângă și cea dreaptă, susținând în același timp coroana. Trunchiul este centrul, elementul vertical, portor, durabil, stabil, reprezentând proiecția eului. *Linia solului* este linia care separă cerul de pământ, separă două existențe, conștientul de inconștient. *Coroana* formează zona de relație cu mediul, de relație interior-exterior, de relație a subiectului cu mediul său.

Din multitudinea de informații oferite de Testul Arborelui, au fost considerate ca relevante aspectele emoționale urmărite de cercetarea de față: depresie, anxietate, agresivitate, stimă de sine redusă. Astfel, după studierea principalelor lucrări de specialitate (De Castilla [37], Koch [71], Rozorea și Sterian [130], Minulescu [79], Vladislav [168]), au fost luate în calcul următoarele elemente ale desenului: scorburi sau crengi rupte, excrescențele sau creștăturile de pe trunchi,

pentru *traume*; înnegrirea liniei solului, rădăcinilor, trunchiului, ramurilor sau frunzișului, presiune susținută sau spasmodică, arbore mic, arbore situat în stânga paginii, linii trasate discontinuu, arborele foarte stufos, ramuri lipsite de frunze; pentru *anxietate*; liniile întrepătrunse, întretăiate, amestecate în frunziș, frunzișul neregulat, cu linii confuze, înnegriri, baza trunchiului barată și înnegrită, apăsare insistentă și spasmodică, liniile necontrolate, retușate sau în zigzag pentru *nervozitate*; frunzișul căzut (tip salcie plângătoare), arborele mic, cu ramuri fără frunze, trasate din linii unice, porțiuni înnegrice, liniile trasate în direcții opuse în frunziș, liniile ușor trasate, pentru *depresie*; ramurile în formă de tub, liniile aruncate, lansate, spasmodice, frânte sau unghiulare, trasate în direcții opuse, unghiurile ascuțite, săgețile îndreptate înspre trunchi sau înspre exterior, rădăcinile nuanțate și multiple, trunchiul rugos, înnegrît sau „zebră”, pentru *agresivitate și impulsivitate*; arborele foarte mic, baza trunchiului închisă sau încercuită, arborele situat în stânga paginii, absența coroanei și a frunzișului, arborele crescut din ghiveci, ramuri schițate dintr-o singură linie, pentru *stimă de sine redusă*.

2.2. Prezentarea caracteristicilor lotului investigat

Studiul a fost realizat pe un lot de 103 de copii, referiți cabinetului psihologic al centrului în urma expunerii la o situație de abuz fizic, emoțional sau sexual și neglijare.

Vârsta. Copiii examinați aveau vârsta cuprinsă între 8 și 12 ani. Distribuția pe grupe de vârstă este următoarea: 8 ani (17 subiecți), 9 ani (26 subiecți), 10 ani (16 subiecți), 11 ani (32 subiecți), 12 ani (12 subiecți).

Sexul. Dintre cei 103 copii investigați, 54 au fost băieți, iar 49 fete.

Nivelul de școlarizare. Dintre copiii investigați, majoritatea erau înscriși la cursurile școlare (86 copii), 9 neșcolarizați, iar 8 se aflau în situația de abandon școlar.

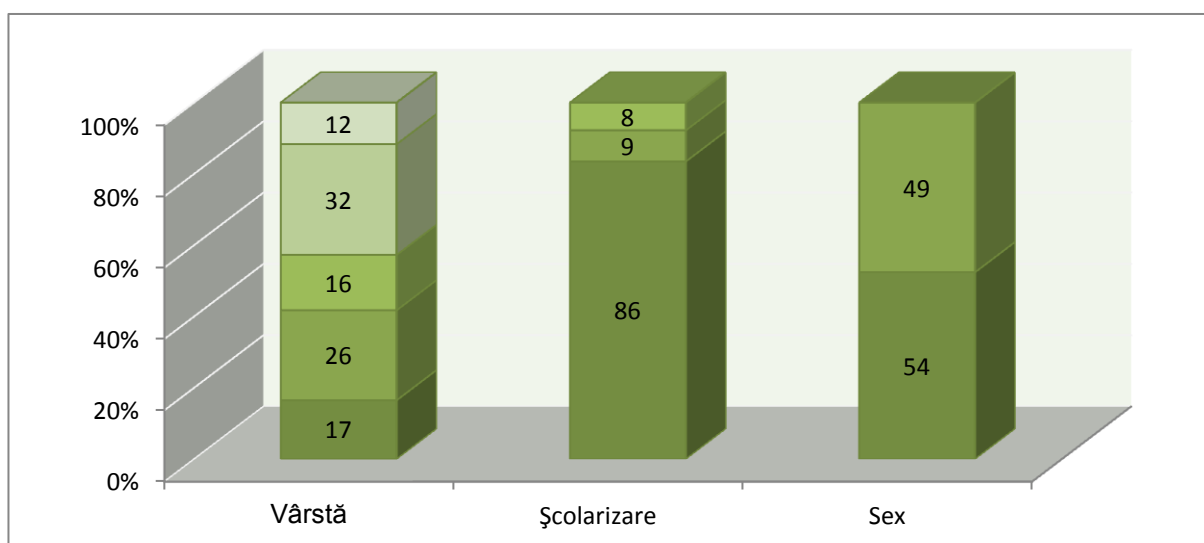


Figura 2.1. Vârsta, nivelul de școlarizare și sexul subiecților

Forma de abuz suferită. Datele prezentate în diagramele de mai jos arată faptul că majoritatea copiilor investigați au prezentat două sau mai multe forme de abuz, una dintre ele fiind dominantă. Astfel, se observă că 28% dintre subiecții investigați au ca formă dominantă de abuz abuzul fizic (29 copii), 37% abuzul emoțional (38 copii), 3% abuzul sexual (3 copii), iar 33 copii, 32%, au suferit o formă de neglijare.

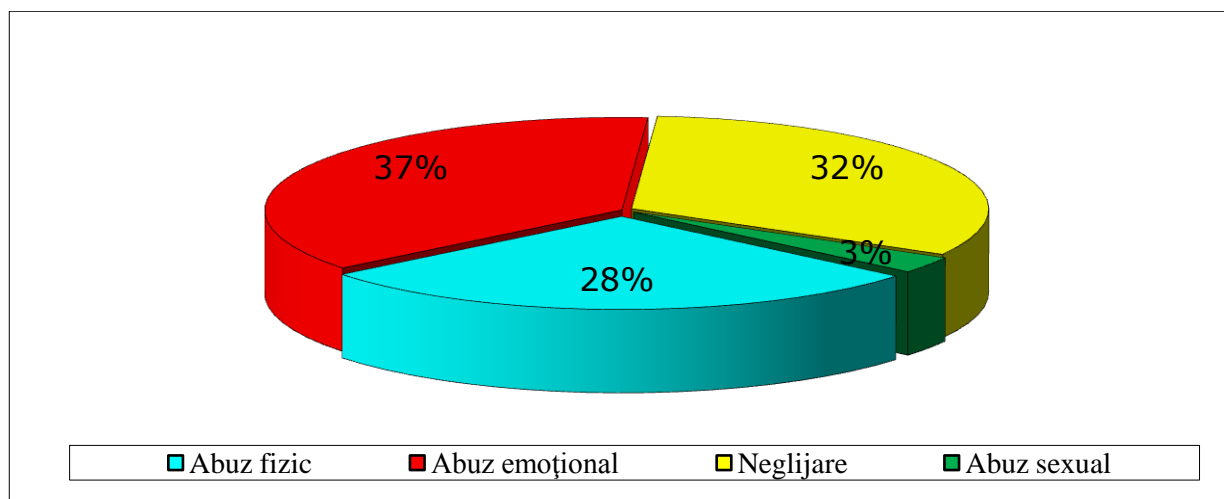


Figura 2.2. Forma de maltratare dominantă

În ceea ce privește frecvența formei de abuz și gravitatea acestuia, se observă că cei mai mulți copii, 86, au suferit o formă de abuz emoțional: 39 într-o formă ușoară, 24 – medie și 23 într-o formă gravă; un număr de 74 copii au suferit o formă de abuz fizic, dintre care 43 ușor, 14 mediu și 17 grav; 77 copii au fost neglijăți, 32 – ușor, 19 – mediu, iar 26 grav. Cele mai puține cazuri întâlnite au fost cele de abuz sexual, 6, dintre care 3 – grav, 1 - mediu și 2 într-o formă ușoară.

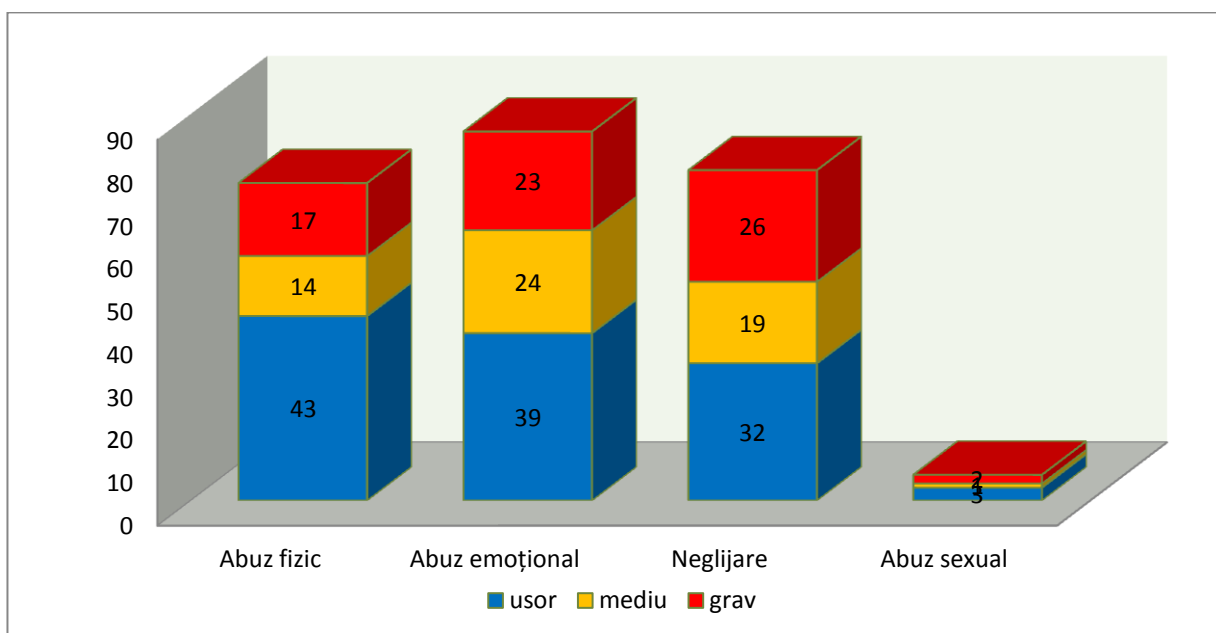


Figura 2.3. Gravitatea abuzului sau neglijării

Pentru a identifica existența unor diferențe în cazul diverselor forme de abuz și neglijare în funcție de sex și de vârstă au fost analizate statistic rezultatele obținute. Am presupus că există diferențe între băieți și fete și în funcție de grupele de vârstă, în ceea ce privește gravitatea abuzului și neglijării.

Prin aplicarea testului *U Mann - Whitney* se constată că nu există o diferență semnificativă în cazul diferitelor forme de abuz și neglijare în funcție de sex (anexa 2, tabelul 2).

Tabel 2.1. Valorile testului Mann-Whitney, comparare băieți/fete

	Abuz fizic	Abuz emoțional	Abuz sexual	Neglijare
Mann-Whitney U	1456	1495	1355	1136
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,354	,234	,564	,185

De asemenea, aplicarea testului *Kruskal Wallis* nu a evidențiat diferențe semnificative statistic nici în funcție de grupa de vârstă (anexa 2, tabelul 3).

Tabel 2.2. Valorile testului Kruskal-Wallis, comparare grupe de vârstă

	Abuz fizic	Abuz emoțional	Abuz sexual	Neglijare
Test statistics	,874	1,996	,461	8,978
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,928	,737	,977	,062

2.3. Caracteristici ale familiilor copiilor subiecților investigați

Structura familiei. Analiza datelor obținute a evidențiat faptul că cei mai mulți dintre copiii investigați provin din familii de tip organizat (46 familii, 45%) și din cele în care părinții

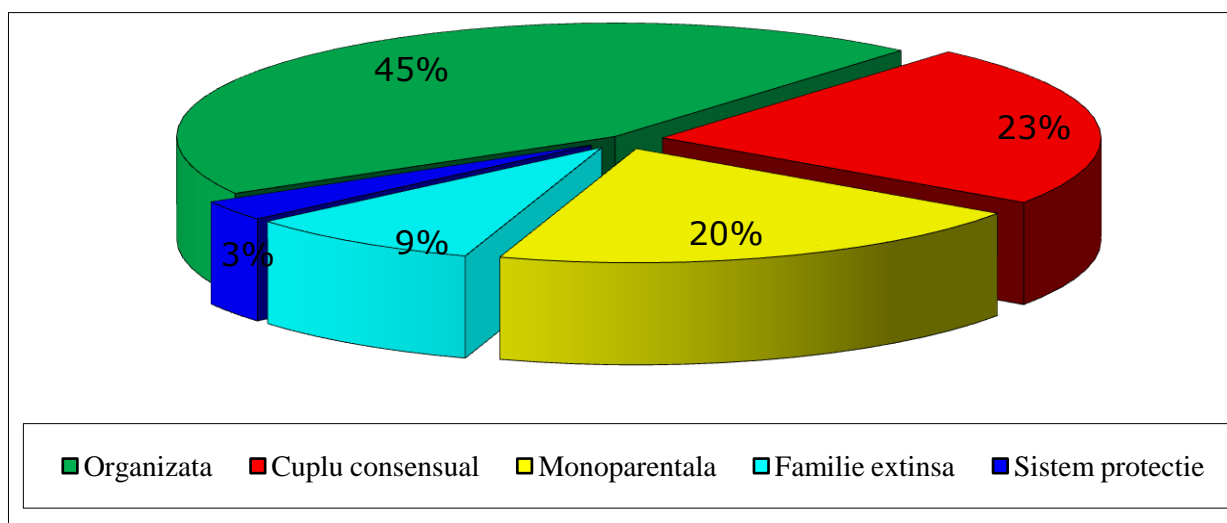


Figura 2.4. Tipul de familie sau instituție de ocrotire

formează un cuplu consensual (24 familii, 23%), constatându-se un număr mai mic de familii monoparentale (21 familii, 20%) și de copii aflați în îngrijirea familiei extinse (9 cazuri) sau fiind ocrotiți în sistemul de protecție a copilului (3 cazuri).

Carențele de structură a familiilor subiecților investigați sunt datorate divorțului, abandonului, decesului sau arestării unuia sau ambilor părinți. Acest tip de familie poate avea o influență majoră asupra personalității în formarea copilului.

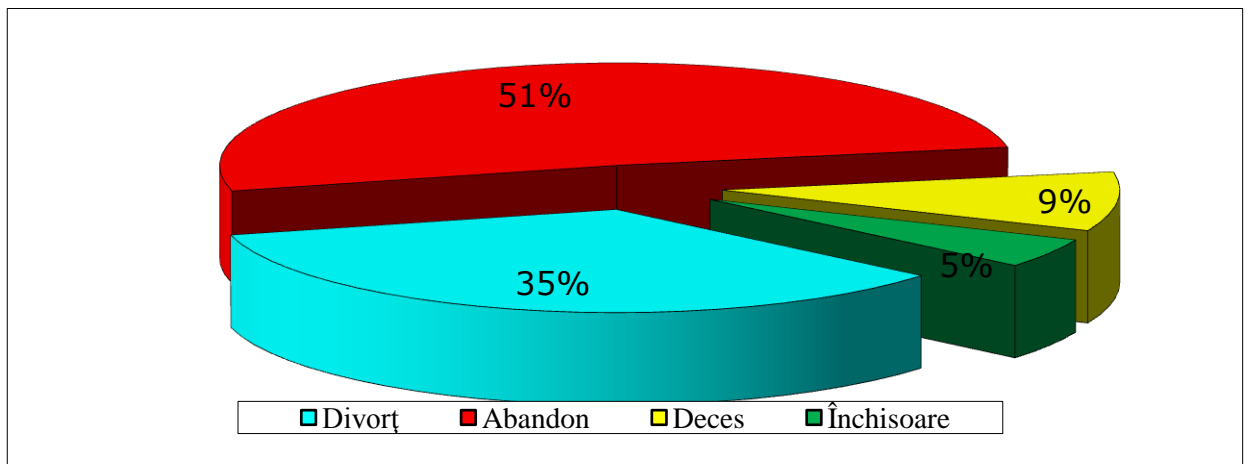


Figura 2.5. Cauzele carențelor de structură a familiilor dezorganizate

Stări conflictuale, violență. Multe dintre familiile copiilor analizați prezintă stări conflictuale de intensitate și durată diferite, începând cu forme simple, cum ar fi cearta și neînțelegerile, până la forme mai complexe, cum sunt agresivitatea fizică sau alungarea de la domiciliu. Tensiunile și disfuncțiile intrafamiliale afectează în diverse moduri dezvoltarea armonioasă a personalității copilului. Copiii crescuți în astfel de familii sunt anxioși, temători, fără încredere în forțele proprii. Aceștia au tendința de a reproduce comportamentul violent

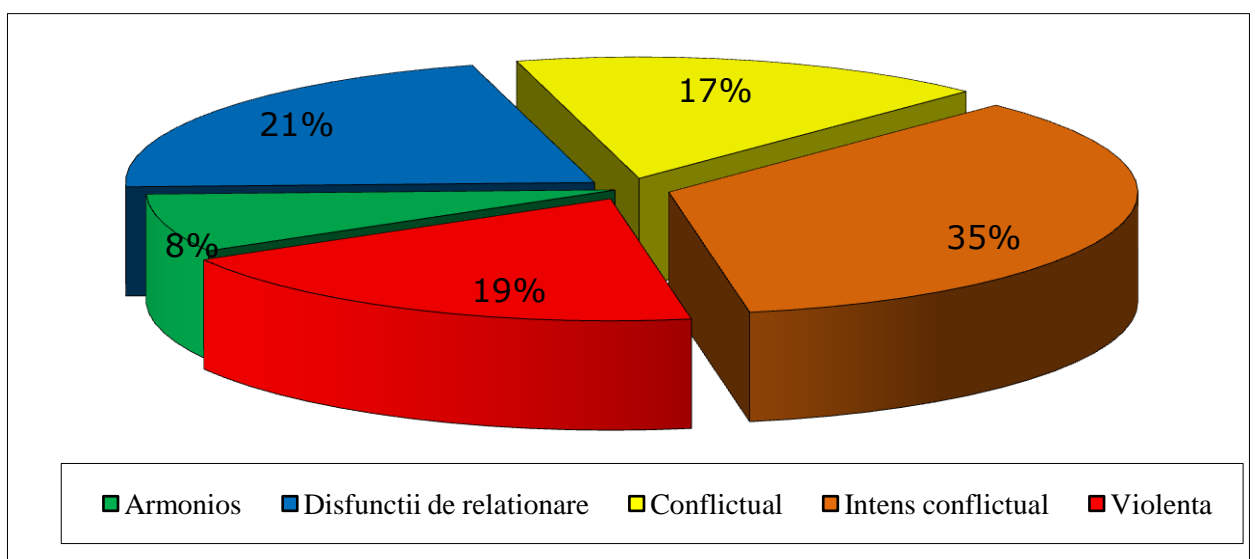


Figura 2.6. Climatul familial

transmis de părinți atât în familia de origine, cât și în școală și societate. Într-un număr de 73 de familii (71 %) apar relații violente sau o stare conflictuală intensă, în celelalte cazuri nivelul de intensitate al conflictelor intrafamiliale menținându-se în limite acceptabile: disfuncții de relaționare - 21%, climat familial armonios - 8%.

Consumul de alcool sau drog. În familiile caracterizate printr-un climat conflictual, violența este accentuată în unele cazuri de consumul de alcool sau chiar de drog. Astfel, se constată mai multe cazuri de copii ai căror părinți consumă excesiv și frecvent alcool (21 familii) și trei cazuri în care unul dintre părinți este consumator de drog.

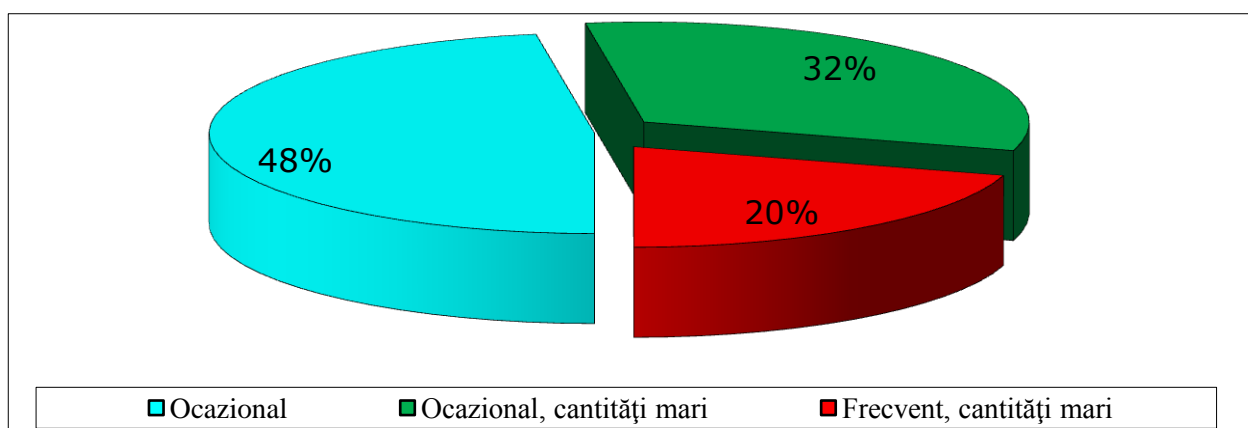


Figura 2.7. Consumul de alcool

Modelul educațional. Consecințele negative în planul formării personalității copilului depind și de stilul educativ al părinților. În cazul în care acesta este caracterizat prin abuz de autoritate (climat educațional hiperautoritar), răsfăț excesiv (climat educațional hiperpermisiv) sau indiferență, dezvoltarea emoțională a copilului poate fi afectată. În multe cazuri se întâlnește un model hiperautoritar de educație (40 cazuri, 39 %), uneori chiar cu folosirea bătăii ca mijloc de disciplinare. În cele mai multe cazuri (52 de familii) părinții dau dovadă de indiferență afectivă și dezinteres pentru creșterea și educarea copilului.

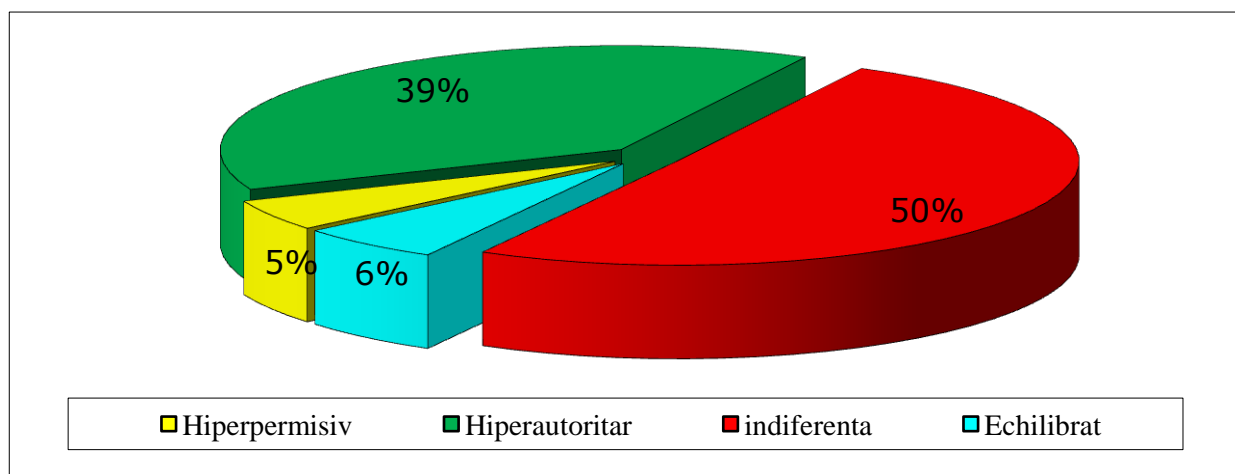


Figura 2.8. Modelul educațional

Nivelul de calificare profesională a părinților. Dezinteresul și nepriceperea în educația propriului copil provin în multe cazuri din atitudinea față de educație și față de munca părinților, ca și din nivelul scăzut de școlarizare și calificare profesională al acestora. Astfel, în 18 familii părinții nu sunt încadrați în muncă, nu au o ocupație stabilă, trăind din ajutorul de șomaj ori prestând diverse activități „la negru” sau la limita legalității.

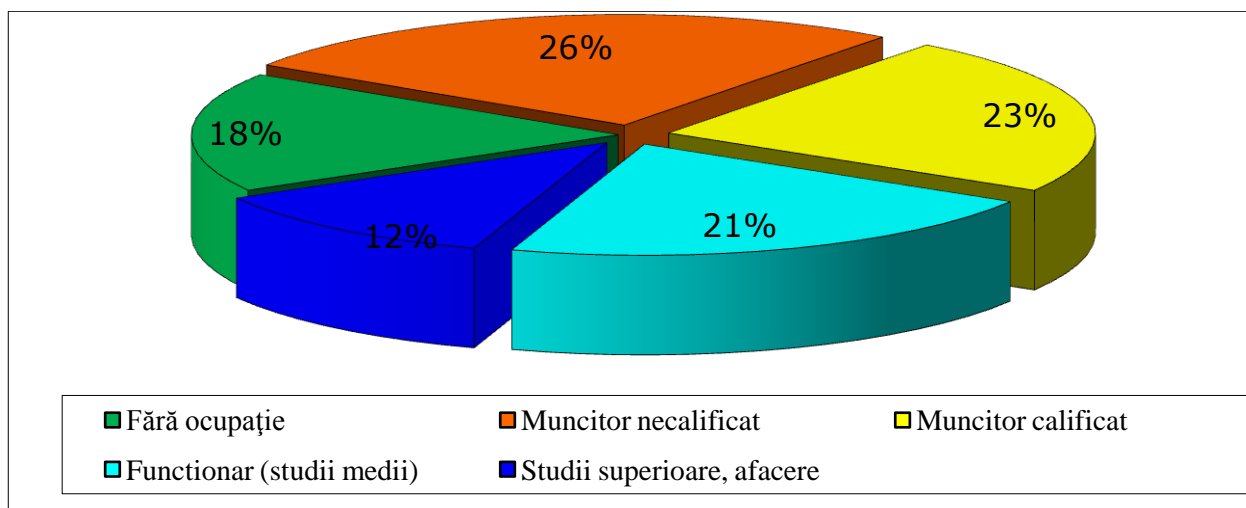


Figura 2.9. Ocupația părinților

De asemenea, se constată că un număr de 27 părinți nu au nicio calificare profesională, nivelul de școlarizare fiind scăzut. Aceasta duce la neglijarea nevoilor de dezvoltare cognitivă a copilului și dezinteres față de activitatea școlară, uneori părinții fiind interesați în principal de alocația pe care copiii o pot primi decât de cunoștințele dobândite.

Situația materială a familiei. Nivelul scăzut de calificare profesională al părinților și lipsa, în unele cazuri, a unei ocupații cu caracter permanent, ca și numărul mare de copii și alți membri de familie aflați în întreținere, au drept consecință un nivel scăzut al veniturilor pe membru de familie și condiții de locuit modeste sau chiar improprii. Se constată că unii copii au condiții de locuit total necorespunzătoare (14 cazuri), ceilalți beneficiind de locuințe modeste sau bune.

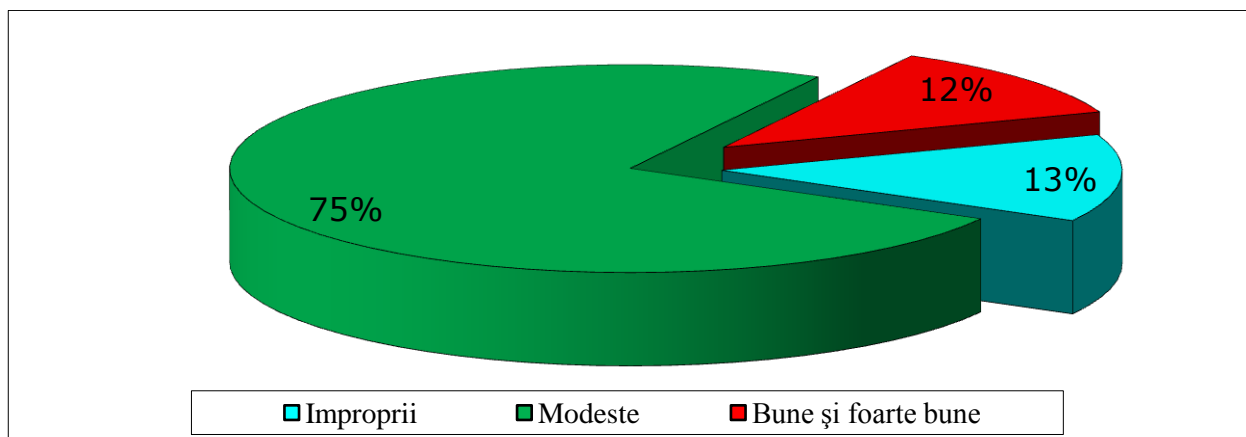


Figura 2.10. Condițiile de locuit

Nivelul veniturilor familiei. Veniturile familiilor sunt dependente de gradul de calificare profesională a părinților, de atitudinea acestora față de muncă și de numărul de membri ai familiei respective. Se constată că veniturile realizate de părinții copiilor din lotul studiat sunt în 63 cazuri mici și foarte mici, în alte 21 de cazuri sporadice și nesigure, iar în 19 cazuri fiind medii sau superioare, suficiente pentru un trai decent.

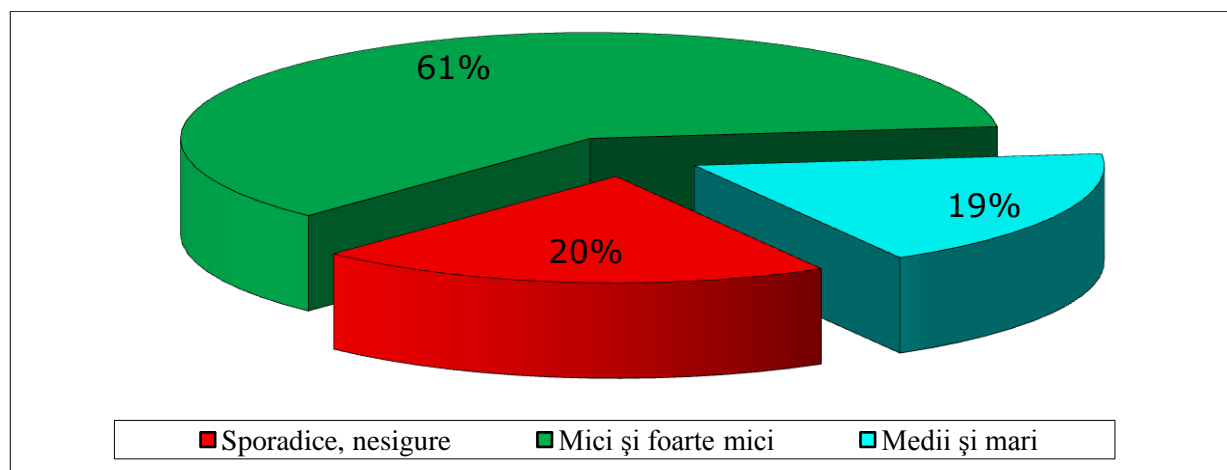


Figura 2.11. Nivelul veniturilor familiei

Concluzii și observații privind factorii intrafamiliali de risc ai abuzului și neglijării.

Dintre subiecții lotului analizat, 70 dintre copii (68%) proveneau din familii organizate sau cuplu consensual, iar 33 de copii (32%) din familii dezorganizate (datorită abandonului, decesului, divorțului sau detenției). Se poate concluziona că dezorganizarea familiei nu este o cauză a abuzului și neglijării, aceste situații apărând atât în cadrul familiilor dezorganizate, cât și în cadrul celor organizate. Se constată predominanța climatului intens conflictual, în unele cazuri chiar violent. Stările conflictuale din cadrul familiei, pornind de la simple certuri și neînțelegeri și până la diferite forme de violență, pot constitui abuz asupra copilului, de tip fizic sau emoțional. Ponderea familiilor în care se consumă frecvent și exagerat de mult alcool este crescută în cazul lotului analizat, fapt ce accentuează nivelul de violență.

Părinții manifestă de cele mai multe ori indiferență față de comportamentul copiilor, lipsă de control, dezinteres în cunoașterea activităților zilnice ale acestora și în ceea ce privește educația. Indiferența, lipsa de afectivitate în relația cu copilul, duc la carentarea afectivă a acestuia, fiindu-i neglijate nevoile emoționale și de comunicare.

Un alt model educațional întâlnit deseori în cazul copiilor din lotul investigat este cel hiperautoritar, părinții mergând până la corecții fizice aplicate copiilor, aflați astfel în situație de abuz fizic.

Este observat un număr mare de părinți fără ocupație, ceea ce afectează nivelul de venituri al familiei. De asemenea, nivelul de școlarizare și calificare profesională al părinților

copiilor din lotul studiat este inferior, cu consecințe semnificative asupra educației pe care o oferă copiilor lor. De notat că peste jumătate din părinți nu au o ocupație stabilă. Nivelul material al familiilor copiilor aflați în situație de abuz sau neglijare este în general scăzut. Insuficiența bugetului, ca și dificultățile materiale obiective reprezintă condiții care afectează buna funcționare a grupului familial, conducând la tensiuni și conflicte, mai ales când o parte din bani sunt destinați cumpărării de băuturi alcoolice sau chiar droguri.

Studiul corelațiilor. Analizând rezultatelor evidențiază corelații pozitive între tipul și gravitatea maltratării și caracteristicile familiei din care provine copilul. Gravitatea abuzului fizic corelează pozitiv cu conflictualitatea climatului familial și violența intrafamilială ($r=0,376$, $p<0,01$), agravată deseori de consumul de alcool ($r=0,263$, $p<0,01$), și modelul educațional hiperautoritar, care predispune spre pedepse aspre, exagerate ($r=0,528$, $p<0,01$). În ceea ce privește abuzul emoțional, intensitatea acestuia corelează, de asemenea, cu scoruri înalte la scalele *climat familial conflictual* ($r=0,315$, $p<0,01$) și modelul educațional hiperautoritar ($r=0,342$, $p<0,01$). Climatul familial conflictual sau violent corelează pozitiv cu consumul de alcool în cantități mari ($r=0,405$, $p<0,01$). Gravitatea neglijării corelează pozitiv cu nivelul scăzut al veniturilor ($r=0,276$, $p<0,05$) și, implicit, cu condiții de locuit modeste sau improprii ($r=0,389$, $p<0,01$), și cu modelul educațional hiperpermisiv ($r=0,473$, $p<0,01$) sau caracterizat de indiferență ($r=0,490$, $p<0,01$) (anexa 2, tabelul 4).

2.4. Rezultate la testele aplicate

Aplicarea **TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children)** a dus la identificarea simptomelor consecință a supunerii copiilor la o formă de abuz și neglijare. Pentru a putea lua în considerare scorurile unui profil TSCC, este necesară validarea acestuia, prin verificarea răspunsurilor obținute la cele două scale de control, *Hyperresponse* și *Underresponse*.

În urma prelucrării rezultatelor obținute (anexa 2, tabelul 5), au fost identificate 6 profile cu scoruri peste nivelul prag la scalele *Underresponse* și *Hyperresponse* – scor *T* peste 70 la scala *Underresponse* și scor *T* peste 90 la scala *Hyperresponse* - 2 în cazul sub-aprecierii răspunsurilor și 4 în sensul supra-aprecierii răspunsurilor. Cei doi copii cu scoruri ridicate la scala *Underresponse*, având între 7 și 9 puncte, scor *T* între 77 și 86, sunt deosebit de defensivi sau evitanți, neagă comportamente, gânduri sau sentimente cotate de majoritatea copiilor cu un scor peste zero. Ei încearcă să ascundă simptomatologia, temându-se de unele posibile consecințe în relația cu persoanele de îngrijire. Copiii cu scoruri mari la scala *Hyperresponse* – 4 cazuri, cu 3-5

puncte, scor T între 102 și 111, sunt cei care dau într-un mod relativ nediscriminatoriu răspunsuri la itemi puțin obișnuiți, ceea ce reflectă de obicei un stil de supraevaluare a simptomelor și dorința de a apărea deosebit de stresat sau disfuncțional, considerând că astfel fapta agresorului va fi tratată ca mult mai gravă decât este și astfel va fi pedepsit în consecință.

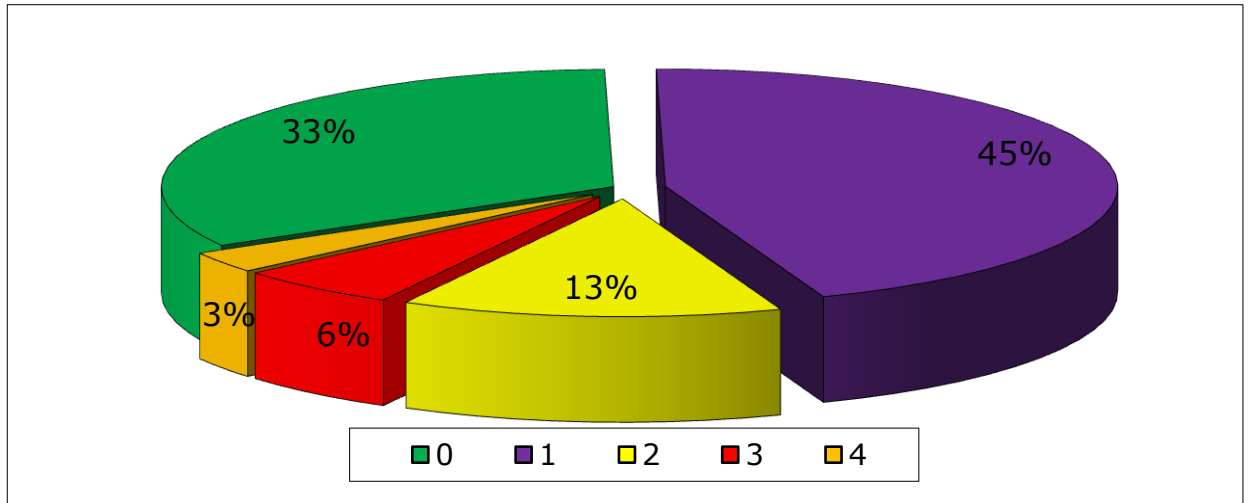


Figura 2.12. Numărul de itemi critici în profilele TSCC

Apariția unor răspunsuri la itemii critici, care examinează tendința la auto-agresiune, suicid, dorința de a face rău altora, frica de a fi abuzat sexual, implicarea în bătăi, teama de bărbați sau de femei sau teama de a fi ucis sugerează probleme sau aspecte care ar putea necesita atenție clinică imediată.

În Figura 2.12 se observă că în multe cazuri (69 cazuri, 67%) apar itemi critici, numărul maxim fiind de 4, în 3% din cazuri. Dintre cei opt itemi critici, cel mai frecvent apar cei ce se referă la auto și hetero-agresiune – itemul 20, „Simt nevoia să mă rănesc, să îmi fac rău” și itemul 21, „Simt nevoia să le fac rău altor persoane”, itemii 36, „Se întâmplă să mă bat/cert” și 50, „Îmi este teamă că cineva mă va ucide”. Itemii 24, „Îmi este teamă de bărbați” și itemul 34, „Nu am încredere în oameni pentru că aceștia ar putea să-și dorească relații sexuale” au apărut în cazul copiilor abuzați sexual.

Tabelul 2.1 și Figura 2.13 prezintă frecvențele obținute la aplicarea TSCC (scoruri T), pe scale. Se observă că cel mai frecvent apar tulburările emoționale - depresie și anxietate, urmate de furie, simptome de stres posttraumatic și disociere, tulburările sexuale fiind caracteristice numai în cazul copiilor abuzați sexual.

Tabel 2.3. Rezultate obținute la aplicarea TSCC

	TSCC - ANX	TSCC - DEP	TSCC - ANG	TSCC - PTS	TSCC - DIS	TSCC - SC	TSCC - SP	TSCC - SD
N Valid	103	103	103	103	103	103	103	103
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	59,16	55,95	53,63	56,85	55,14	47,05	46,28	48,41
Minimum	39	37	35	39	42	41	43	43
Maximum	84	79	74	77	69	111	104	111

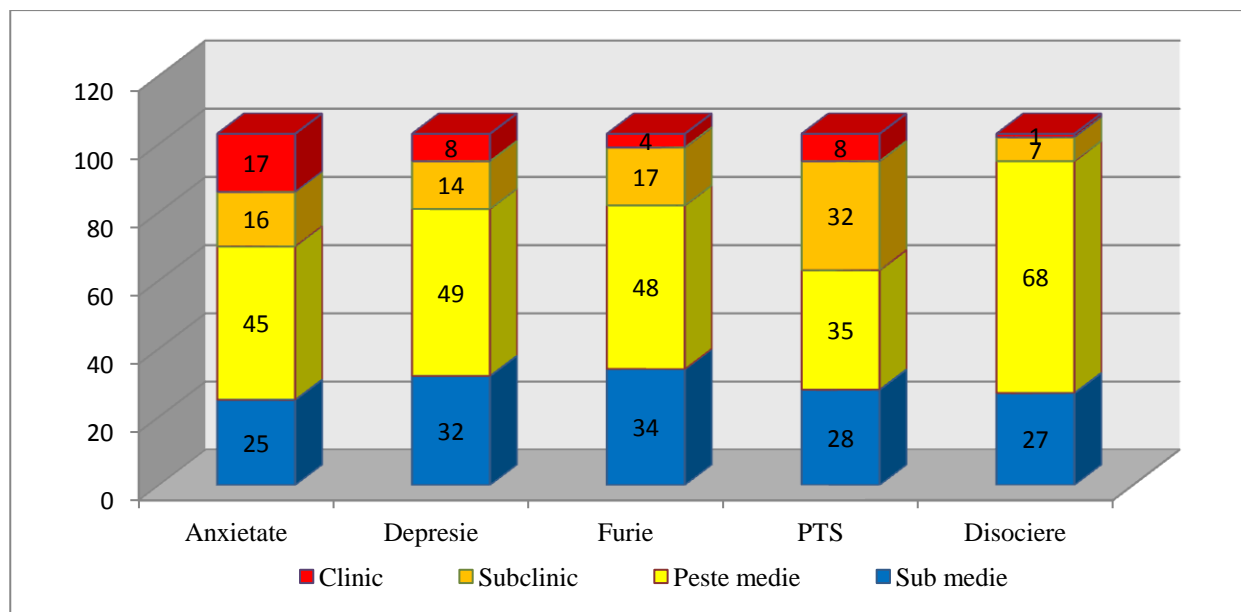


Figura 2.13. Rezultate obținute la aplicarea TSCC

Un procent de 76% dintre copiii examinați (78 cazuri) prezintă simptome de anxietate generalizată, hiperexcitație, îngrijorare sau teamă față de bărbați sau față de femei, frică de întuneric sau teama de a fi ucis. Scorurile *T* peste 70, care apar la 16% dintre copii (17 cazuri), sunt întâlnite la copiii diagnosticați cu o formă de Tulburare Anxioasă.

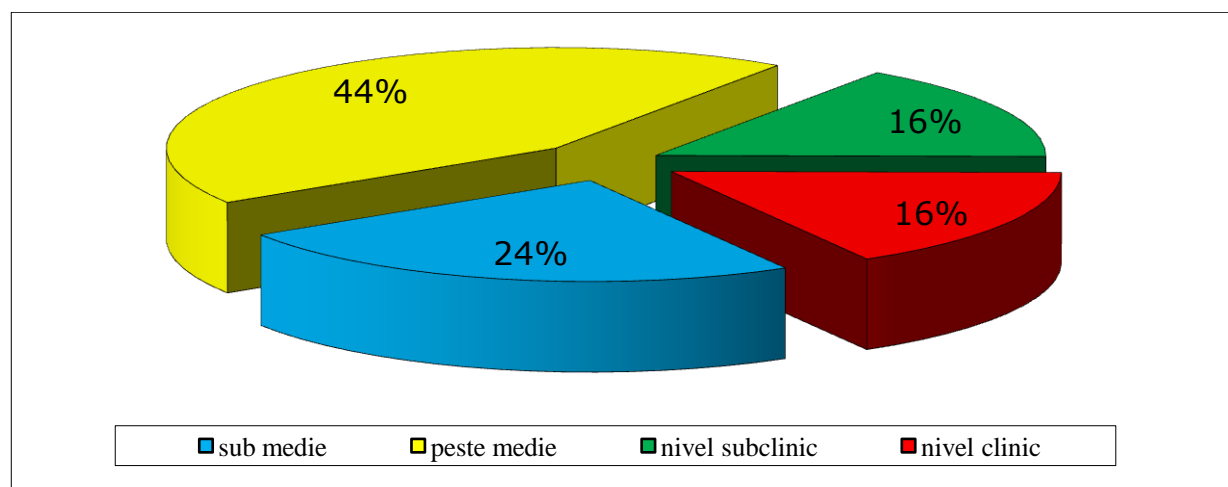


Figura 2.14. Rezultate obținute la aplicarea TSCC - Scala Anxietate

Scorurile de nivel clinic la scala *Depresie*, evidențiate în *Figura 2.15*, reflectă sentimente de tristețe, nefericire și însingurare, episoade de plâns, sentimente și cogniții de vinovăție și auto-denigrare, tendințe de suicid, comportamente de auto-agresiune sau auto-mutilare. Copiii ce obțin astfel de scoruri – 22%, 22 de cazuri - prezintă episoade depresive, reacții depresive sau tulburări distimice. Unii dintre ei evită interacțiunile sociale cu alți copii. Ei se consideră răi, nevrednici și prezintă sentimente de ură de sine. Riscul de suicid sau auto-agresiune este cu atât mai mare cu cât punctajul acordat pentru itemii critici este mai ridicat.

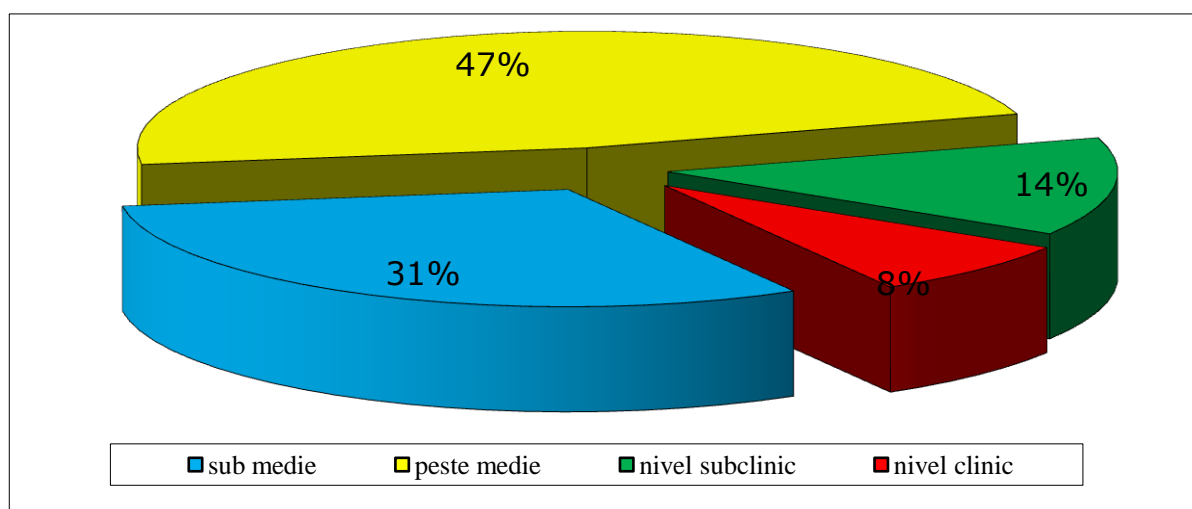


Figura 2.15. Rezultate obținute la aplicarea TSCC - Scala Depresie

Copii cu scoruri mari la scala *Furie* sunt cei care au dat răspunsuri peste 0 la itemii referitori la gânduri, sentimente sau comportamente agresive: se simt furioși sau răi, au sentimente de ură față de ceilalți, dificultăți de a-și stăpâni furia, au tendința de a avea un comportament violent verbal sau fizic cu ceilalți, sunt deseori implicați în certuri sau bătăi (*Figura 2.16*). Ei sunt văzuți de ceilalți ca fiind iritabili, ostili sau agresivi. Pot avea dificultăți la școală sau acasă datorită implicării în acte de agresiune, pot avea probleme în diverse contexte sociale datorită izbucnirilor de furie sau agresivitate față de semenii. Alții pot simți furie sau resentimente cu privire la episoadele anterioare de maltratare, de abandon sau comportamente percepute ca incorecte. Doar 4% dintre copii au fost identificați cu astfel de simptome la nivel clinic, iar 16% au manifestat simptomatologia la nivel subclinic.

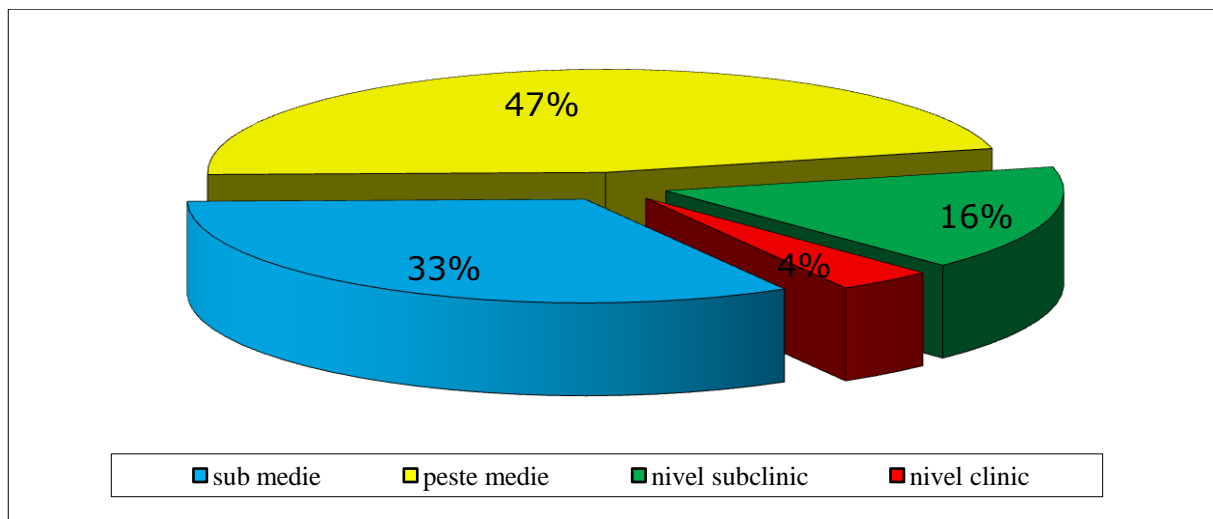


Figura 2.16 . Rezultate obținute la aplicarea TSCC - Scala Furie

Un procent de 75% dintre copiii evaluați cu TSCC au dat valori peste 0 la itemii referitori la gânduri intruzive, senzații și amintiri legate de evenimente dureroase petrecute în trecut, coșmaruri, teamă specifică de bărbați sau de femei și tendința de a evita gândurile negative și amintirile dureroase, depășind nivelul mediei populației. Dintre aceștia, 40 de subiecți (39%) au prezentat simptome de stres posttraumatic de nivel clinic și subclinic (Figura 2.17). Acești copii sunt adesea preocupați de evenimentele traumatiche trăite, descriu amintiri intruzive și retrăiesc la nivel senzorial acele evenimente. Aceste simptome le pot perturba funcționarea normală de zi cu zi, astfel rezultând distractibilitate, anxietate sau iritabilitate. Copiii cu scoruri ridicate la scala *Stres Posttraumatic* prezintă rumații, gânduri repetate legate de evenimentele trăite, se auto-învinovățesc sau își pot imagina cum ar fi putut fi evitat sau modificat evenimentul trăit.

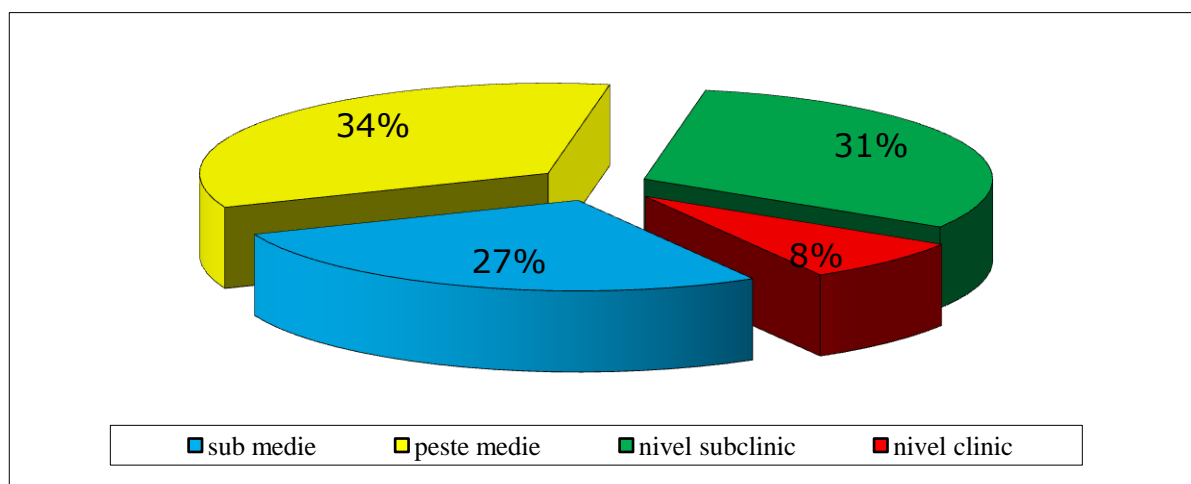


Figura 2.17. Rezultate obținute la aplicarea TSCC - Scala Stres Posttraumatic

Scala *Disociere* măsoară nivelul la care copiii abuzați prezintă simptomatologie disociativă, scorurile obținute fiind prezentate în *Figura 2.18*. Itemii acestei scale includ derealizarea, tendința de a nu se mai gândi la nimic, amortire emoțională, impresia că sunt altă persoană sau că sunt în altă locație, visul cu ochii deschiși, tulburări de memorie și evitare disociativă. Simptomatologia disociativă de nivel clinic sau subclinic a fost identificată la 8% dintre copiii investigați, doar într-un singur caz depășind pragul de semnificație clinică. Copiii cu scoruri înalte la această scală și, mai ales, la subscala *Overt Dissociation*, prezintă reacții reduse la mediul extern, detașare emoțională și o tendință de a evita sentimentele negative. Cei cu scoruri mai înalte la subscala *Fantasy* se refugiază în fantezie, ignorând lumea exterioară și solicitările acesteia, pentru a reduce durerea interioară. Simptomele disociative percepute ca negative implică în unele cazuri impresia de derealizare sau depersonalizare.

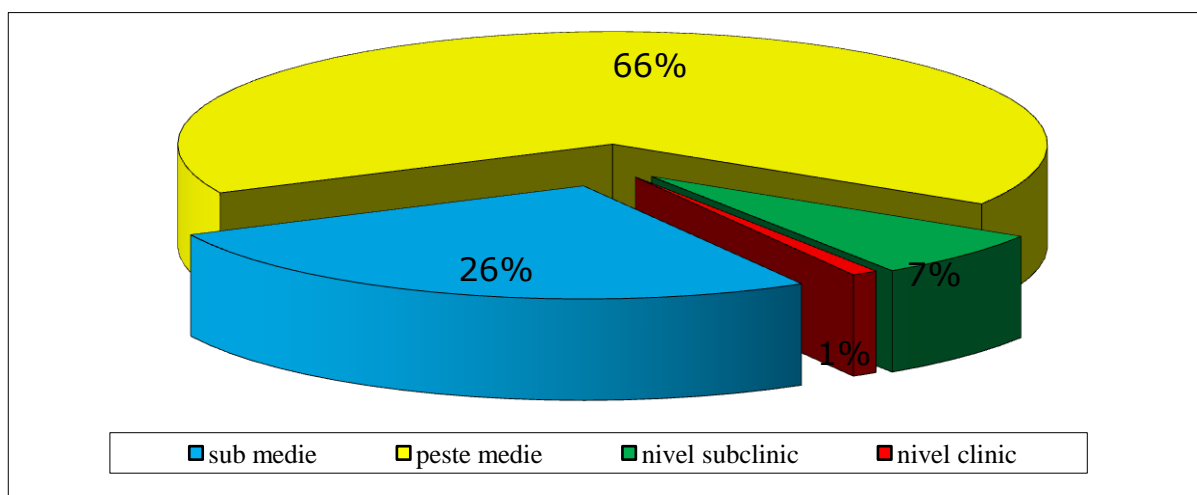


Figura 2.18. Rezultate obținute la aplicarea TSCC - Scala Disociere

Un număr de 5 copii au atins scoruri peste nivelul de semnificație la scala *Sexual Concerns*, fiind vorba despre cei cinci copii care au suferit un abuz sexual. Itemii la care acești copii au dat scoruri peste 0 sunt cei semnificativi pentru identificarea problematicei sexuale: gânduri sau senzații fizice cu conținut sexual, care nu sunt simptomatice în sine, dar sunt neobișnuite pentru vârsta și nivelul de dezvoltare psihică al copilului sau se întâmplă cu o frecvență prea mare; conflict sau gânduri nedorite legate de sex (de exemplu, itemul 23, „Mă gândesc la sex fără să vreau”); răspunsuri negative la stimuli cu conținut sexual (de exemplu, itemul 54, „Mă deranjează când alții vorbesc despre sex”); teamă de a nu fi exploatat sexual (itemul 23, „Nu am încredere în oameni pentru că aceștia ar putea să-și dorească relații sexuale”).

Scala *Sexual Concerns* prezintă două subscale: *Preocupări sexuale* și *Distres sexual*. Trei dintre copiii investigați au obținut scoruri înalte la subscala *Preocupări sexuale*, ceea ce semnifică faptul că sunt prematur sexualizați și că au suferit o traumă sexuală, unul dintre ei fiind

martor la acte sexuale petrecute între membri familiei, iar ceilalți doi fiind victima unor relații sexuale abuzive. Toți acești copii prezentau preocupări sexuale neobișnuite pentru vârsta lor și un comportament sexualizat în contexte neadecvate.

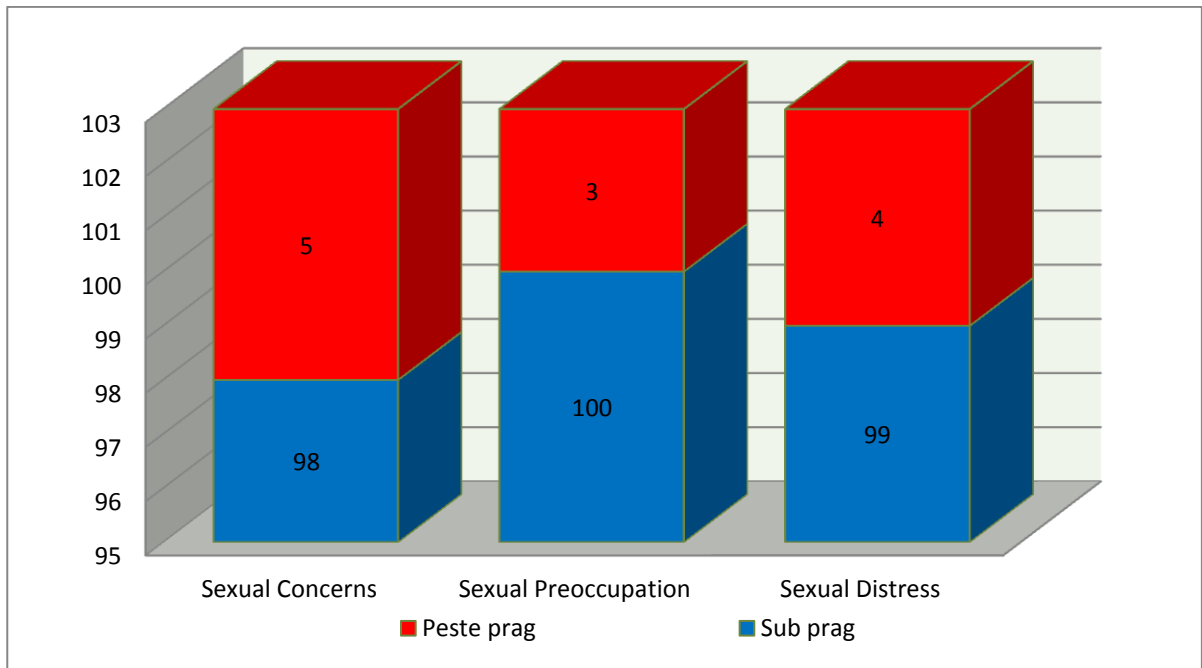


Figura 2.19. Rezultate obținute la aplicarea TSCC - Scala Sexual concerns

Patru copii au obținut scoruri înalte, peste pragul de semnificație, la subscala *Distres sexual*. Aceștia manifestau temeri legate de sexualitate și senzații fizice sau comportamente nedorite, ego-distonice, cu conținut sexual, fiind victime ale unei forme de abuz sexual.

Analizând corelațiile obținute în urma prelucrării statistice a rezultatelor la testul TSCC și tipurile de abuz (anexa 2, tabelul 10) se observă corelații pozitive semnificative, anxietatea fiind tulburarea emoțională întâlnită cel mai frecvent în cazul tuturor formelor de abuz sau neglijare, urmată de depresie și de simptome de stres posttraumatic. Astfel, cu cât este mai grav abuzul fizic asupra copiilor, cu atât sunt obținute scoruri mai mari la scala *Anxietate* ($r=0,444$, $p<0,01$), scala *Depresie* ($r=0,265$, $p<0,01$) și la scala *Stres posttraumatic* ($r=0,290$, $p<0,01$). De asemenea, apare un număr mare de *itemi critici* ($r=0,455$, $p<0,01$). Rezultate asemănătoare sunt obținute și în cazul copiilor care au suferit o formă de abuz emoțional, scorurile la scala *Anxietate* ($r=0,473$, $p<0,01$), scala *Depresie* ($r=0,564$, $p<0,01$), scala *Stres posttraumatic* ($r=0,505$, $p<0,01$) și numărul de *itemi critici* ($r=0,661$, $p<0,01$) crescând în funcție de gravitatea abuzului. Corelații pozitive se obțin și în ce privește scala *Furie* ($r=0,287$, $p<0,01$), scorurile acesteia crescând odată cu intensitatea abuzului emoțional. În cazul copiilor care au suferit o formă de abuz sexual, gravitatea acestuia corelează pozitiv cu scorurile la scalele *Anxietate* ($r=0,277$, $p<0,01$) și *Stres posttraumatic* ($r=0,272$, $p<0,01$), scala *Furie* ($r=0,208$, $p<0,05$) și la scalele caracteristice: *Sexual Concerns*

($r=0,381$, $p<0,01$), *Sexual Preoccupation* ($r=0,405$, $p<0,01$) și *Sexual distress* ($r=0,388$, $p<0,01$). În ceea ce privește neglijarea, se observă că gravitatea acesteia corelează, la fel ca și abuzul fizic și cel emoțional, cu rezultate ridicate la scala *Anxietate* ($r=0,264$, $p<0,01$) și scala *Depresie* ($r=0,370$, $p<0,01$) și un număr relativ crescut de *itemi critici* ($r=0,213$, $p<0,05$).

Prin aplicarea **CDI (Children Depression Inventory)** a fost evidențiată prezența și severitatea simptomatologiei depresive la copiii examinați (anexa 2, tabelul 8). Din *Figura 2.20* se observă că simptome depresive apar în cazul a 81% dintre copiii evaluați, în 61% din cazuri fiind observată o depresie ușoară, iar în 20% din cazuri o formă severă a depresiei.

Tabel 2.4.. Scorurile obținute la aplicarea CDI

		<i>CDI total</i>	<i>CDI Relații Inter-personale</i>	<i>CDI Sentimente Ineficiență</i>	<i>CDI Anhedonie</i>	<i>CDI Sub-estimare</i>
<i>N</i>	<i>Valid</i>	103	103	103	103	103
	<i>Missing</i>	0	0	0	0	0
	<i>Mean</i>	17,15	2,90	5,84	5,62	2,75
	<i>Minimum</i>	5	0	0	0	0
	<i>Maximum</i>	34	6	13	12	6

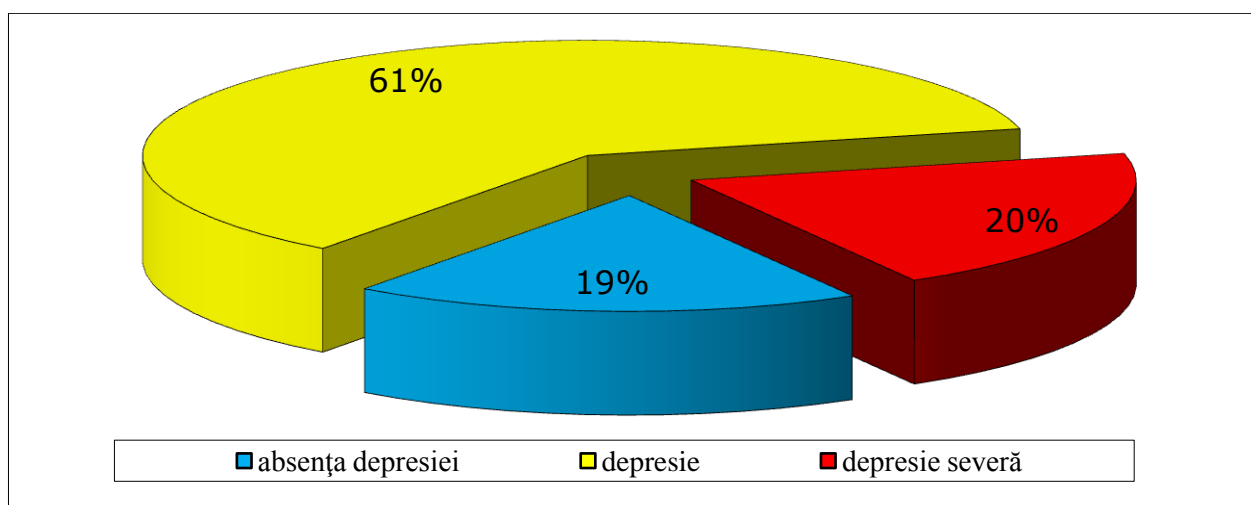


Figura 2.20. Rezultate obținute la aplicarea CDI - Scor total

Figura 2.20 prezintă scorurile obținute de copiii examinați la cele patru scale ale *CDI*. La scala *Dificultăți în relațiile interpersonale* au avut scoruri înalte 75% dintre participanții la studiu. Acești copii prezintă simptome precum: sentimente de singurătate și abandon, nu se simt iubiți, nu se simt în largul lor între colegii de școală, nu se înțeleg bine sau se ceartă cu persoanele din jurul lor, preferă singurătatea în cea mai mare parte a timpului.

Analiza rezultatelor la scala *Ineficiență* a evidențiat 74 de cazuri (72%) de copii care consideră că nu vor reuși nimic în viață, că nu pot face nimic bine, își fac griji din orice, au

dificultăți să se apuce de teme sau alte activități, au rezultate slabe la învățatură, se simt deseori obosiți.

Itemii scalei *Lipsa plăcerii (anhedonie)* la care subiecții examinați au dat răspunsuri cotate cu 1 sau 2 puncte se referă la prezența unor sentimente de tristețe, inferioritate și îngrijorare, neimplicarea în activități care să producă plăcere, episoade de plâns, tulburări ale somnului, lipsa poftei de mâncare, simptome somatice precum dureri sau junghiuri, lipsa energiei. În această situație au fost un număr de 81% dintre copiii examinați.

Scoruri ridicate la scala *Subestimare* au fost identificate la 72% din cazuri. Acești copii consideră că sunt vinovați de tot ceea ce li se întâmplă, sunt deseori indispuși, nu le place cum arată, nu se suportă și, în unele cazuri, prezintă ideeație suicidară.

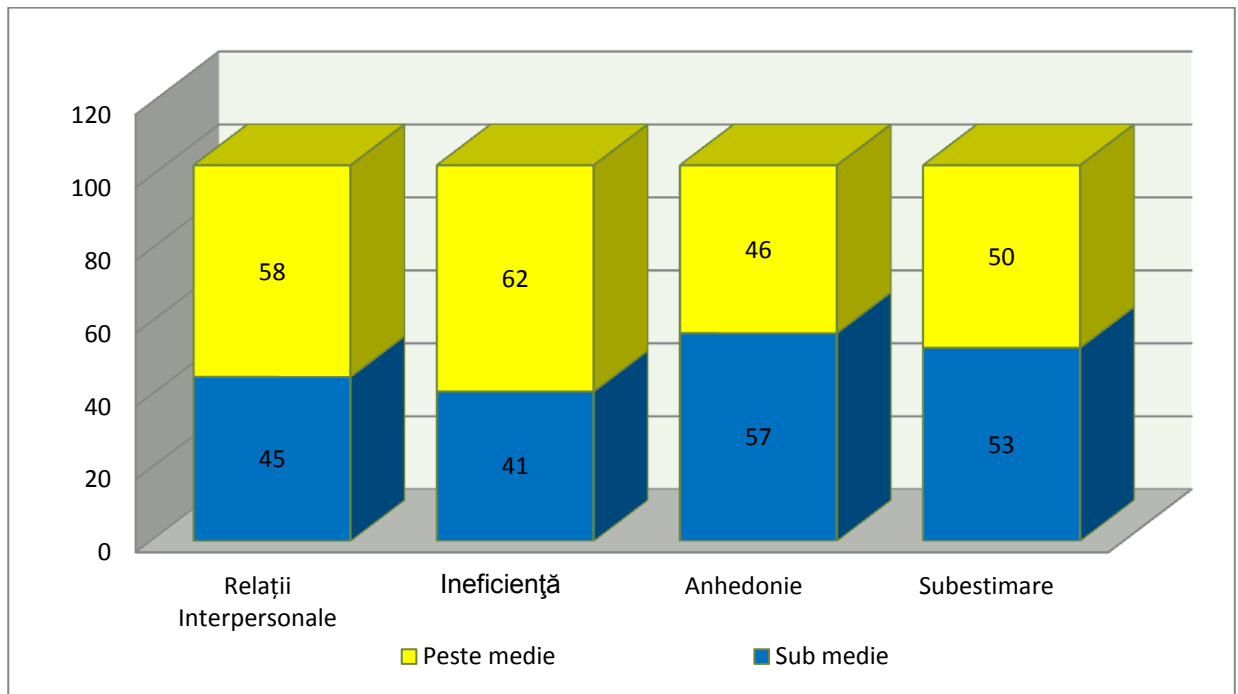


Figura 2.21. Răspunsuri la scalele CDI

Prin studiul de corelație, se evidențiază coeficienți de corelație pozitivi între tipul și gravitatea abuzului și neglijării și scorurile obținute la scalele testului *CDI* (anexa 2, tabelul 11), constatându-se astfel că, indiferent de modul de manifestare, abuzul și neglijarea duc la apariția unor simptome de tip depresiv. Cea mai puternică corelație apare în cazul copiilor supuși abuzului emoțional: *Total CDI* ($r=0,619$, $p<0,01$), scala *Relații Interpersonale* ($r=0,618$, $p<0,01$), scala *Sentimente de ineficiență* ($r=0,628$, $p<0,01$), scala *Anhedonie* ($r=0,517$, $p<0,01$), scala *Subestimare* ($r=0,450$, $p<0,01$). Pentru copiii aflați în situații în care predomină abuzul fizic, cel sexual sau neglijarea se remarcă valori de corelație pozitivă în principal la scalele *Relații Interpersonale*, *Anhedonie* și *Subestimare*.

Aplicarea **Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)** a condus la evidențierea simptomatologiei anxioase la copiii participanți la studiu (anexa 2, tabelul 7).

Tabel 2.5. Rezultatele obținute la aplicarea MASC

		<i>MASC Total</i>	<i>MASC Simptome fizice</i>	<i>MASC Tensiune/ Neliniște</i>	<i>MASC Somatic/ Vegetativ</i>	<i>MASC Evitarea lezării</i>	<i>MASC Perfectio- nism</i>
<i>N</i>	<i>Valid</i>	103	103	103	103	103	103
	<i>Missing</i>	0	0	0	0	0	0
	<i>Mean</i>	42,87	9,88	4,89	4,99	15,86	7,24
	<i>Std. Deviation</i>	13,146	4,402	2,384	2,277	4,430	2,140
	<i>Minimum</i>	35	14	44	45	19	34
	<i>Maximum</i>	83	80	78	75	67	67

		<i>MASC Coping Anxios</i>	<i>MASC Anxietate sociala</i>	<i>MASC Umilire/ Respingere</i>	<i>MASC Frica de performanta</i>	<i>MASC Separare Panica</i>	<i>MASC Indexul Tulburării Anxioase</i>
<i>N</i>	<i>Valid</i>	103	103	103	103	103	103
	<i>Missing</i>	0	0	0	0	0	0
	<i>Mean</i>	8,62	9,64	5,40	4,24	7,49	11,15
	<i>Std. Deviation</i>	2,466	3,602	2,298	1,624	2,736	3,563
	<i>Minimum</i>	35	43	40	48	38	18
	<i>Maximum</i>	70	81	80	78	83	74

Pentru a putea interpreta rezultatele obținute la chestionarul MASC, ținând cont că pot apare o serie de distorsiuni, trebuie ca profilul să fie valid. Unii subiecți au tendința de a subestima sau raporta în mod redus anxietatea, pentru a-și crea o imagine de sine favorabilă; alții tind să raporteze în mod excesiv simptomele anxioase. De asemenea, trebuie ținut cont de posibilitatea subiecților examinați de a oferi răspunsuri aleatoare.

Gradul de inconsistență a răspunsurilor este dat de *Indicele de Inconsistență*, care se obține prin compararea răspunsurilor date de subiect la opt perechi de itemi. Scorul *Indicelui de Inconsistență* se obține prin calcularea valorii absolute a diferențelor în răspunsurile la fiecare pereche și prin însumarea celor opt diferențe. Un anumit grad de inconsistență este normal și așteptat, deoarece există diferențe subtile în exprimare între itemii fiecărei perechi. Pentru copiii participanți la examinare, scoruri mai mari sau egale cu 12 sunt considerate atipice din punctul de vedere al consistenței răspunsurilor.

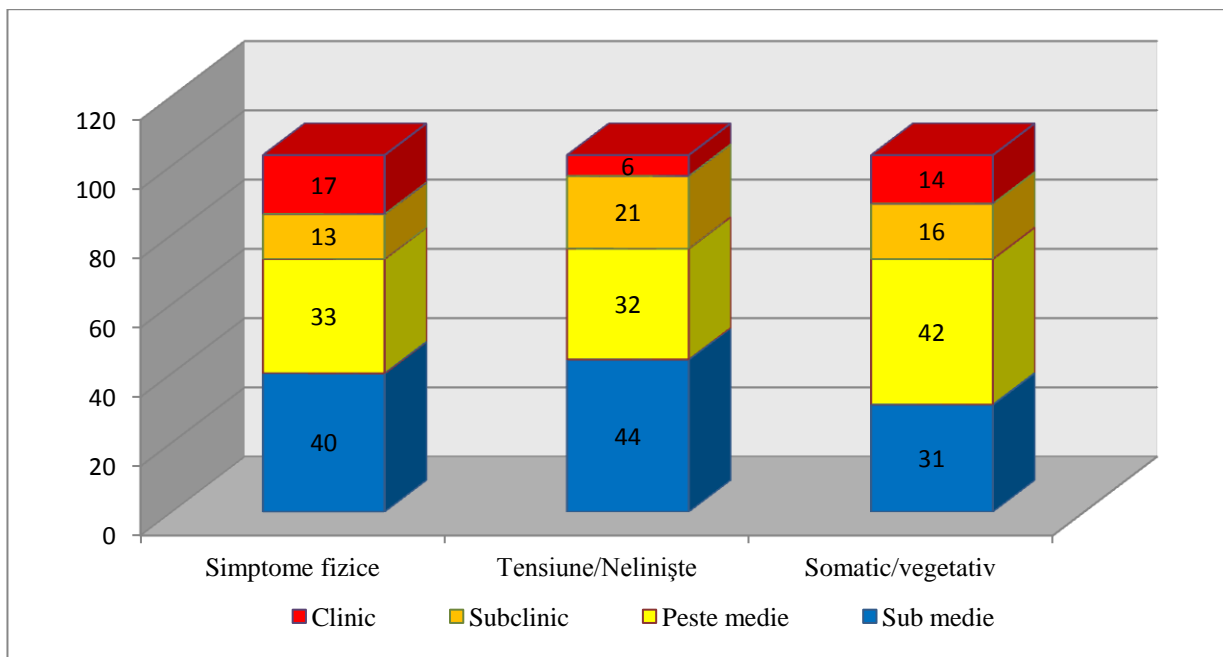


Figura 2.22 . Rezultate obținute la scala MASC - Simptome Fizice

La Scala de *Simptome fizice*, 29% dintre subiecți (30 cazuri) au obținut rezultate ce semnifică prezența unor simptome de nivel clinic sau subclinic: senzații de tensiune, amețeală, rău de la stomac, tremurături, transpirație și bătăi accelerate ale inimii. La 40% dintre copiii investigați s-au observat scoruri sub medie.

Scala *Simptome Fizice* este constituită din două subscale, *Tensiune / Neliniște* și *Somatic/Vegetativ*. La prima subscală, *Tensiune/Neliniște*, au obținut scoruri semnificative clinic 6% dintre subiecții investigați, în timp la 20% din cazuri scorurile au fost de nivel subclinic. Acești copii au oferit un punctaj înalt (2 sau 3 puncte) la itemi relevanți pentru senzația de tensiune, precum: „mă simt tensionat sau nervos”, „tremur sau am stări de neliniște”, „mă sperii ușor”, „mă simt neliniștit și tensionat”, „îmi tremură mâinile”. Un număr de 44 subiecți au avut scoruri sub medie.

Subscala *Somatic / Vegetativ* se referă la simptomele somatice caracteristice copiilor cu un nivel crescut de anxietate. Astfel, dintre subiecții investigați, 29% au susținut prezența frecventă a unor senzații fizice precum: senzația de tăiere a respirației, amețeală sau stări de leșin, dureri în piept, bătăi accelerate ale inimii, rău de la stomac, transpirația palmelor sau senzația de mâini reci.

În ceea ce privește rezultatele la Scala de *Evitare a lezării*, se remarcă 30% dintre copii care încearcă din răspuțeri să asculte de părinți sau profesori și să facă totul așa cum li se cere, și care verifică mereu dacă nu au făcut ceva rău. Această scală are două subscale ce diferențiază între *perfecționism* și *coping-ul anxious*.

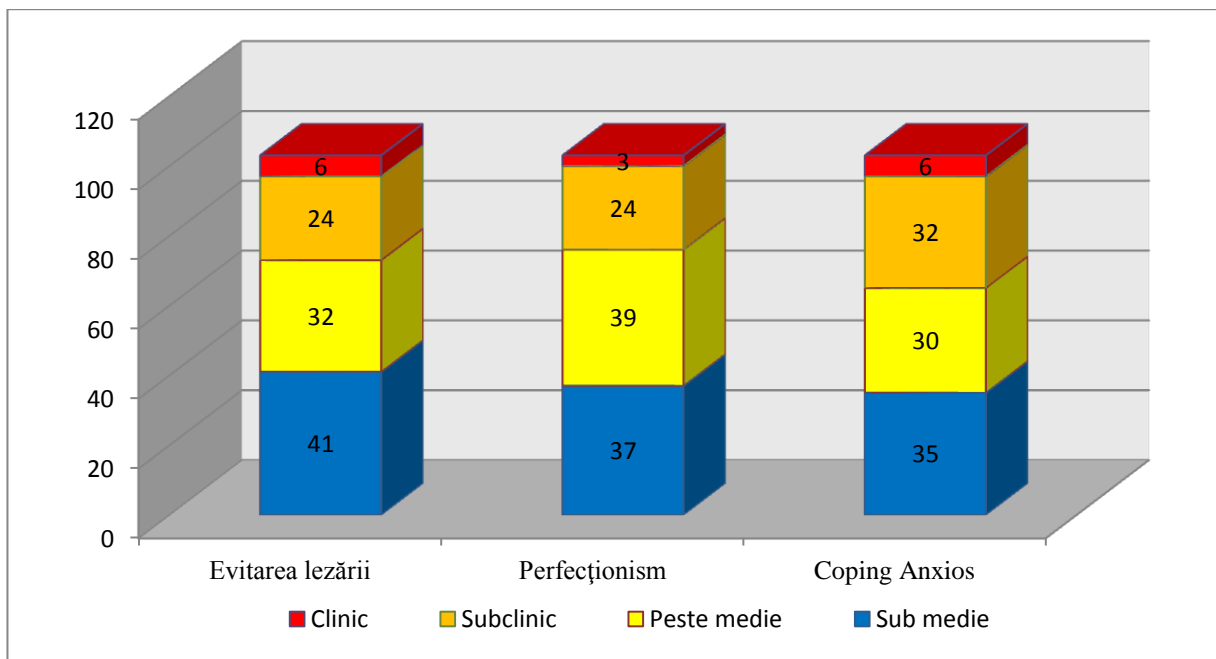


Figura 2.23. Rezultate obținute la scala MASC – Evitarea lezării

La subscala *Perfecționism* 30% dintre copiii examinați au răspuns pozitiv la întrebări referitoare la a cere permisiunea pentru a face un lucru, a încerca din răsuputeri să asculte de părinți sau profesori, a încerca să le facă pe plac celorlalți, să facă totul așa cum li se cere. Aceste comportamente îi ajută să evite conflictele ce ar putea apare în caz contrar, în relația cu părinții sau profesorii pe care îi percep ca fiind hiperautoritari sau agresivi.

Scoruri înalte la subscala *Coping anxios* au fost obținute de 27% dintre subiecți, care relatează comportamente anxioase, precum: a fi tot timpul atent la pericolele din jur, a verifica întotdeauna înainte de a face ceva sau a verifica pentru a se convinge că lucrurile sunt sigure, evitarea lucrurilor care i-ar putea supăra sau întrista.

Scala de *Anxietate Socială* este, la rândul său, compusă din două subscale: *Umilire/Respingere* și *Frica de performanță*. Copiii cu scoruri înalte la această scală afirmă că își fac frecvent griji că ceilalți vor râde de ei sau își vor bate joc de ei, că vor trebui să răspundă la oră sau că vor trebui să vorbească în public. 32% dintre copiii examinați au obținut scoruri de nivel clinic sau subclinic la această scală.

La subscala *Umilință / Respingere* au obținut scoruri de nivel clinic 17% dintre subiecții examinați, în timp ce scoruri de nivel subclinic s-au înregistrat la 16% din cazuri, fiind subscala cu cele mai ridicate rezultate. Copiii au dat răspunsuri cotate cu un punctaj înalt la afirmații de tipul: „mă îngrijorez că ceilalți oameni râd de mine”, „îmi e teamă că ceilalți copii își vor bate joc de mine”, „mă tem că alți oameni vor crede că sunt prost (proastă)”, „mă îngrijorez

cu privire la ceea ce alți oameni gândesc despre mine”, „mă îngrijorez că voi face ceva stupid sau jenant”.

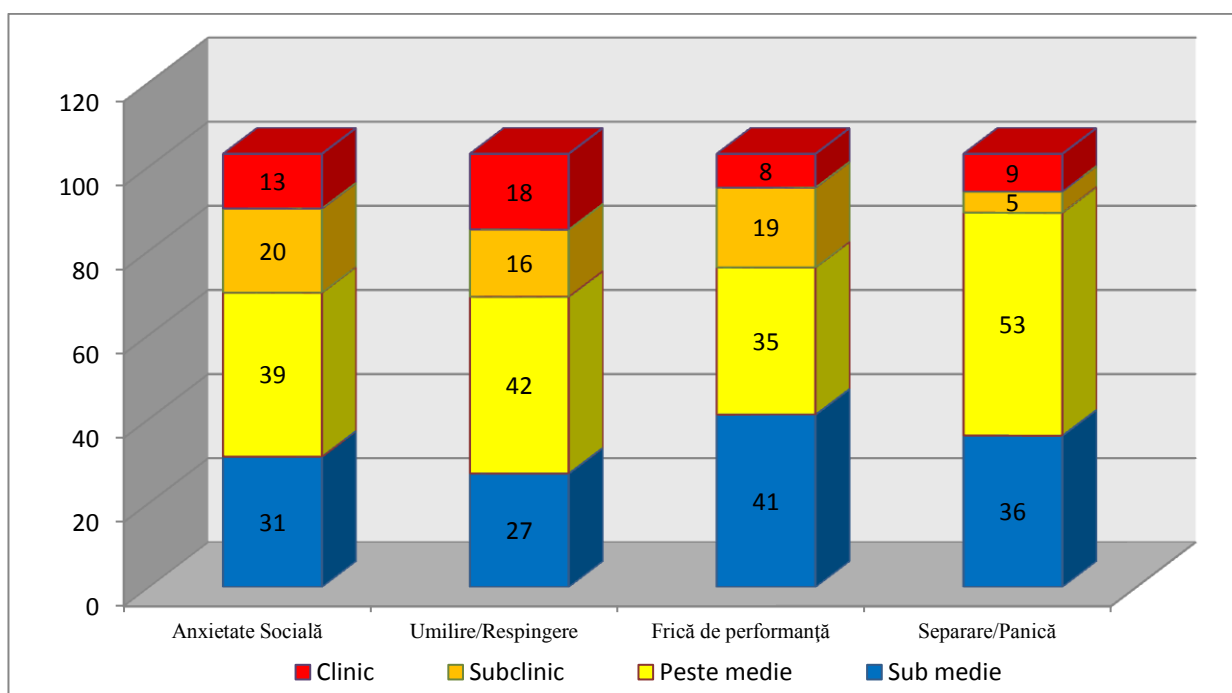


Figura 2.24. Rezultate obținute la scala MASC – Anxietate socială

Itemii subscalei *Frică de performanță* se referă la teama de a nu greși sau a nu face lucruri care să îi pună într-o situație jenantă față de ceilalți. Astfel, 26% dintre copii au avut scoruri înalte la această subscală, oferind 2 sau 3 puncte la afirmații precum: „mă îngrijorez că o să mi se ceară să răspund la oră”, „devin nervos (nervoasă) dacă trebuie să prezint ceva în public”, „îmi este greu să le cer celorlalți copii să se joace cu mine” sau „simt că sunt rușinos (rușinoasă)”.

Următoarea scală a testului este cea care se referă la *Separare/Panică*. Copiii cu scoruri mari la această scală relatează că se sperie când sunt singuri sau într-o situație nefamilială și că preferă să stea alături de o persoană cunoscută. Subiecții care au dat scoruri înalte la această scală – 14% - prezintă simptome caracteristice anxietății de separare, cum sunt: se sperie când părinții sunt plecați de acasă, îi sperie ideea de a pleca singuri într-o tabără, încearcă să stea lângă mama sau tata, solicită să doarmă cu lumina aprinsă sau cu un membru al familiei (frecvent mama), evită să plece în călătorii sau să meargă într-o vizită în absența unui membru al familiei, evită vizionarea unor programe TV sau filme care îi sperie, le este teamă să meargă cu mașina sau autobuzul, au frici specifice (fobii), fiindu-le teamă de vremea rea, întuneric, înălțime, animale sau unele insecte.

Scala de *Anxietate Totală* însumează scorurile obținute la toate cele patru scale (Figura 2.25). Dintre subiecții examinați, 28% (29 cazuri) au obținut un scor sub media populației, 38%

(39 cazuri) un scor peste medie, 16% (16 cazuri) au prezentat unele simptome de anxietate, iar 18% (19 cazuri) prezintă simptome de anxietate la un nivel semnificativ clinic.

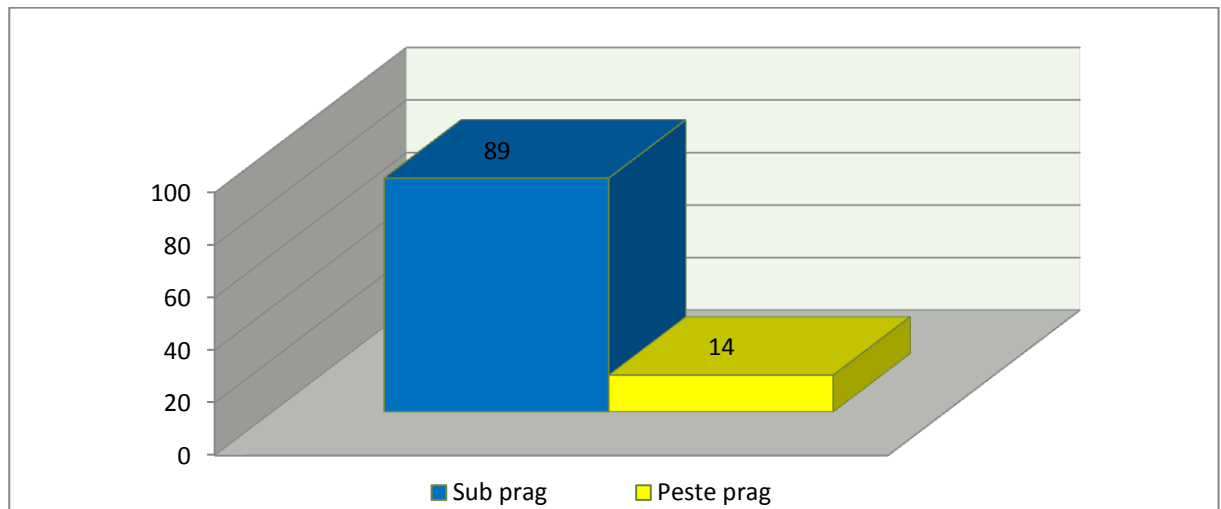


Figura 2.25. Rezultate obținute la scala MASC - Indicele Tulburărilor Anxioase

Indexul Tulburărilor Anxioase distinge între subiecții ce primesc un diagnostic de tulburare anxioasă și cei care nu primesc un astfel de diagnostic, fiind vorba de copii care resimt niveluri ale anxietății la un nivel semnificativ clinic. Se remarcă faptul că 14 copii au obținut scoruri T peste 65 la această scală, ceea ce semnifică faptul că pot prezenta simptome circumscrise unui diagnostic de tulburare anxioasă.

În ceea ce privește relația dintre tipul, gravitatea maltratării, nivelul și tipul simptomelor anxioase, se remarcă o corelație pozitivă între variabilele analizate, nivelul de anxietate crescând odată cu gravitatea maltratării (anexa 2, tabelul 12). Astfel, apar corelații pozitive între scorul *Total MASC* și *abuzul fizic* ($r=0,409$, $p<0,01$), *abuzul emoțional* ($r=0,492$, $p<0,01$), *abuzul sexual* ($r=0,201$, $p<0,01$), *neglijare* ($r=0,315$, $p<0,01$). În ceea ce privește *Indexul Tulburărilor Anxioase*, scorurile înalte la această scală corelează pozitiv cu gravitatea *abuzului emoțional* ($r=0,520$, $p<0,01$), dar și cu cea a *abuzului fizic* ($r=0,388$, $p<0,01$) și a *neglijării* ($r=0,328$, $p<0,01$), relevând posibilitatea crescută ca un copil ce a suferit respectivele tipuri de maltratare să fie diagnosticat cu o formă de tulburare anxioasă.

Analizând corelațiile dintre scorurile la diversele scale ale testului și tipul și gravitatea maltratării, se remarcă o serie de corelații pozitive, care oferă date cu privire la tipul de anxietate predominant în funcție de tipul de abuz.

Astfel, intensitatea *abuzului fizic* corelează pozitiv cu scalele *Simptome fizice* ($r=0,347$, $p<0,01$), *Evitarea lezării* ($r=0,348$, $p<0,01$), *Anxietate socială* ($r=0,328$, $p<0,01$) și *Separare/Panică* ($r=0,292$, $p<0,01$); *abuzul emoțional* corelează pozitiv cu scalele *Simptome fizice* ($r=0,479$, $p<0,01$), *Evitarea lezării* ($r=0,532$, $p<0,01$), *Anxietate socială* ($r=0,250$, $p<0,01$)

și *Separare/Panică* ($r=0,353$, $p<0,01$); *neglijarea* corelează pozitiv cu scalele *Simptome fizice* ($r=0,307$, $p<0,01$), *Evitarea lezării* ($r=0,305$, $p<0,01$), *Anxietate socială* ($r=0,314$, $p<0,01$) și *Separare/Panică* ($r=0,250$, $p<0,05$). Se observă că, în cazul copiilor victime ale tipurilor de maltratare menționate, anxietatea se poate manifesta prin diverse forme, intensitatea acesteia fiind mai mare în cazul copiilor supuși abuzului emoțional. *Abuzul sexual* corelează pozitiv cu scala *Simptome fizice* ($r=0,234$, $p<0,01$), ceea ce arată că, în cazul acestor copii, anxietatea se manifestă în principal prin tensiune și neliniște, la nivel somatic, vegetativ.

Prin aplicarea **Interviului Clinic Structurat pentru DSM-IV, versiunea pentru Copii (KID-SCID)** am urmărit identificarea gradului în care simptomele observate în cazul copiilor evaluați întrunesc nivelul necesar pentru stabilirea unui diagnostic psihiatric, în conformitate cu *DSM-IV*. În cazurile în care a fost identificat un astfel de diagnostic, copiii au fost îndrumați către cabinetul de psihiatrie infantilă, pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului și, eventual, tratament de specialitate. A fost investigată intensitatea simptomelor pentru următoarele tulburări psihice: Episod depresiv major, Tulburare distimică, Anxietate de separare, Fobie socială, Tulburare de stres posttraumatic, Tulburare obsesiv-compulsivă, Anxietate generalizată, Panică și Tulburare de adaptare.

Din analiza rezultatelor obținute (anexa 2, tabelul 6), se remarcă faptul că, în general, copiii evaluați nu prezintă un nivel al simptomelor care să depășească pragul la care, conform manualului testului, se poate stabili un diagnostic DSM.

Totuși, în anumite cazuri, nivelul simptomelor raportate de copiii evaluați a depășit nivelul prag, fiind satisfăcute criteriile pentru următoarele tulburări psihice: Episod depresiv major (2 cazuri), Tulburare distimică (4 cazuri), Tulburare de adaptare (4 cazuri), Anxietate de separare (2 cazuri), Tulburare de stres posttraumatic (2 cazuri), Anxietate generalizată (1 caz).

Simptome ale *Episodului Depresiv Major* au fost identificate la 80 de copii, dar tulburarea nu a fost diagnosticată decât în 2 cazuri. *Tulburarea Distimică* a fost identificată în 4 cazuri, simptome sub nivelul prag fiind evidențiate în 82 de cazuri. Cele mai multe cazuri au fost întâlnite la copiii la care predomina abuzul emoțional. Copiii prezintă dispoziție depresivă sau iritabilă cea mai mare parte a zilei, însoțită în multe cazuri de o diminuare a interesului sau plăcerii pentru activitățile pe care înainte le considera distractive. Apetitul este în cele mai multe cazuri redus, rareori fiind, din contră, ridicat pentru anumite alimente (ex. dulciuri), ducând la modificări ale greutateii. Deseori apar tulburări de somn, caracterizate în principal prin insomnie sau, mai rar, prin hipersomnie. Copiii prezintă simptome precum agitația psihomotorie, scăderi ale energiei, fatigabilitate, sentimente de culpă, inutilitate sau disperare, stimă de sine scăzută,

capacitate de concentrare scăzută sau dificultatea de a lua decizii, ideea suicidară sau chiar tentative de suicid.

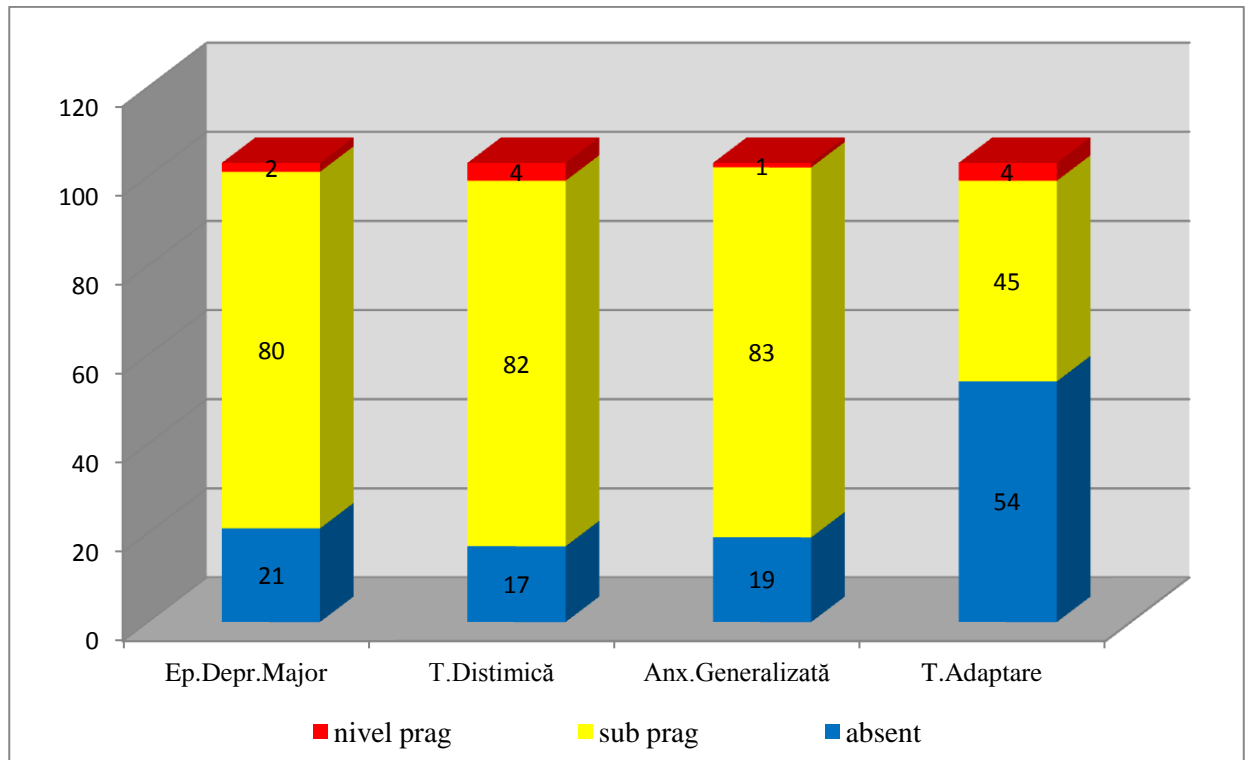


Figura 2.26. Diagnostice DSM asociate abuzului sau neglijării: Episod depresiv major, Tulburare distimică, Anxietate generalizată, Tulburare de adaptare

Tulburarea de Stres Posttraumatic a fost identificată în doar două cazuri, deși simptomele caracteristice acestei tulburări au fost evidențiate în 43 de cazuri. Numărul mic de cazuri diagnosticate este datorat faptului că nivelul abuzului nu a atins intensitatea cerută de DSM (natura extremă, periclitatea vieții): *un eveniment sau evenimente care au implicat moartea efectivă, amenințarea cu moartea ori o vătămare serioasă sau o periclitate a integrității corporale proprii ori a altora*. Copiii prezintă simptome anxioase, uneori un comportament agitat sau dezorganizat, reexperientarea evenimentului prin amintiri recurente și intruzive (imagini, gânduri sau percepții), vise terifiante sau cu subiect legat de evenimentul traumatic, sentimentul de retrăire a experienței, iluzii, halucinații, flashback-uri, sau, în unele cazuri, reconstituirea abuzului prin joc. Deseori este evidențiat distres și reactivitate fiziologică la expunerea la stimuli care simbolizează sau seamănă cu un aspect al abuzului, ajungând la evitarea oricărui stimuli asociați cu trauma: evită gândurile, sentimentele sau conversațiile asociate cu abuzul, activități, locuri sau persoane care deșteaptă amintiri ale abuzului, incapacitatea de a evoca unele aspecte ale traumei Apar, de asemenea, paralizia reactivității generale și simptome de excitație crescută: tulburări de somn, iritabilitate, dificultate de concentrare, hipervigilantă, răspuns de tresărire

exagerat. Simptomele de stres posttraumatic sunt caracteristice copiilor ce au suferit o formă de abuz, fiind rar întâlnite la cei neglijăți.

Simptomele caracteristice *Anxietății Generalizate* apar în 83 de cazuri, dar tulburarea nu este diagnosticată decât la un singur copil. Ele apar concomitent cu cele de tip depresiv sau de stres posttraumatic. Copiii cu *Anxietate generalizată* prezintă simptome de anxietate excesivă referitoare la unele evenimente sau activități nefocalizate specific, așa cum sunt în cazul altor tulburări anxioase, precum panica, fobia socială, tulburarea obsesiv-compulsivă sau anxietatea de separare. Aceste simptome anxioase sunt însoțite de neliniște, fatigabilitate, dificultate de concentrare, tensiune musculară și tulburări ale somnului. Copiii sunt îngrijorați, neliniștiți, își fac nenumărate griji de intensitate nejustificată, pe care nu le pot controla, legate de felul cum sunt percepuți de ceilalți, de performanțele școlare.

Tulburarea de Adaptare este diagnosticată în cazul a patru copii din lotul investigat, iar simptome caracteristice acesteia au fost identificate în 45 de cazuri. Copiii prezintă o detresă marcată însoțită de o deteriorare semnificativă în funcționarea socială sau școlară, urmare a expunerii la o formă de abuz. Diferența dintre *Tulburarea de Stres Posttraumatic* și *Tulburarea de Adaptare* o constituie intensitatea stresorului, care trebuie să fie extrem, în cazul *Stresului posttraumatic*, pentru *Tulburarea de Adaptare* putând avea orice severitate.

Anxietatea de Separare este diagnosticată în două cazuri de copii maltratați; simptomele acestei tulburări apar la 49 de copii, cărora le este frică excesiv dacă sunt separați de casă sau de persoana de atașament. Se întâlnește la copiii la care maltratarea a dus la tulburarea atașamentului, aceștia prezentând teama de a nu se pierde sau de a fi răpiți și de a nu-și mai vedea niciodată părinții, având o teamă excesivă și persistentă în legătură cu pierderea sau posibila vătămare care s-ar putea întâmpla persoanelor de atașament major sau că un eveniment nefericit ar putea duce la separarea de o astfel de persoană. Copiilor le este teamă de a merge singuri departe de casă, la școală, în vacanță, să meargă să doarmă în casa unor prieteni. Ei sunt incapabili să stea sau să meargă singuri prin cameră și prezintă uneori un comportament "adeziv", stând lipiți de părinți sau urmărindu-i ca o umbră. Acești copii au dificultăți când trebuie să meargă la culcare și uneori insistă să stea cineva cu ei până adorm sau se trezesc în timpul nopții și merg în camera părinților. Uneori prezintă coșmaruri care au ca subiect frica specifică separării și acuză simptome somatice premergătoare separării sau în momentul acesteia: dureri de stomac, de cap, grețuri, vărsături.

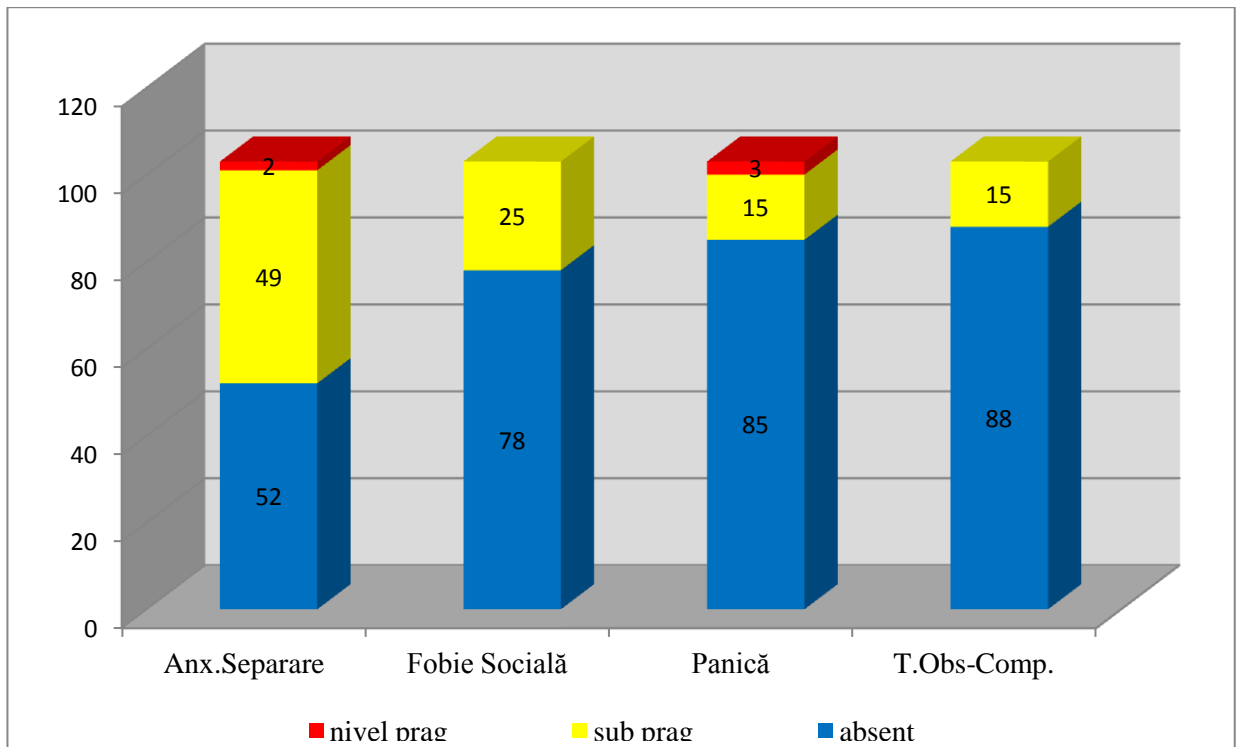


Figura 2.27. Diagnostiche DSM asociate abuzului sau neglijării: Anxietate de separare, Fobie socială, Panică, tulburare obsesiv-compulsivă

Copiii ce prezintă simptome de *Fobie Socială* prezintă o teamă marcantă și persistentă de situații sociale sau de performanță, manifestată prin exclamații, accese coleroase sau retragere din situațiile sociale cu persoane nefamiliale. Au fost identificați 25 de copii ce prezintă la diferite niveluri astfel de simptome. Nu este vorba aici despre teama de locuri sau persoane care îi amintesc despre un eveniment traumatic, astfel cum se întâmplă în cazul *Tulburării de Stres Posttraumatic*. Consecința a abuzului fizic sau emoțional, copiii prezintă teama de a nu fi umiliți sau batjocoriți în public, evită să vorbească în fața clasei, să meargă în diverse locuri împreună cu alți copii, manifestând anxietate, teamă, palpitații, transpirații etc. atunci când sunt confrunțați cu situația fobogenă.

Panica reprezintă prezența de atacuri de panică inopinate, recurente, care nu sunt asociate de către copil cu un declanșator situațional. Copiii ce au trăit atacuri de panică le descriu ca fiind perioade de timp în care simt frică sau disconfort intens, alături de o serie de simptome cognitive sau somatice: palpitații, tremor, transpirație, senzația de scurtare a respirației sau de strangulare, senzația de sufocare, durere sau disconfort precordial, greață sau detresă abdominală, amețeli sau vertij, derealizare sau depersonalizare, frica de a nu-și pierde controlul sau de a nu înnebuni, frica de moarte, frisoane sau valuri de căldură. În trei cazuri au fost diagnosticate astfel de atacuri de panică, copiii prezentând 4 sau mai multe simptome din cele prezentate anterior; în alte 15 cazuri au fost identificate atacuri cu simptome limitate,

având mai puțin de 4 simptome somatice sau cognitive. Diagnosticul este pus doar pentru atacurile care apar inopinat, din senin, cele circumscrise sau predispuse situațional apărând în contextul altor tulburări (fobie socială, stres posttraumatic, anxietate generalizată).

Tulburarea Obsesiv-Compulsivă nu a fost diagnosticată la nici unul dintre copiii evaluați. Totuși, 15 dintre ei prezintă simptome caracteristice acestei tulburări: obsesii (idei, gânduri, impulsuri sau imagini persistente care sunt trăite ca intrusiv și inadecvate și care cauzează o anxietate sau detresă marcată) și compulsiile, comportamente repetitive suficient de severe (spălatul mâinilor, ordonatul, verificatul) sau acte mentale (numărat, repetarea de cuvinte), având scopul de a reduce anxietatea.

Analizând corelațiile dintre gravitatea abuzului și prezența simptomelor unei tulburări psihice (anexa 2, tabelul 14) s-au evidențiat corelații pozitive între intensitatea abuzului fizic și *Anxietatea de separare* ($r=0,232$, $p<0,05$), *Fobia socială* ($r=0,234$, $p<0,05$), *Stresul posttraumatic* ($r=0,367$, $p<0,01$), *Tulburarea de adaptare* ($r=0,211$, $p<0,05$). Cele mai multe corelații pozitive apar în situațiile de abuz emoțional, gravitatea acestuia fiind direct proporțională cu apariția simptomelor de *Tulburare distimică* ($r=0,249$, $p<0,05$), *Depresie* ($r=0,388$, $p<0,01$), *Anxietate de separare* ($r=0,311$, $p<0,01$), *Stres posttraumatic* ($r=0,393$, $p<0,01$), *Panică* ($r=0,281$, $p<0,01$), și *Tulburare de adaptare* ($r=0,247$, $p<0,05$). În ceea ce privește abuzul sexual, a fost evidențiată o corelație pozitivă cu prezența simptomelor de *Stres Posttraumatic* ($r=0,197$, $p<0,05$), iar neglijarea corelează pozitiv cu *Tulburarea distimică* ($r=0,201$, $p<0,05$).

Aplicarea **Testului Arborelui** evidențiază o serie de elemente grafice caracteristice pentru trăsăturile urmărite, în cercetarea de față considerând ca fiind semnificativ un număr de elemente grafice peste media fiecărei trăsături (anexa 2, tabelul 8).

Tabel 2.6. Rezultate obținute la aplicarea Testului Arborelui

	<i>DAT</i> <i>Trauma</i>	<i>DAT</i> <i>Depresie</i>	<i>DAT</i> <i>Anxietate</i>	<i>DAT</i> <i>Stima de sine</i>	<i>DAT</i> <i>Agresivitate</i>	<i>DAT</i> <i>Nervozitate</i>
<i>N Valid</i>	103	103	103	103	103	103
<i>Missing</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Mean</i>	1,26	2,66	3,66	2,68	2,40	3,60
<i>Std. Deviation</i>	1,057	1,882	3,018	1,822	2,277	2,691
<i>Minimum</i>	0	0	0	0	0	0
<i>Maximum</i>	3	7	10	7	9	9

Astfel, în urma analizării desenelor copiilor, se remarcă un număr crescut de elemente grafice corespunzător următoarelor trăsături: prezența unei *traume* (71 cazuri), *depresie* (61 cazuri), *anxietate* (69 cazuri), *stima de sine* (54 cazuri), *agresivitate* (44 cazuri), *nervozitate* (59 cazuri).

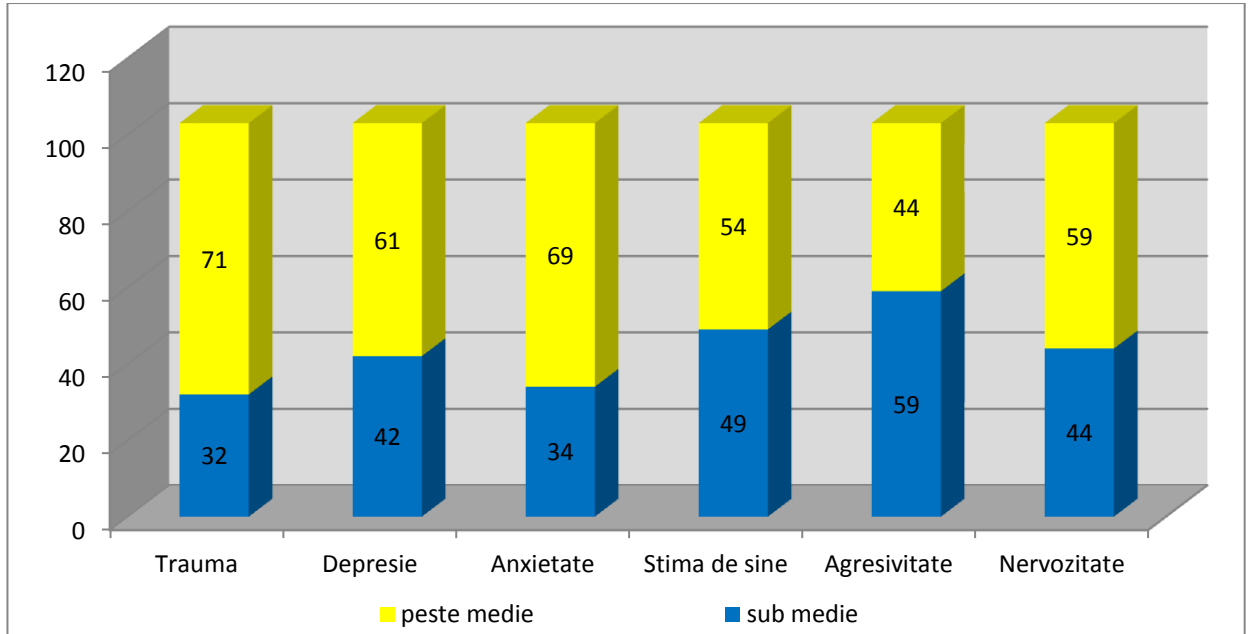


Figura 2.28. Rezultate obținute la aplicarea Testului Arborelui

Prin analiza corelațiilor dintre tipul și gravitatea abuzului și numărul de elemente grafice semnificative (anexa 2, tabelul 13) se remarcă o serie de corelații pozitive, între *abuzul fizic* și elemente specifice pentru *trauma* ($r=0,421$, $p<0,01$), *depresie* ($r=0,272$, $p<0,01$), *anxietate* ($r=0,412$, $p<0,01$), *stima de sine* ($r=0,219$, $p<0,05$), *nervozitate* ($r=0,424$, $p<0,01$); *abuzul emoțional* și *trauma* ($r=0,584$, $p<0,01$), *depresie* ($r=0,543$, $p<0,01$), *anxietate* ($r=0,439$, $p<0,01$), *stima de sine* ($r=0,398$, $p<0,01$), *agresivitate* ($r=0,319$, $p<0,01$), *nervozitate* ($r=0,488$, $p<0,01$); între *neglijare* și *depresie* ($r=0,269$, $p<0,01$), *anxietate* ($r=0,235$, $p<0,05$), *stima de sine* ($r=0,358$, $p<0,01$), *nervozitate* ($r=0,217$, $p<0,05$).

Se observă că aplicarea Testului Arborelui oferă suficiente date care să permită evaluarea abuzului și neglijării, fapt constatat și din analiza corelațiilor între numărul de elemente grafice și scorurile obținute la scalele testelor aplicate. Astfel, au fost obținute corelații pozitive între scalele testelor psihometrice și prezența și numărul de elemente corespunzătoare parametrului urmărit la Testul Arborelui: *depresie* și *TSCC-Depresie* ($r=0,514$, $p<0,01$), *CDI* ($r=0,588$, $p<0,01$); *anxietate* și *TSCC-Anxietate* ($r=0,617$, $p<0,01$), *MASC* ($r=0,558$, $p<0,01$); *agresivitate* și *TSCC-Furie* ($r=0,579$, $p<0,01$); *nervozitate* și *MASC* ($r=0,595$, $p<0,01$). De asemenea, se remarcă faptul că prezența și numărul elementelor grafice semnificative pentru evidențierea unei *traume* corelează

pozitiv cu scorurile la scalele *TSCC-Anxietate* ($r=0,398$, $p<0,01$), *TSCC-Depresie* ($r=0,343$, $p<0,01$), *TSCC-Furie* ($r=0,238$, $p<0,05$), *MASC* ($r=0,308$, $p<0,01$), *CDI* ($r=0,335$, $p<0,01$), punând în vedere faptul că prezența unui abuz este asociată cu simptome anxioase, depresive și niveluri ridicate ale furiei (anexa 2, tabelul 15).

Prin aplicarea *YSQ (Young Schema Chestionary)* am urmărit identificarea schemelor dezadaptative apărute în urma abuzului și neglijării, la copiii examinați. Au fost luați în calcul itemii la care copilul a oferit răspunsuri 5 sau 6 puncte (anexa 2, tabelul 9).

Tabelul 2.7. Rezultate obținute la aplicarea *YSQ*

		<i>ED</i>	<i>AB</i>	<i>MA</i>	<i>SI</i>	<i>DS</i>	<i>FA</i>	<i>DI</i>	<i>VH</i>	<i>EM</i>
<i>N</i>	<i>Valid</i>	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	<i>Missing</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>Mean</i>	2,46	1,90	1,99	2,31	2,55	2,02	1,73	1,80	2,06
	<i>Std. Deviation</i>	1,533	1,445	1,438	1,489	1,506	1,482	1,322	1,382	1,203
	<i>Minimum</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>Maximum</i>	5	5	5	5	5	5	5	5	5

		<i>ET</i>	<i>IS</i>	<i>SB</i>	<i>SS</i>	<i>AS</i>	<i>NP</i>	<i>EI</i>	<i>US</i>	<i>PU</i>
<i>N</i>	<i>Valid</i>	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	<i>Missing</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>Mean</i>	1,17	1,26	1,44	1,17	3,85	3,62	1,31	1,58	3,04
	<i>Std. Deviation</i>	1,106	1,252	1,439	1,237	2,915	2,832	1,094	1,295	2,619
	<i>Minimum</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<i>Maximum</i>	5	5	5	5	12	10	4	5	9

Astfel, pentru primul domeniu al testului, *Separare și respingere*, copiii examinați au obținut scoruri înalte și foarte înalte la itemi aparținând următoarelor scale: *Deprivare Emoțională* - 29 copii; aceștia consideră că ceilalți nu le oferă dragostea, (absența atenției, afecțiunii și căldurii sufletești), protecția (absența direcționării, îndrumării, ghidării) și înțelegerea (absența empatiei) de care au nevoie; *Abandon / Instabilitate* - 16 copii, care au sentimentul că cei apropiați nu le oferă susținerea emoțională, pentru că aceștia la rândul lor, sunt instabili emoțional, nu sunt prezenți când au nevoie de ei sau îi vor părăsi pentru altcineva; *Neîncredere / Abuz* - 16 copii au convingerea că ceilalți îi vor răni intenționat, că îi înșală, abuzează de ei, îi fac să sufere, îi umilesc sau îi mint. *Izolare socială / Înstrăinare* - 19 cazuri, copiii având senzația de izolare socială, că sunt diferiți de alții și că nu pot face parte dintr-un grup; *Defect / Rușine* - este scala la care cei mai mulți copii, 30, au obținut un punctaj mare; ei simt că nu au valoare, că sunt răi, nedoriți, inferiori sau incapabili în anumite aspecte importante ale vieții, nu se simt în siguranță în prezența celorlalți, au un sentiment de rușine legat de propriul "handicap".

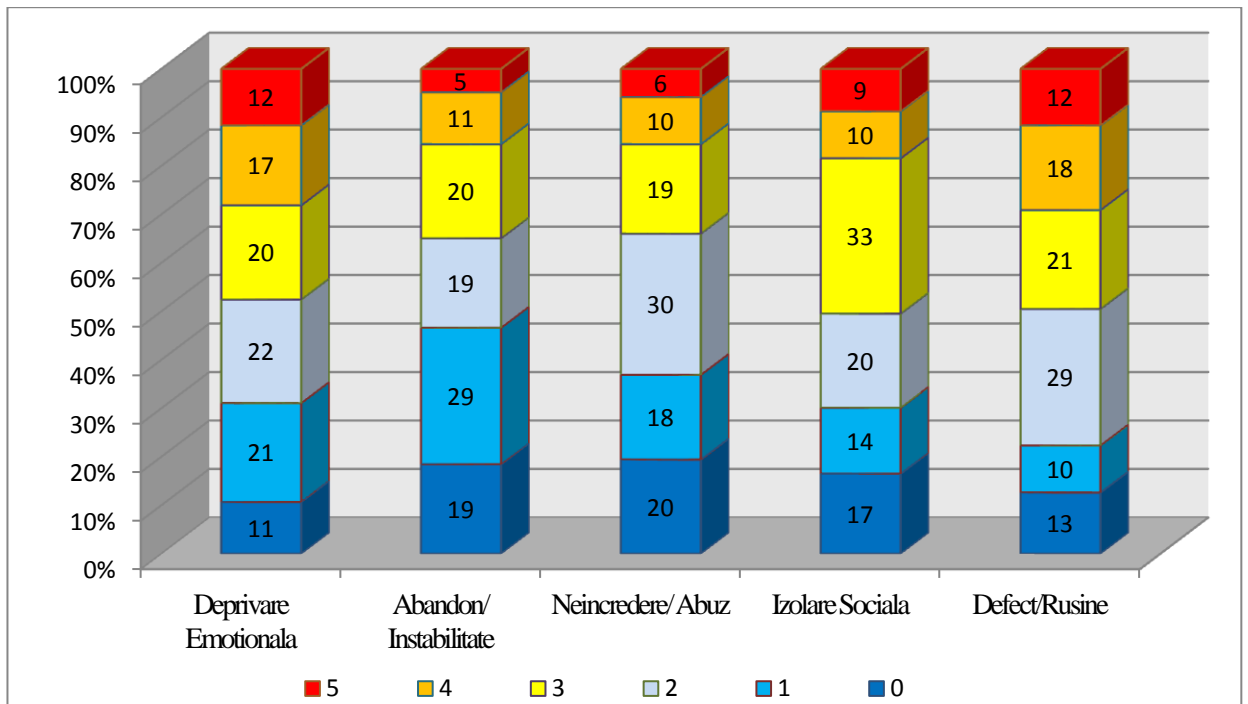


Figura 2.29. Rezultate obținute la aplicarea YSQ - Domeniul Separare și Respingere

Al doilea domeniu, *Autonomie și performanță*, se referă la perceperea propriei incapacități de a supraviețui și funcționa independent. Copiii au obținut scoruri înalte la următoarele scheme: *Eșec* – 18 cazuri, ei fiind convinși că nu sunt capabili să facă ceva bine, că inevitabil vor greși, sau vor eșua în domenii importante ale vieții (școală, etc.), că sunt proști, că au un statut social

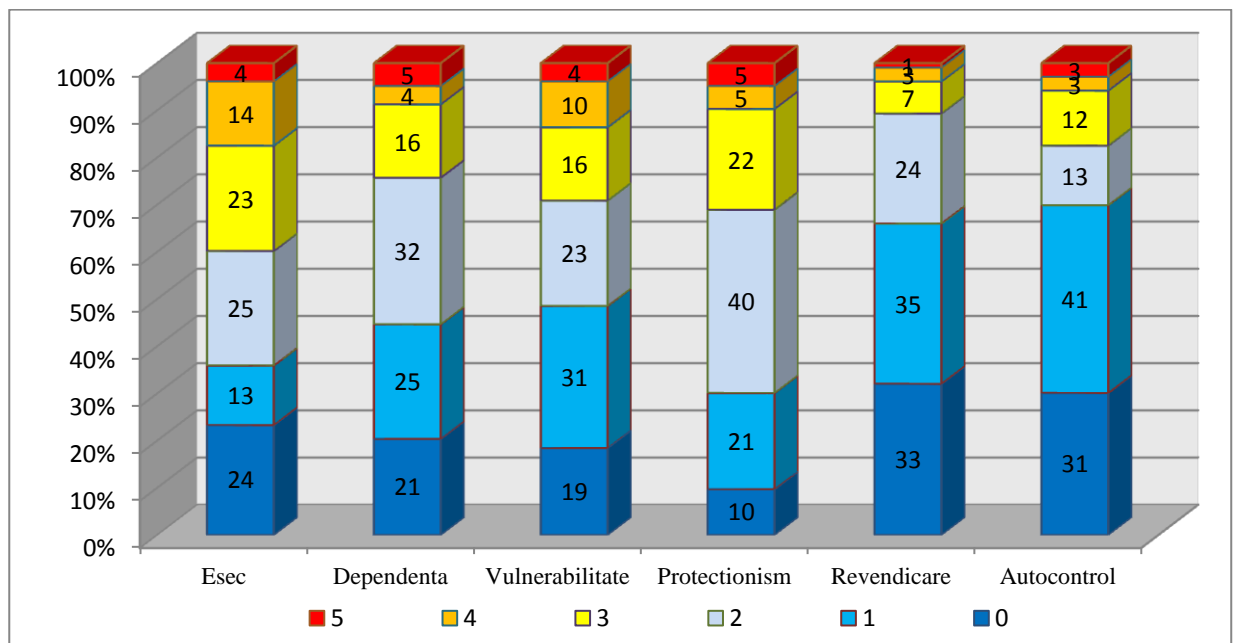


Figura 2.30. Rezultate obținute la aplicarea YSQ - Domeniul Autonomie și performanță și Domeniul Deficiența limitelor

scăzut și mai puțin succes decât ceilalți de aceeași vârstă; *Scala Dependenta / Incompetență* – 9 cazuri, copiii având convingerea că sunt incapabili să îndeplinească bine responsabilitățile zilnice

fără un sprijin considerabil din partea celorlalți și senzația constantă de neputință; La scala *Vulnerabilitate la rău și boală* au obținut scoruri ridicate 14 copii, ei simțind o frică exagerată de catastrofe iminente ce li se pot întâmpla și pe care nu le pot preveni; *Protecționism / Ego infantil* - 10 copii, care au o relație emoțională și de apropiere exagerată față de un părinte, relație care împiedică dezvoltarea propriei identități individuale și sociale.

Deficiența limitelor reprezintă al treilea domeniu, care se referă la incapacitatea de a stabili sau la stabilirea inexactă a limitelor interne, a responsabilităților față de ceilalți, a scopurilor pe termen lung. Apar dificultăți în respectarea drepturilor celorlalți, în stabilirea și atingerea unor scopuri personale realiste. Patru dintre copiii evaluați au obținut scoruri înalte la schema *Revendicare/Grandomanie*, având credința că sunt superiori altor oameni, și că au drepturi și privilegii speciale, fără a funcționa regula reciprocității. Ei au un sentiment exagerat al superiorității, care se manifestă cu scopul de a obține control și putere. La scala *Autocontrol / Auto-disciplină insuficientă* au obținut scoruri ridicate 6 copii, care au dificultatea de a se controla, de a păstra disciplina, au un control insuficient al emoțiilor și impulsurilor, toleranță scăzută la frustrare, dorința excesivă de menținere a confortului, de evitarea a situațiilor neplăcute.

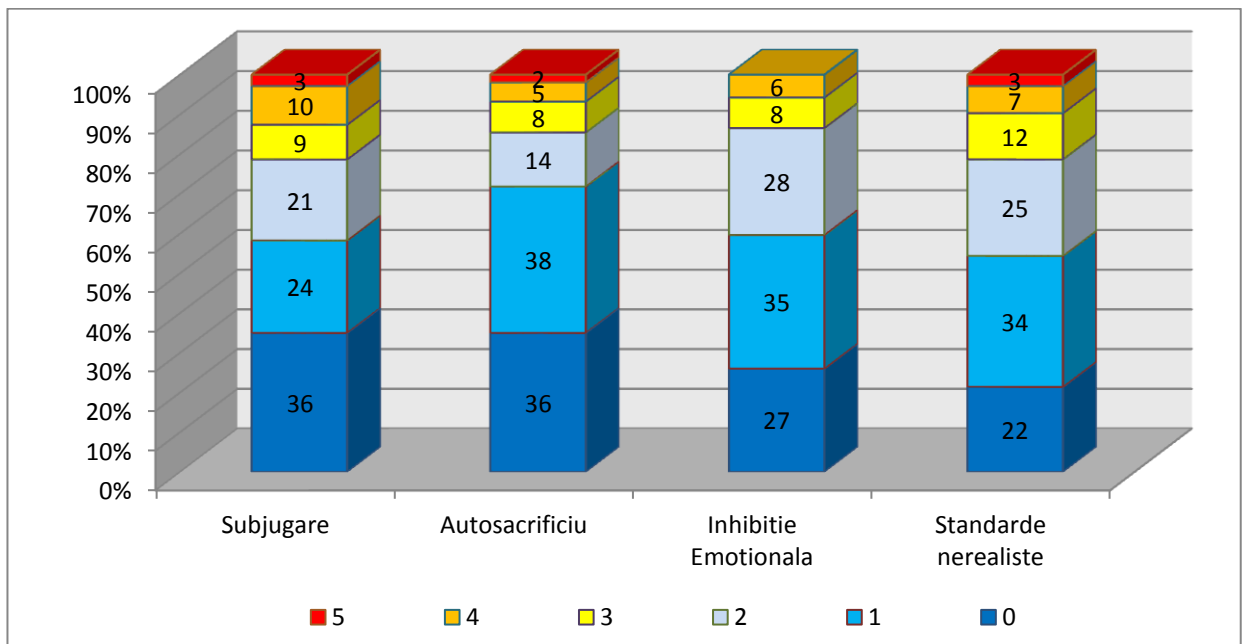


Figura 2.31. Rezultate obținute la aplicarea YSQ - Scalele Subjugare, Autosacrificiu, Inhibiție și Standarde nerealiste

Domeniul *Dependența de alții* este caracterizat prin focalizarea excesivă pe satisfacerea dorințelor, nevoilor altora în detrimentul satisfacerii propriilor dorințe și nevoi, cu scopul obținerii dragostei și aprobării celor din jur. Au fost obținute scoruri semnificative la scalele: *Subjugare* (13 cazuri) – controlul excesiv asupra celorlalți, prin subjugarea nevoilor (propriile preferințe,

decizii și dorințe sunt reprimare, ignorate) și subjugarea emoțiilor (exprimarea emoțiilor, în special a furiei este reprimată); *Auto-sacrificiu* (7 cazuri) – fixarea excesivă, asupra satisfacerii nevoilor zilnice ale celorlalți în detrimentul satisfacerii propriilor nevoi, pentru a menține relația cu persoana pe care crede că trebuie să o ajute (părinte); *Căutarea Aprobării / Recunoașterii* (8 cazuri) – căutarea exagerată a aprobării, recunoașterii sau atenției celorlalți, fapt ce împiedică dezvoltarea identității de sine. Stima de sine este dependentă în principal, de reacția celorlalți.

Domeniul *Hipervigilență și inhibiție* include scale la care copiii au obținut scoruri înalte: *Negativism / Pasivitate* (14 copii)– aspectele negative ale vieții sunt exagerat conturate, subliniate, maximizate, în timp ce evenimentele sau aspectele pozitive, optimiste, plăcute sunt minimalizate; *Inhibiție Emoțională* (13 copii) – inhibarea acțiunilor, sentimentelor, comunicării spontane pentru a evita dezaprobarea celorlalți, sentimentul de rușine și de pierdere a controlului asupra propriilor impulsuri. Cele mai întâlnite forme de inhibiție sunt: a) inhibarea furiei și agresivității, b) inhibarea impulsurilor pozitive, c) dificultate în exprimarea vulnerabilității sau în comunicarea propriilor sentimente, d) excesiva invocare a raționalității și eliminarea emoționalului; *Standarde Nerealiste / Hipercriticism* (10 copii) – convingerea că trebuie să atingă niște standarde interiorizate de comportament și performanță foarte ridicate, cu scopul de a evita

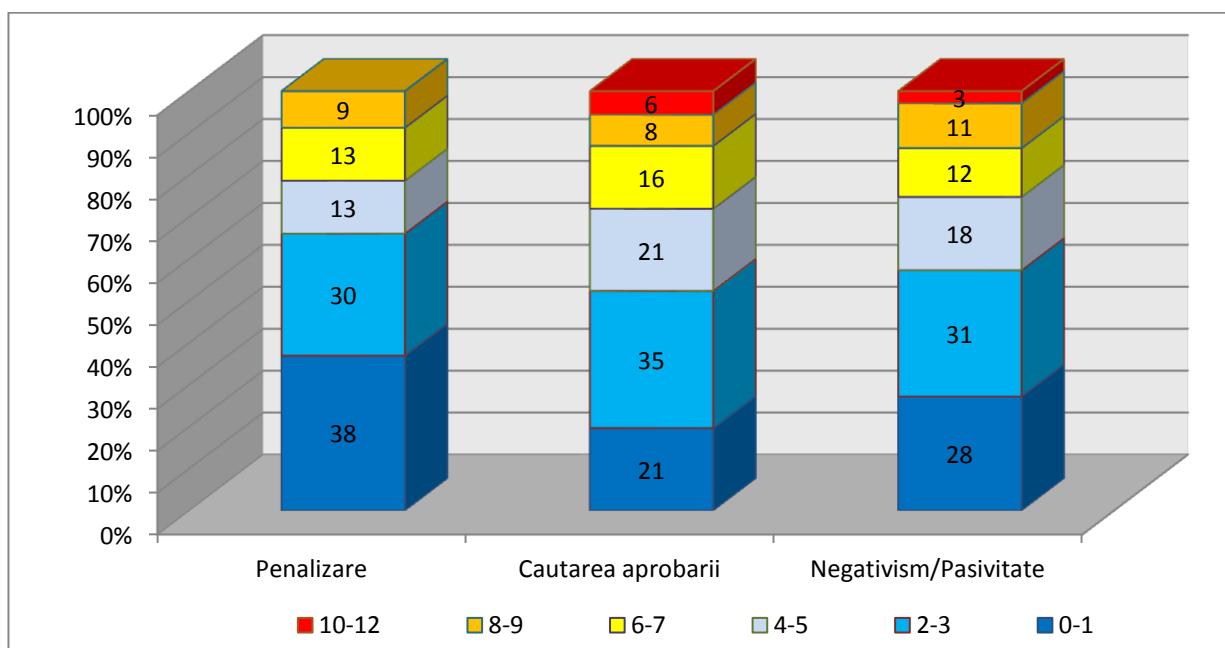


Figura 2.32. Rezultate obținute la aplicarea YSQ - Scalele Penalizare, Căutarea aprobării, Negativism-Pasivitate

critica. Aceste standarde nerealiste pot apărea sub forma perfecționismului, atenției deosebite la detalii, reguli rigide de tipul “trebuie”, nemulțumirea că nu au realizat cât de mult ar fi vrut sau ar fi trebuit să realizeze; *Penalizarea* (9 copii) – convingerea că ceilalți ar trebui aspru criticați și

pedepsiți pentru greșelile lor. Implică tendința de a se înfuria, de a fi intolerant, punitiv și nerăbdător cei care nu le satisfac propriile expectanțe sau standarde.

Analizând rezultatele testul *YSQ* au fost evidențiate o serie de corelații între apariția schemelor dezadaptative și tipurile de maltratare (anexa 2, tabelul 16). Astfel, s-a observat că gravitatea abuzului fizic corelează pozitiv cu următoarele scheme: *Neîncredere / Abuz* ($r=0,290$, $p<0,01$), *Izolare socială / Înstrăinare* ($r=0,249$, $p<0,05$), *Defect / Rușine* ($r=0,266$, $p<0,01$), *Eșec* ($r=0,285$, $p<0,01$), *Dependență / Incompetență* ($r=0,216$, $p<0,05$), *Negativitate / Pasivitate* ($r=0,212$, $p<0,05$), *Standarde nerealiste* ($r=0,201$, $p<0,05$). De asemenea, intensitatea abuzului emoțional corelează pozitiv cu schemele menționate anterior: *Neîncredere / Abuz* ($r=0,523$, $p<0,01$), *Izolare socială / Înstrăinare* ($r=0,312$, $p<0,01$), *Defect / Rușine* ($r=0,318$, $p<0,01$), *Eșec* ($r=0,305$, $p<0,01$), *Dependență / Incompetență* ($r=0,219$, $p<0,05$), *Negativitate / Pasivitate* ($r=0,328$, $p<0,01$), dar și cu schemele *Subjugare* ($r=0,243$, $p<0,05$) și *Penalizare* ($r=0,247$, $p<0,05$). La rândul său, neglijarea corelează pozitiv cu schemele dezadaptative *Deprivare emoțională* ($r=0,522$, $p<0,01$), *Abandon* ($r=0,620$, $p<0,01$) și *Defect / Rușine* ($r=0,216$, $p<0,05$). În ceea ce privește abuzul sexual, se observă corelații pozitive cu schemele: *Neîncredere / Abuz* ($r=0,296$, $p<0,01$), *Defect / Rușine* ($r=0,253$, $p<0,01$), *Eșec* ($r=0,228$, $p<0,05$), *Penalizare* ($r=0,210$, $p<0,05$) și *Protecționism / Ego infantil* ($r=0,321$, $p<0,01$).

Pentru o mai bună abordare psihoterapeutică a copiilor evaluați am urmărit, pe lângă relevarea tulburărilor emoționale consecință a abuzului sau neglijării, identificarea unor caracteristici cognitive ale acestora, utilizând *Scala Multidimensională de Percepție a Controlului la Copii (SMPCC)* și *Scala de Convingeri Raționale pentru Copii (CSRB)*.

Tabelul 2.8. Rezultate obținute la aplicarea SMPCC și CSRB

		<i>CSRB</i> <i>Convingeri</i> <i>Iraționale</i>	<i>SMPCC</i> <i>Control Intern</i>	<i>SMPCC</i> <i>Control PC</i>	<i>SMPCC</i> <i>Control</i> <i>necunoscut</i>
<i>N</i>	<i>Valid</i>	103	103	103	103
	<i>Missing</i>	0	0	0	0
	<i>Mean</i>	2,83	2,43	2,80	2,87
	<i>Std. Deviation</i>	1,106	,903	1,004	,987
	<i>Minimum</i>	1	1	1	1
	<i>Maximum</i>	5	5	5	5

Prin aplicarea **Scalei de Convingeri Raționale pentru Copii (CSRB)** au fost evidențiate cognițiile iraționale ale copiilor evaluați, modul în care copilul interpretează evenimentele trăite, inclusiv abuzul și neglijarea (anexa 2, tabelul 8). Se observă că un număr de 42 copii prezintă o

raționalitate scăzută sau foarte scăzută, aceștia considerând, de exemplu, că simt anxietate sau sunt emoționați deoarece sunt răi și nu sunt buni de nimic sau pentru că urmează să fie pedepsiți; când sunt supărați, necăjiți de alți copii, consideră că lumea nu îi place; cea mai bună cale de a trece peste îngrijorări și neazuri este a încerca să le uiți sau a te plânge prietenilor; dacă nu obții ceea ce ai vrut, este firesc să devii furios sau anxios; cred că sentimentele provin din suflet și inimă sau din modul în care oamenii se comportă cu ei. Copiii cu o raționalitate ridicată sau foarte ridicată (26 cazuri) conferă o interpretare opusă evenimentelor, având credința că devin anxioși datorită propriilor gânduri, atunci când se gândesc că ceva îngrozitor urmează să se întâmple; când sunt enervați de alt copil.

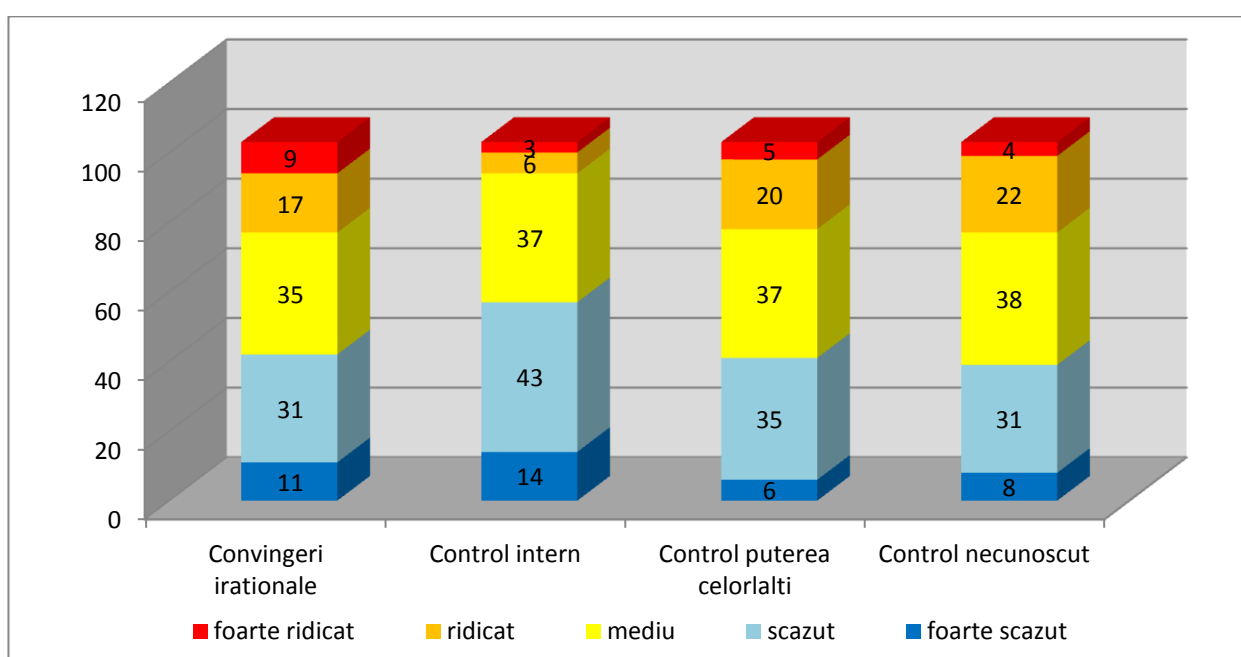


Figura 2.33. Rezultate obținute la aplicarea SMPCC și CSRB

Aplicând **Scala Multidimensională de Percepție a Controlului la Copii (SMPCC)** au fost identificate atribuirile cauzale utilizate de copii pentru interpretarea experiențelor, inclusiv a celor de tip abuz sau neglijare. Au fost evidențiate scoruri ridicate și foarte ridicate la 9 copii pentru scala *Control intern*, la 25 copii pentru scala *Control - puterea celorlalți* și 26 copii pentru scala *Control necunoscut* (anexa 2, tabelul 8). Copiii prezentând *Control intern* își atribuie în mare măsură consecințele experiențelor și comportamentelor, considerând că: dacă sunt sau nu sunt plăcuți de o persoană, aceasta se datorează comportamentului propriu, pot avea rezultate școlare sau sportive bune, dacă învață sau muncesc pentru aceasta, atunci când greșesc, vina le aparține deseori; cei care atribuie sursa controlului *puterii celorlalți* cred că: pot avea succese dacă reușesc să se facă plăcuți de ceilalți (colegi, profesori), dacă se întâmplă să câștige un joc,

aceasta se datorează greșelilor adversarului; copiii care au un *Control necunoscut* afirmă că: nu înțeleg de ce li se întâmplă lucruri bune sau rele, de ce au câștigat sau au pierdut un joc, de ce au sau nu au succes la școală sau de ce sunt sau nu sunt plăcuți de alți oameni. Cunoașterea sursei controlului este importantă în demersul psihoterapeutic, unul dintre obiectivele acesteia fiind creșterea gradului de conștientizare a evenimentelor ce li se întâmplă, evaluarea lor cât mai corectă, dezvoltarea competențelor de luare a deciziilor și de rezolvare de probleme.

Compararea scorurilor în funcție de sex și grupa de vârstă. În urma aplicării testului *Mann-Whitney* (anexa 2, tabelele 22-26) nu au fost identificate diferențe semnificative statistic în cazul băieților și fetelor, în ceea ce privește rezultatele la testele aplicate.

Aplicarea testului *Kruskal Wallis* (anexa 2, tabelele 17-21) nu a evidențiat diferențe majore în ceea ce privește rezultatele la testele aplicate, raportate la grupa de vârstă. Au fost identificate diferențe semnificative statistic la scalele *Umilire/Respingere* și *Anxietate socială* din cadrul *MASC*, la care s-au remarcat diferențe între mediile obținute de grupa copiilor de 8 ani și a celor de 10 ani.

Tabel 2.9. Rezultatele semnificative statistic ale testului *Kruskal Wallis*

	<i>MASC</i> <i>Anxietate socială</i>	<i>MASC</i> <i>Umilire/Respingere</i>
<i>Chi-Square</i>	11,313	10,544
<i>df</i>	4	4
<i>Asymp. Sig.</i>	,023	,032

Prin aplicarea testului *Tamhane* s-a evidențiat o diferență semnificativă pentru $p < 0,05$ la scala *Umilire/Respingere*, media rezultatelor grupei de 8 ani ($m=63,17$, $SD=9,02$) fiind diferită semnificativ de cea a grupei 10 ani ($m=54,89$, $SD=8,49$); la scala *Anxietate Socială*, media rezultatelor grupei de 8 ani ($m=60,67$, $SD=9,11$) este și ea diferită semnificativ de cea a grupei 10 ani ($m=52,63$, $SD=8,67$). Totuși, diferențele statistice identificate între grupele de vârstă sunt considerate minore și nu justifică raportarea defalcată a scorurilor la teste.

2.5. Concluzii la Capitolul 2

În urma analizei datelor obținute în urma experimentului de constatare reies următoarele concluzii:

1. Aplicarea testelor psihologice identifică o serie de tulburări emoționale consecință a abuzului și neglijării: anxietate, depresie, furie, disociere, simptome de stres posttraumatic. Deși prezența acestora este comună pentru toate formele de maltratare, totuși intensitatea acestora este ușor diferită, în funcție de forma de abuz. În cazul copiilor supuși abuzului fizic, emoțional și

neglijării au fost remarcate simptome emoționale de tip depresiv și anxios, de stres posttraumatic, și un nivel relativ ridicat al furiei.

2. Abuzul fizic corelează pozitiv cu un nivel ridicat de anxietate, depresie, stres posttraumatic și un număr mare de itemi critici la testul *TSCC*. Apar corelații pozitive cu scorul *Total MASC*, *Indexul Tulburărilor Anxioase* și scalele *Simptome fizice*, *Evitarea lezării*, *Anxietate socială* și *Separare/Panică*. În cazul abuzului emoțional se evidențiază corelații pozitive cu nivelul de anxietate, depresie, stres posttraumatic, furie și numărul de itemi critici. La acești copii apare cea mai puternică corelație cu simptomele depresive, evaluate utilizând testul *CDI: Total CDI*, scala *Relații Interpersonale*, scala *Sentimente de ineficiență*, scala *Anhedonie*, scala *Subestimare*. Se evidențiază corelații pozitive cu scorul *Total MASC*, *Indexul Tulburărilor Anxioase* și scalele *Simptome fizice*, *Evitarea lezării*, *Anxietate socială* și *Separare/Panică*. Abuzul sexual corelează pozitiv cu anxietatea, stresul posttraumatic și furia. Pe lângă simptomele menționate, au fost evidențiate scoruri ridicate la scalele caracteristice preocupărilor sexuale necorespunzătoare vârstei și distresului sexual. Se observă corelații pozitive cu scorul *Total MASC* și scala *Simptome fizice*. Neglijarea corelează cu nivelul anxietății și depresiei și cu un număr relativ crescut de itemi critici. Apar corelații pozitive cu *Indexul Tulburărilor Anxioase* și scalele *Simptome fizice*, *Evitarea lezării*, *Anxietate socială* și *Separare/Panică*.

3. Simptomele de tip disociativ nu au avut o pondere la fel de importantă ca a celorlalte simptome caracteristice.

4. Au fost identificate o serie de scheme dezadaptative, în principal aparținând domeniilor *Separare / Respingere (Deprivare emoțională, Abandon, Neîncredere / Abuz, Izolare socială / Înstrăinare, Defect / Rușine)* și *Autonomie și Performanță (Eșec, Dependență / Incompetență)*, ceea ce va ajuta la o mai bună stabilire a obiectivelor intervenției psihoterapeutice.

5. În majoritatea cazurilor, intensitatea simptomelor nu a depășit nivelul pragului de semnificație pentru a se putea stabili un diagnostic DSM. Totuși, au existat cazuri în care gravitatea simptomelor depresive, anxioase și de stres posttraumatic a satisfăcut criteriile pentru următoarele tulburări psihice: *Tulburare distimică* (4 cazuri), *Episod depresiv major* (2 cazuri), *Tulburare de adaptare* (4 cazuri), *Anxietate de separare* (2 cazuri), *Tulburare de stres posttraumatic* (1 caz), *Anxietate generalizată* (1 caz). S-au evidențiat corelații pozitive între intensitatea abuzului fizic și simptomele tulburărilor: *Anxietatea de separare*, *Fobia socială*, *Stresul posttraumatic*, *Tulburarea de adaptare*; în situațiile de abuz emoțional: *Tulburare distimică*, *Depresie*, *Anxietate de separare*, *Stres posttraumatic*, *Panică*, și *Tulburare de*

adaptare; pentru abuzul sexual a fost evidențiată o corelație pozitivă cu prezența simptomelor de *Stres Posttraumatic*; neglijarea corelează pozitiv cu *Tulburarea distimică*.

6. Aplicarea testelor statistice *Mann-Whitney* și *Kruskal Wallis* nu a identificat diferențe semnificative statistic între rezultatele obținute în urma aplicării probelor psihologice la copiii examinați nici în funcție de sex, nici în funcție de grupa de vârstă.

7. Utilizarea testelor proiective de desen (în cazul de față, Testul Arborelui) identifică prezența sau absența unei traume și pune în evidență simptome depresive, anxioase și nivelul furiei și impulsivității. Corelațiile pozitive obținute între numărul și semnificația elementelor grafice și scalele testelor de identificare a simptomelor emoționale relevă faptul că testul proiectiv poate fi utilizat cu bune rezultate în evaluarea copilului abuzat sau neglijat, mai ales în cazul celor pentru care, datorită vârstei mici, aplicarea testelor psihometrice, verbale, este dificilă prin lipsa etaloanelor și a nivelului scăzut de înțelegere. Se remarcă o serie de corelații pozitive între *abuzul fizic* și elemente grafice specifice pentru *traumă, depresie, anxietate, stima de sine, nervozitate; abuzul emoțional* și *traumă, depresie, anxietate, stima de sine, agresivitate, nervozitate; între neglijare* și *depresie, anxietate, stima de sine, nervozitate*.

8. Evaluarea a identificat și o serie de caracteristici cognitive ale copiilor investigați, cum sunt nivelul cognițiilor raționale și locul controlului.

9. Au fost identificați o serie de factori intrafamiliali de risc pentru abuz și neglijare: climatul familial conflictual sau chiar violent, consumul exagerat de alcool, modelul educațional hiperautoritar sau hiperpermisiv, indiferența, nivelul redus al veniturilor. Abuzul fizic și cel emoțional corelează pozitiv cu climatul familial intens conflictual, modelul educațional hiperautoritar, lipsa de implicare în relația cu copilul. Neglijarea este mai gravă în cazul familiilor cu un nivel scăzut al veniturilor, care, implicit, oferă copiilor condiții de locuit modeste sau improprii; din perspectiva modelului educațional, se evidențiază faptul că gravitatea neglijării corelează pozitiv cu model educațional hiperpermisiv sau caracterizat de indiferență.

3. AMELIORAREA TULBURĂRILOR EMOȚIONALE ALE COPIILOR ABUZAȚI ȘI NEGLIJAȚI

3.1. Intervenția psihoterapeutică. Generalități

Psihoterapia copilului abuzat și neglijat este un proces complex, ce include sesiuni de psihoterapie individuală și de grup, implicând atât copilul, cât și familia acestuia.

Intervenția s-a centrat în principal pe ameliorarea simptomelor emoționale, dar și pe aspectele cognitive și relaționale.

Ipoteza de la care pornim este presupunerea că intervenția psihoterapeutică influențează pozitiv starea emoțională a copiilor, diminuând intensitatea tulburărilor emoționale identificate.

Includerea copilului și familiei acestuia în programul de intervenție psihoterapeutică s-a realizat conform procedurilor operaționale ale centrului, care cuprind: înscrierea în registrul de evidență a cazurilor, în care sunt notate informații referitoare la datele de identitate, persoanele de contact, rezumarea problemei; realizarea unui interviu preliminar, care urmărește obținerea principalelor informații despre caz, problema pentru care se adresează sau este referit; formularea unui diagnostic prezumtiv sau delimitarea problemelor; contactarea, în funcție de caz, a autorităților abilitate: serviciile specializate din cadrul Direcției de protecție a copilului (D.G.A.S.P.C.), Poliție, unități medicale și de învățământ, Institutul de Medicină Legală; motivarea și obținerea acordului copilului și al reprezentantului legal pentru a fi integrat în program. Datele obținute sunt consemnate în Raportul de evaluare inițială (anexa 1, pag. 159), întocmit în cel mult trei zile de la prezentare. În cazul solicitărilor directe, dacă, în urma evaluării inițiale, psihologul are suspiciunea sau identifică situații de abuz, neglijare sau exploatare, întocmește Fișa de semnalare și evaluare inițială a situațiilor de abuz, neglijare sau exploatare (anexa 1, pag. 153) și anunță aceste cazuri autorităților abilitate în 48 de ore de la evaluare.

În continuare, se realizează evaluarea detaliată, care implică evaluarea psihologică a copilului și familiei acestuia, după caz, și se realizează pe parcursul a 3-4 ședințe, în cel mult 30 zile, fiind finalizată cu un raport (anexa 1, pag. 160) și urmată de întocmirea Planului personalizat de consiliere / psihoterapie (anexa 1, pag. 163) sau a referirii cazului către alte servicii / instituții abilitate. Evaluarea detaliată urmărește identificarea particularităților psihice ale copilului, tipul de maltratare suferit și vechimea acestuia, gradul de afectare, identificarea eventualelor tulburări emoționale, cognitive și de comportament survenite în urma abuzului și neglijării. De asemenea, se are în vedere obținerea de date despre structura familiei (membrii familiei, vârstă, grad de instruire, ocupația fiecărui membru al familiei), antecedente personale și patologice și se

efectuează un examen psihic general. Pe baza evaluării detaliate este elaborat Planul personalizat de consiliere/psihoterapie, prin implicarea activă și consultarea copilului și a familiei. Acesta este individualizat în funcție de problemele specifice și urmărește atât psihoterapia sau consilierea copilului aflat în situație de abuz și neglijare, cât și reabilitarea capacității parentale și îmbunătățirea relațiilor copilului cu familia, prin consilierea și educarea părinților în asumarea rolului pe care îl au în dezvoltarea copilului. Obiectivele Planului personalizat de consiliere/psihoterapie sunt aduse la cunoștința copilului într-un mod accesibil nivelului său de înțelegere și familiei acestuia/persoanei de îngrijire/reprezentantului legal. Implementarea Planului personalizat de consiliere se realizează pe baza unui contract încheiat cu familia (anexa 1, , pag.164). Rezultatele programului de consiliere / psihoterapie se consemnează, după încheierea acestuia, într-un Raport final (anexa 1, pag.165).

Au fost selectați aleator 30 de copii care au fost incluși în grupul experimental, în mod identic fiind realizat grupul de control. Rezultatele la testele aplicate copiilor din cele două grupuri au fost analizate statistic pentru verificarea omogenității, rezultatele fiind prezentate în anexa 2, tabelele 27-31. Având în vedere numărul mic de copii care au suferit o formă de abuz sexual, aceștia nu au fost incluși în programul de intervenție psihoterapeutică, asistarea psihologică a acestora fiind realizată prin psihoterapie individuală. Copiii aparținând grupului experimental au fost incluși în programul de intervenție psihoterapeutică și au participat, atât ei, cât și 34 dintre părinții lor, la ședințele de consiliere și psihoterapie individuală și de grup, inclusiv la ședințele de psihoterapie de familie. Pentru participarea la consilierea/psihoterapia de grup, copiii au fost împărțiți în trei subgrupe, fiecare având 10 membri, iar părinții în două subgrupe, de câte 17 membri.

Pentru copiii incluși în cercetarea de față a fost elaborat un program de intervenție psihoterapeutică, în urma studierii unor lucrări aparținând psihoterapeuților români și străini, specializați în psihoterapia individuală și de grup a copilului și familiei: *perspectiva umanist - experiențială* - I. Mitrofan, E. Anghel, E. Vladislav [80, 81, 82, 83, 85, 87, 89], E. Anghel și D. Vasile [151], G. Cucu-Ciuhan [29, 30], F. Golu și C. Ioniță [54]; *terapie prin joc și dramaterapie* - S. Jennings [200], Ph. Booth și A. Jernberg [180], N.B. Webb [227]; *psihoterapie cognitiv-comportamentală* - I. Holdevici [59, 60, 61, 62], D. David [33, 34, 36], O. Benga [12]; *art-terapie* - V. Olărescu [99, 100, 101, 102], J. Rubin [131]; *psihoterapie de grup* - I. Yalom [169]; *intervenții în psihoterapia tulburărilor anxioase și depresive* - Iu. Racu [121, 122, 123], G. Andrews [6], Z. Bolea [15], A. Calancea [18], A. Verdeș [159, 160]; *psihoterapie integrativă* - I. Dafinoiu [31, 32]; *psihoterapia familiei* - I. Mitrofan [90], M. Nichols și R. Schwartz [96], V.

Satir [138, 139]; *psihoeucație pentru copil și familia acestuia* - M. Caluschi [19], A. Faber și E. Mazlish [46], M. Hickling [57]; *psihoterapia specifică copilului maltratat* - S. Rusnac ș.a. [132], C. Lanktree și J. Briere [202], B. Ryann și L. Conradi [211], D. Smith [218], A. Urquiza și C. Winn [223].

Intervenția psihoterapeutică în cazul copiilor abuzați și neglijați a fost ghidată de următoarele *principii* [134]:

1. Prioritatea principală o reprezintă asigurarea securității și stabilității copilului și a familiei acestuia.

2. Este esențială realizarea unui “pod relațional” triadic între terapeut, copil și părinte sau persoana în grija căreia se află copilul.

3. Diagnosticul, planul de intervenție și monitorizarea rezultatelor acesteia sunt relaționale, fiind organizate în funcție de nevoile, resursele și scopurile copilului și ale părintelui.

4. Diagnosticul, planul de intervenție și monitorizarea rezultatelor sunt întotdeauna bazate pe punctele tari (factorii de reziliență) ale copilului, respectiv ale părintelui.

5. Toate fazele intervenției au ca scop dezvoltarea abilităților de autoreglare: emoțională, cognitivă (atenție, memorie, luare de decizii), a conștiinței și motivației (eliminarea stărilor disociative), somatică.

Programul de intervenție psihoterapeutică se bazează pe anumite *condiții*:

Înțelegerea aprofundată a copilului și a mediului său familial și social. Fiecare copil are o istorie unică, un nivel unic de dezvoltare psihică. Diverșii factori proveniți din familie și din mediul social trebuie luați în considerare, fiind o bază pentru identificarea celor mai eficiente metode de intervenție. Indiferent de istoricul copilului, ameliorarea simptomelor cauzate de abuz reprezintă obiectivul central al intervenției. Este necesară implicarea familiei în terapie, pentru ca părinții să fie instruiți privind modalitățile de sprijinire a copilului în procesul terapeutic și pentru crearea și menținerea unui mediu securizant pentru acesta. Psihoterapeutul trebuie să comunice copilului și familiei acestuia concluziile evaluării, desfășurarea procesului terapeutic și obiectivele acestuia, dezvoltând astfel motivația clienților și reducând posibilele rezistențe.

Relația terapeutică. Abuzul și neglijația sunt, de cele mai multe ori, asociate cu disfuncții de relaționare în cadrul familiei, copilul prezentând deseori tulburări de atașament. De aceea, este important ca psihoterapeutul să creeze o bună relație terapeutică atât cu copilul, cât și cu părinții acestuia. O bună relație terapeutică ajută copilul să-și recreeze imaginea despre adevăr, siguranță și control, să-și restabilească granițele și să dezvolte un atașament mai puternic. În același timp, psihoterapeutul trebuie să fie capabil de a respecta nevoia de control a copilului și limitele acestuia. În cazul în care i se încalcă limitele emoționale sau cognitive, copilul poate deveni

agitat, se poate retrage sau poate manifesta rezistență. Invers, dacă terapeutul este prea non-directiv sau evită analiza traumei suferite de copil, acesta poate considera că nu este suficient de implicat emoțional sau se poate simți copleșit de situație. Terapeutul trebuie să găsească echilibrul între grijă și obiectivitate, între oferirea de suport și prelucrarea traumei.

Calitățile psihoterapeutului. Sentimentele de siguranță ale copilului sunt generate de comportamentele terapeutului, care trebuie să fie non-intruziv, stabil, onest și să stabilească clar limitele de confidențialitate. A avea posibilitatea de a interacționa regulat cu un adult care îl ascultă și îl înțelege poate fi o experiență nouă și deosebită pentru un copil abuzat.

Utilizarea jocului și a umorului în cadrul sesiunilor psihoterapeutice este foarte importantă, deoarece dezvăluie faptul că terapeutul se bucură de relația cu clientul. Chiar dacă au suferit o traumă, copiii au o uimitoare capacitate de a se juca, a se angaja în jocuri împreună cu terapeutul și cu ceilalți copii, pe parcursul psihoterapiei de grup. Este important ca terapeutul să fie sensibil la emoțiile cu care clientul se confruntă și să inspire acestuia suport, siguranță, apreciere și un interes autentic.

Mediul sigur și securizant. Psihoterapia copilului abuzat și neglijat trebuie să se desfășoare într-un mediu sigur, securizant pentru acesta. Este important ca psihoterapeutul să lucreze și cu părintele protector, pentru a crește sprijinul și siguranța la domiciliul copilului, de a reduce riscul de apariție a unui nou abuz. O familie suportivă poate ajuta copilul abuzat să aibă progrese mai rapide în terapie. Cabinetul de psihoterapie trebuie să fie primitiv, adaptat pentru terapia copilului, dotat cu jucării diverse, figurine, marionete, materiale de art-terapie, cărți. Desenele, picturile, colajele sau alte materiale lucrate de clienți pot fi expuse pe rafturi sau pereți; aceasta crește sentimentele copilului de comunitate, îi sugerează că și alți copii au trecut prin evenimente similare și relevă caracterul creativ al terapiei. Sesiunile de psihoterapie trebuie să se desfășoare, pe cât posibil, în același spațiu și să fie programate în aceeași zi a săptămânii și la aceeași oră.

Includerea copilului în programul de intervenție psihoterapeutică s-a realizat după încheierea procesului de evaluare psihologică, identificarea principalelor simptome și a eventualelor riscuri ce necesită atenție imediată.

Principalele etape ale procesului de evaluare și intervenție sunt prezentate în *Figura 3.1*.

Programul include modalități diferite de intervenție: psihoterapie individuală, de grup și de familie, această combinație servind cel mai bine nevoilor copilului.

Terapia individuală este importantă pentru ameliorarea simptomatologiei emoționale a copilului, consecință a experiențelor traumatice.

Terapia de grup, combinată cu cea individuală, ajută copiii care au suferit o formă de abuz și neglijare. *Integrarea în grup se face după o serie de ședințe de psihoterapie individuală*, timp în care se construiește relația terapeutică și este pregătit copilul pentru terapia de grup. O atenție deosebită este acordată problemelor emoționale și nivelului de dezvoltare socială a copilului.

Dar abuzul nu este problema exclusivă a copilului, ci a întregii familii. *Implicarea familiei pe durata terapiei este crucială* pentru progresul și rezultatele copilului, aceasta sprijinindu-l în procesul terapeutic și oferindu-i un mediu securizant.

O familie disfuncțională are nevoie de terapie pentru a fi ajutată să-și restructureze granițele sau să îmbunătățească modul de comunicare și modelul educațional. Unii părinți au nevoie ei înșiși de psihoterapie, pentru a fi ajutați să își rezolve problemele proprii, care le pot afecta capacitatea de a-și susține copilul. Dezvoltarea abilităților parentale va oferi părinților posibilitatea de a gestiona comportamentele copilului.

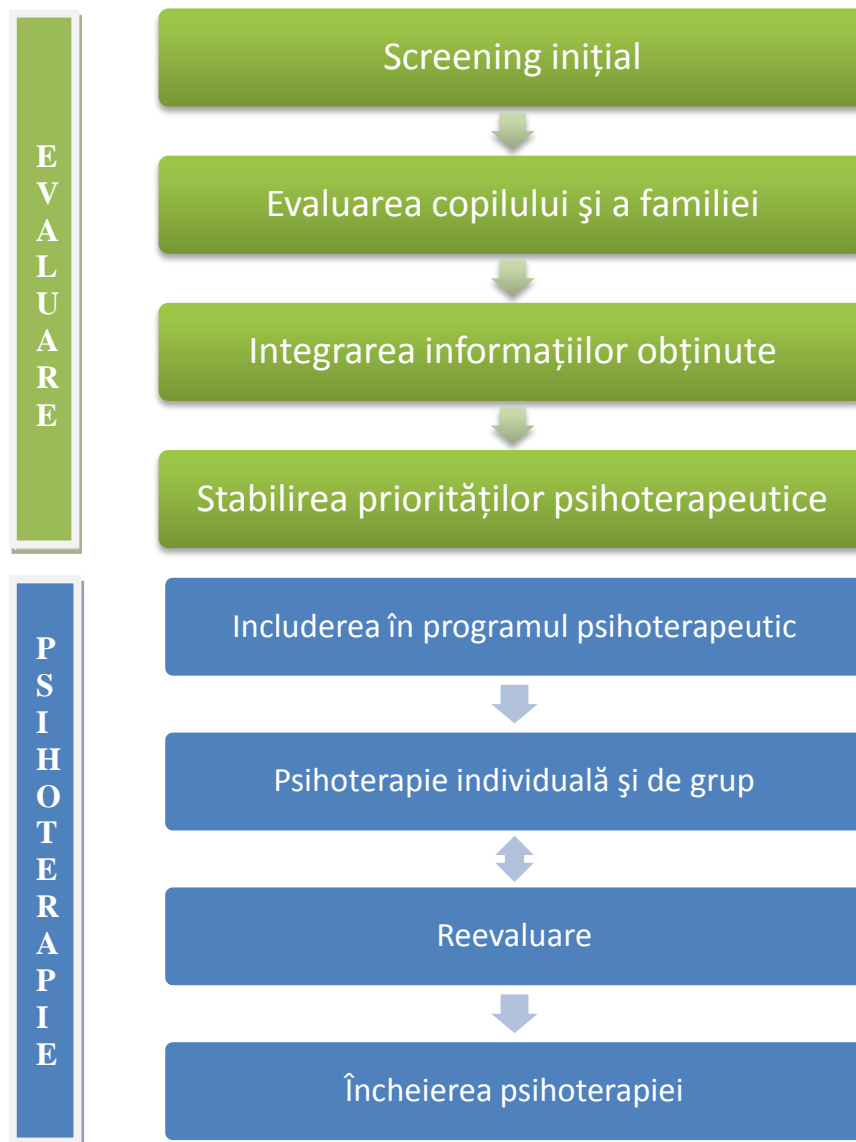


Figura 3.1. Schema procesului de evaluare și psihoterapie

3.2. Psihoterapia individuală

Psihoterapia individuală are ca prim obiectiv simptomele sau comportamentele de risc, identificate pe parcursul evaluării, și care reprezintă o prioritate, necesitând o intervenție imediată. Este vorba despre riscul de suicid, homicid sau alte forme de violență, îndreptată împotriva propriei persoane sau a altora. Pe parcursul procesului psihoterapeutic pot apărea astfel de tendințe, sau alte tulburări: episoade maniacale sau psihotice, tulburări de alimentație, stări dissociative. Apariția acestor probleme necesită reevaluarea planului terapeutic. *Următoarele obiective* se referă la ameliorarea simptomatologiei, psihoterapia centrându-se pe: reducerea distresului, controlul emoțional, creșterea stimei de sine, prelucrarea emoțiilor și cognițiilor asociate traumei, îmbunătățirea abilităților de relaționare și atașamentului, controlul comportamentului, psihoeducația (Fig. 3.2).

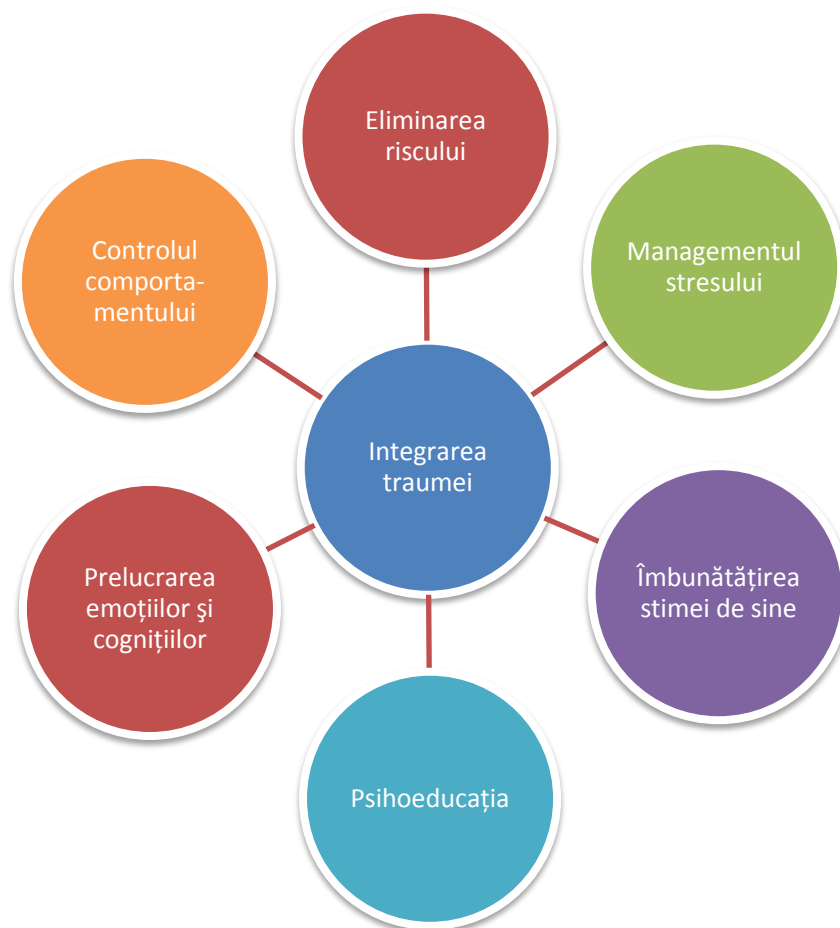


Figura 3.2. Obiectivele programului psihoterapeutic

Au fost desfășurate câte 10-12 ședințe individuale cu durată de 40 - 50 minute, după necesitate, în dependență de complexitatea, profunzimea simptomelor.

Managementul stresului presupune reducerea manifestărilor de distress, a stărilor copleșitoare care pot apărea în timpul psihoterapiei, cum sunt flashback-urile, stările emoționale invazive - frica, teroarea sau furia, sau a stărilor disociative și implică utilizarea unor tehnici specifice. Copiii care se confruntă cu astfel de stări se pot simți speriați, destabilizați și în astfel de momente pot întrerupe lucrul terapeutic, astfel că devine necesară dirijarea atenției copilului pe spațiul terapeutic și pe relația cu terapeutul. Terapeutul cere copilului să descrie pe scurt ceea ce simte, verbal, prin desen ori altă tehnică expresivă, sau îi orientează atenția către spațiul înconjurător. Unii copii pot avea nevoia de a verifica sala de așteptare pentru a se asigura că persoanele abuzatoare nu sunt acolo, sau pentru a verifica faptul că părintele care i-a însoțit este încă prezent. Copilul înțelege că nu este în fapt în pericol și este adus în "aici și acum", este "aici", în cabinet, împreună cu terapeutul și "acum", adică nu reexperimentează abuzul. Terapeutul îi transmite mesaje liniștitoare, cum ar fi "Ești bine. Ești aici, în cabinet, cu mine. Ești în siguranță". De asemenea, îi cere copilului să-și concentreze atenția asupra modului în care simte scaunul sau cum simte podeaua sub picioare, să se concentreze pe respirație sau să utilizeze alte tehnici de relaxare.

Exercițiile de relaxare, vizualizare și respirație. Relaxarea progresivă, exercițiile de respirație și imaginație dirijată au fost/sunt utilizate pentru a crește senzația copilului de confort emoțional. Aceste tehnici au fost/sunt folosite la începutul ședințelor de terapie individuală sau de grup pentru a ajuta copilul să se simtă mult mai calm și să devină capabil să exploreze sentimentele și experiențele dificile. De asemenea, au fost/sunt folosite în timpul ședințelor, atunci când copilul experimentează controlul emoțional, manifestă simptome disociative sau relatează experiențele traumatiche, sau în afara sesiunilor de terapie, când se confruntă cu situații stresante acasă sau la școală.

Relaxarea progresivă a presupus/presupune încordarea și apoi relaxarea secvențială a mușchilor, până când tot corpul atinge o stare relaxată, de obicei cu ochii închiși. În timpul acestui exercițiu, copilul poate sta pe scaun sau se poate întinde pe podea.

Controlul respirației reprezintă o tehnică simplă, directă, ușor de învățat de către copii și eficientă în controlul anxietății. Când sunt stresați, copiii tind să respire într-un mod mai superficial; învățându-i cum să respire în timp ce trăiesc emoții negative copiii sunt ajutați să își restabilească respirația normală, generând un efect calmant asupra organismului. Terapeutul îi explică și învață (instruiește) copilul să utilizeze acest exercițiu când se simte furios și trebuie să se calmeze sau când este copleșit de amintiri traumatiche. Pentru început, copilului i se explică faptul că este important să acorde atenție respirației și că a învăța să respire într-un mod diferit îl

poate ajuta să își gestioneze anxietatea. I se atrage atenția că este posibil să se simtă puțin amețit atunci când începe să respire încet și profund, dar că aceasta este o reacție normală. Copilul își alege o poziție confortabilă, poate închide ochii sau îi poate lăsa deschiși în cazul în care se simte mai confortabil. I se cere să se concentreze asupra respirației, iar dacă îi vin diverse gânduri și începe să se gândească la alte lucruri, să revină asupra respirației; apoi i se cere copilului să respire pe nas, acordând atenție fiecărui ciclu de inspirație-expirație, de 5 - 6 ori. Terapeutul poate să respire în același timp cu copilul, spunând "inspir" și "expir". În continuare, i se cere copilului să respire mai rar, numărând până la trei la fiecare inspirație și fiecare expirație, de 5 - 6 ori. Pentru a menține atenția focalizată pe respirație, copilul poate fi învățat să repete în gând un cuvânt, "calm" sau "relaxat", la fiecare expirație. Copilului i se cere să încheie exercițiul, după care terapeutul discută cu el despre cum s-a simțit în timpul exercițiului și despre orice ar fi putut interfera cu acesta. Copilul este instruit să practice acest exercițiu acasă, timp de 5-10 minute pe zi, într-un loc liniștit, eventual înainte de culcare.

Exercițiile de vizualizare presupun educarea copilului pentru a-și imagina detaliat o scenă liniștită, plăcută, pentru ca relaxarea să apară în mod natural. Este important să fie lăsat copilul să aleagă locul din cabinet cel mai relaxant pentru el. Exercițiile de vizualizare sunt utile la începutul unei ședințe psihoterapeutice sau atunci când discuția despre traumă a creat copilului distres. Copilul poate folosi acest exercițiu și în afara ședințelor de terapie, acasă, atunci când se simte stresat sau când trebuie să meargă la culcare. Copilul este rugat ca, o dată pe zi, de preferință la aproximativ aceeași oră, să aleagă un loc liniștit și, stând într-o poziție confortabilă, pe un scaun sau pe podea, închizând sau nu ochii, să se concentreze asupra respirației. Copilul trebuie să se concentreze asupra a ceea ce simte în timpul fiecărei respirații, cum intră aerul pe nas și umple pieptul și apoi cum este expirat. Dacă mintea începe să fie distrasă de vreun stimul, trebuie să revină la concentrarea pe respirație. Este normal să apară diferite gânduri sau senzații corporale, dar ele trebuie lăsate să vină și să plece, revenind cu concentrarea asupra respirației.

Oprirea gândurilor este o tehnică utilizată în cazul copiilor care au gânduri intrusive negative, care interferează cu abilitatea lor de a se concentra la școală sau acasă sau le provoacă dificultăți de adormire. Aceasta se poate realiza verbal, copilul spunând în minte sau chiar cu voce tare "stop" sau "pleacă", sau prin distragerea atenției de la acele gânduri. Apoi, gândul negativ poate fi înlocuit cu unul plăcut.

Activitatea fizică este benefică pentru creșterea capacității copilului de a se relaxa și a se concentra pe activitățile din timpul ședințelor de psihoterapie. Aceste activități se pot desfășura și

în cabinetul psihologic, la începutul ședinței de terapie individuală sau de grup. Copiii se exprimă prin mișcare sau dans, sau creează un joc care include astfel de elemente atunci când discută despre experiențele traumatiche. Adesea, printr-o activitate fizică, copilul poate să-și exprime sentimentele de furie față de abuzator.

Exprimarea emoțională.

Identificarea emoțiilor. Mulți dintre copiii care au suferit o formă de abuz și neglijare nu au dezvoltat un limbaj pentru a-și exprima emoțiile. Înainte de a trece la etapa în care învață cum să-și reducă stresul și să dezvolte controlul emoțional, ei pot avea nevoie de sprijin și încurajare pentru a-și explora și identifica sentimentele. Deseori, copiii abuzați trăiesc simultan sentimente contradictorii, ambivalente; ei pot fi fericiți că nu mai sunt abuzați, dar pot fi, în același timp, triști pentru că locuiesc într-un centru de plasament, departe de familie, sau pentru că părintele abuzator a fost pedepsit. Jocul expresiv poate ajuta această explorare, copilul putând exprima grafic sentimentele și apoi poate discuta despre acel sentiment, descriind o situație în care s-a simțit astfel. Planșele, desenele reprezentând diverse emoții sunt utilizate pentru a ajuta copilul să identifice propriile stări sau să vorbească despre modul în care se comportă atunci când se simte fericit, trist, furios, frustrat etc.

Identificarea factorilor ce pot declanșa distres. Copilul este învățat că pot exista unii factori declanșatori, că există momente când ceva care îi amintește de evenimentele traumatiche îi poate determina unele stări emoționale neplăcute și/sau gânduri pe care le-a avut când a trăit evenimentul traumatizat. Apoi trece la identificarea acestora și la însușirea unor metode de a face față stărilor de distres. Nivelul de dezvoltare cognitivă a copilului aflat în această etapă de vârstă nu îi permite întotdeauna să înțeleagă noțiunea destul de abstractă de factor declanșator, motiv pentru care terapeutul limbajul utilizat de terapeut este simplu, adaptat copilului. Identificarea factorilor declanșatori specifici pentru fiecare copil implică realizarea unei liste cuprinzând toate situațiile care au activat copilului amintiri traumatiche. Terapeutul extinde această listă, întrebând copilul despre situații, evenimente externe cu care s-au confruntat alți copii traumatizați. Această listă poate ajunge suficient de lungă, deoarece este posibil ca unii copii să fi fost expuși la rele tratamente multiple și repetate. Chestionarea copilului în această privință se face într-un mod blând, non-intruziv, deoarece amintirea unor astfel de situații este dificilă pentru copil.

Metode de reducere a distresului. Copilul este învățat o serie de metode prin care poate reduce impactul emoțional al factorilor declanșatori. El poate folosi unele dintre frazele următoare: "Aceasta este doar o amintire, nu se întâmplă nimic acum"; "Eu sunt OK, nimic rău nu

se întâmplă în acest moment"; "Mă simt așa doar pentru că îmi amintesc ce s-a întâmplat "; "Eu sunt deștept și puternic" sau se poate întreba: "Ce mi-ar spune acum terapeutul/mama/tata?", dându-și singur răspunsul, ca și cum i-ar vorbi persoana întrebată. Copilul trebuie să se depărteze de locul care i-a declanșat starea și să folosească metode de relaxare pe care le-a învățat anterior. În cele mai multe cazuri, este suficient pentru copil să se relaxeze pentru un minut sau două, concentrându-se pe respirație.

Copilul este învățat să evite factorii declanșatori, părăsind situațiile ce îi pot activa emoții negative puternice, depărtându-se atunci când, într-o discuție cu colegii sau prietenii, are tendința de a deveni furios sau reducând contactul cu un adult care-i amintește de agresor, evitând conversațiile care implică amintirea unor traume, cum ar fi teme legate de sex în cazul victimei unui abuz sexual. De asemenea, copilul se poate angaja într-o altă activitate sau poate începe o conversație care să-i distragă atenția de la stările de panică, furie, flashback-uri sau cogniții catastrofice, se poate angaja într-o activitate fizică sau într-un sport, poate începe să citească o carte sau poate pleca la plimbare. Copilul este încurajat să găsească singur soluții, iar dacă nu reușește, terapeutul îi sugerează o serie de alternative, din care acesta să aleagă.

Îmbunătățirea stimei de sine. Copiii supuși unei forme de abuz și neglijare prezintă deseori o stimă de sine scăzută, asociată cu sentimente de neputință și ineficiență și o slabă dezvoltare a aptitudinilor sociale. Pentru a putea avansa în terapie este importantă îmbunătățirea stimei de sine și îmbunătățirea relațiilor cu părinții, profesorii sau cu alte persoane din anturajul copilului, care pot fi modele de urmat pentru acesta. Copiii abuzați și neglijați se consideră lipsiți de valoare sau simt obligația de a se ridica la nivelul unor așteptări nerezonabile. Ei au nevoie de a fi apreciați pentru ceea ce sunt și lăudați pentru ceea ce fac bine. Pe parcursul procesului psihoterapeutic, terapeutul le oferă astfel de aprecieri și, de asemenea, îi învață și pe părinți să facă, la rândul lor, aprecieri pozitive la adresa copilului. În același timp, terapeutul va învăța copiii să se autoîncurajeze prin afirmații de tipul: "Eu sunt un băiat (o fată) special(ă)", "eu pot face o mulțime de lucruri", "eu sunt bun pentru că sunt așa cum sunt". Astfel, copiii abuzați și neglijați vor experimenta acceptarea necondiționată, în timp ce învață aptitudini și comportamente sociale adecvate, deoarece manifestă deseori izolare sau retragere socială, comportamente de intimidare sau agresive față de alții. Primind un feedback pozitiv pe parcursul ședințelor de psihoterapie, mai cu seamă a celor de grup, copiii vor învăța și manifesta comportamente adaptative care le cresc posibilitățile de a avea experiențele sociale pozitive. .

Pentru îmbunătățirea stimei de sine, a eficacității și asertivității, copiii sunt implicați în activități diverse: auto-portrete, desene și colaje pe tema "cine sunt eu" și "cine vreau să fiu", țin

un jurnal sau scriu o "carte" cu ilustrații care să îi reprezinte; astfel de materiale fiind utile pentru a urmări progresul copilului. Terapeutul oferă suport copilului, își exprimă entuziasmul și interesul față de acesta și față de ceea ce lucrează, chiar oferă mici cadouri în situații speciale: o revistă, o carte, o cutie de creioane colorate etc. Stima de sine a copilului crește prin încurajarea acestuia de a se angaja în activități sportive, cursuri de muzică, artă, sau alte activități extrașcolare, care oferă copilului experiențe pozitive.

Includerea în grupul terapeutic crește stima de sine și sentimentul de eficacitate. Primind un feedback pozitiv de la ceilalți participanți la grupul terapeutic, copilul va începe să se perceapă într-un mod pozitiv și se va simți mai în măsură să facă față situațiilor dificile.

Psihoeucația. Este utilizată în terapia copilului abuzat și neglijat pentru a reduce izolarea și stigmatizarea acestuia, dezvoltarea abilităților sale de adaptare și înțelegerea unor aspecte particulare ale experiențelor traumatiche. Prin discuții directe sau prin utilizarea jocului sau a jocului de rol, terapeutul oferă copilului informații despre o serie de teme majore: aspectele comune celor mai multe cazuri de abuz și neglijare, miturile asociate, motivele obișnuite pentru care persoanele abuzatoare ajung la acte de violență, consecințele imediate și pe termen lung ale maltratării. Sunt utilizate o serie de materiale - broșuri, cărți, care sunt oferite copilului și părinților săi pentru a le citi acasă, între ședințele de psihoterapie, după care sunt discutate în cabinet. Psihoeucația aduce beneficii mai mari clientului atunci când materialul este citit de copil sau de terapeut și personalizat, raportat la situația de viață a copilului, iar apoi conținutul este discutat de către client și terapeut sau părinte, astfel încât să fie înțeles de copil.

Un alt aspect important este concordanța dintre materialele psihoeucaționale și valorile familiei aflată în terapie, în ceea ce privește unele aspecte culturale, cum ar fi sexualitatea sau rolurile sociale. De exemplu, cu toate că abuzul sexual ar putea fi motivul pentru care un copil este adus la cabinetul psihologic pentru terapie, este posibil ca părinții să nu se simtă confortabil discutând despre probleme sexuale sau despre dezvoltarea sexuală normală. Este important ca terapeutul să abordeze acest subiect delicat cu părinții copiilor abuzați și să îi încurajeze să discute aceste aspecte cu copilul, deoarece aceste informații sunt deseori esențiale în normalizarea reacțiilor copilului. De asemenea, este necesar să fie analizate convingerile religioase și/sau spirituale legate de moarte și pierdere înainte de a începe o discuție legată de acest subiect.

În cadrul ședințelor de psihoterapie individuală sau de grup le sunt furnizate copiilor și părinților informații cu privire la drepturile copilului și serviciile de protecție sau de intervenție în cazuri de abuz și neglijare, la care pot apela atunci când sunt în pericol sau au cunoștință de faptul

că un alt copil este într-o situație asemănătoare - telefonul copilului la nivel național - 116 111, și local, pentru Sectorul 2 al mun. București - 9852. Informațiile pot fi furnizate verbal de către terapeut, în timpul ședințelor de psihoterapie, mai ales în cazul copiilor care sunt neșcolarizați sau care nu știu să citească destul de bine. În plus, este important ca astfel de informații să fie oferite și părinților, în ședințele de consiliere de grup adresate acestora sau în cele de psihoterapie de familie.

Identificarea și modularea emoțiilor și procesarea cognițiilor asociate abuzului.

Problema de bază a copiilor care au suferit o formă de abuz și neglijare o constituie tulburările emoționale și simptomele posttraumatice. Aceștia li se adaugă cognițiile iraționale, atitudinile și convingerile negative despre sine și despre alții, despre relația cu alți copii sau cu adulții, despre viitor. Copilul abuzat se consideră ca fiind inadecvat, rău, neiubit, lipsit de inteligență sau neajutorat; îi consideră pe ceilalți ca fiind indisponibili emoțional sau rău-intenționați; crede că relațiile cu ceilalți, mai ales relațiile intime, sunt periculoase; își închipuie că viitorul este fără nici o speranță. Unele dintre acestea pot avea rădăcinile în copilăria mică, înainte de achiziția limbajului, fiind asociate cu emoțiile negative declanșate de experiențe timpurii de abuz sau neglijare. Când sunt activate, aceste scheme timpurii pot declanșa stări extrem de negative la nivel emoțional și cognitiv, cum sunt sentimentele de abandon, panică sau furie, adesea însoțite de manifestări comportamentale, care par mult disproporționate față de situația prezentă care le-a provocat. Maltratarea duce deseori la apariția stresului posttraumatic, caracterizat prin activarea senzorială sau experiențială a unor amintiri legate de traumă, care, ulterior, produc flashback-urile, gândurile și amintirile intruzive, coșmarurile și alte forme de retrăire a experienței traumatice. De asemenea, apare tendința de a evita stimuli care declanșează astfel de răspunsuri, paralizia reactivității generale și simptome de excitație crescută, detașare disociativă, hipervigilență, nervozitate, tresărire, tulburări de somn, probleme de atenție și concentrare și tensiune corporală.

Programul psihoterapeutic adresat copiilor maltratați implică intervenții specifice pentru simptomele de stres posttraumatic. Acestea sunt constituite atât din activități de ameliorare a tulburărilor emoționale, pentru a se ajunge la desensibilizare, stingerea sau normalizarea afectelor, cât și din activități de restructurare cognitivă, reprocesarea credințelor legate de abuz, astfel încât acestea să nu mai interfereze cu funcționarea curentă a copilului.

Așa cum am precizat anterior, înainte de a angaja copilul în analiza amintirilor traumatice, este necesară dezvoltarea unei bune relații terapeutice și trebuie ca mediul său familial să fie suficient de stabil, să îi ofere siguranță și predictibilitate. În caz contrar, copilul poate fi mult prea

bulversat de emoțiile asociate traumei pentru a se angaja profund în terapie sau poate apela la unele comportamente de evitare: disociere, negare, refuzul de a discuta despre evenimentele traumatiche.

Modularea emoțiilor generate de amintirile legate de traumă implică, de obicei, terapia de expunere, care reprezintă orice activitate care declanșează și expune, astfel, copilul, la amintirile traumatiche în context terapeutic. Odată evocate, aceste amintiri pot declanșa reacții emoționale (frică, furie), care au fost inițial asociate cu evenimentele traumatiche. Deoarece aceste stări emoționale asociate apar în mod repetat în cadrul terapeutic securizant, fără existența vreunei posibilități de pericol, și pot fi contrabalansate prin sentimentele pozitive asociate relației terapeutice, conexiunea dintre amintirile legate de traumă și emoțiile asociate slăbește și ajunge chiar să dispară, iar evocarea abuzului sau neglijării pot fi făcute fără a mai produce suferință.

La fel ca în terapia cognitiv-comportamentală de expunere, psihoterapia copiilor abuzați și neglijăți se realizează prin mai multe modalități: terapie prin joc, folosind marionete, păpuși, casa păpușilor, lădița cu nisip și figurine diverse, carduri (cum sunt cardurile OH sau COPE), art-terapie (desen, modelaj, colaj). Copiii desenează sau scriu despre modul în care s-au simțit înainte și după evenimentul traumatic. Li se cere să deseneze unul sau mai multe autoportrete, corespunzătoare unor perioade diferite, înainte și după abuz, să deseneze familia în mișcare sau un instantaneu al familiei lor, putând apare astfel amintiri și sentimente pe care copilul le are față de diferiți membri ai propriei familii. Se utilizează albume cu fotografii personale de la vârste diferite sau ale membrilor familiei, care pot declanșa amintiri legate de traumă, dar și amintiri pozitive, netraumatiche, care pot fi astfel utilizate ca o formă de expunere terapeutică.

Pentru ca analiza emoțiilor să aibă efectul dorit, copilul trebuie să aibă abilitatea de a recunoaște și denumi emoțiile, sentimentele, stările sale. În cazul în care nu a dezvoltat astfel de abilități, trebuie ajutat să și le îmbunătățească, astfel cum a fost discutat mai sus. Copiii sunt încurajați și implicați în activități specifice, cum sunt jocul de rol sau mijloacele expresive: desenul, modelajul, colajul, pentru a reuși să-și identifice și să discute despre propriile sentimente.

Procesarea cognițiilor. Intervențiile la nivel cognitiv nu sunt, de obicei, la fel de dificile pentru copil cum sunt cele la nivel emoțional. Restructurarea cognitivă presupune prelucrarea și resemnificarea convingerilor, ideilor, așteptărilor iraționale legate de abuz sau neglijare, reconsiderarea acestora atunci când apar pe parcursul retrăirii simbolice a traumei. Ca și în cazul analizei emoțiilor, se utilizează diferite tehnici: jocul cu păpuși sau marionete, lădița cu nisip, casa de păpuși, desen, colaj etc. Astfel, copilul este capabil să relateze diverse aspecte ale traumei.

Pe măsură ce copilul explorează evenimentul traumatic atât verbal, cât și prin joc și alte tehnici expresive, are posibilitatea de a retrăi trauma din perspectiva prezentului și să reconsidere ceea ce gândise la momentul respectiv, credința că s-a purtat urât, că merită să fie abuzat pentru că a greșit sau nu s-a comportat corect, credința copilului că ar fi trebuit să poată preveni sau opri abuzul. Când aceste convingeri sunt exprimate de copil pe parcursul terapiei, ele sunt explorate și discutate, iar copilul, cu ajutorul terapeutului, le va revizui în măsura în care înțelege că acele credințe nu-și mai justifică sensul în prezent.

De asemenea, copilul poate exprima diverse distorsiuni cognitive despre sine, care trebuie să fie explorate. El spune, de exemplu, "eu sunt prost", "mă uit urât", sau "nimeni nu mă va iubi niciodată". Pe măsură ce explorează aceste puncte de vedere negative alături de un psihoterapeut suportiv, copilul începe să ia în considerare posibilitatea că nu este chiar așa cum crede, că nu este rău sau prost și că poate și merită să fie iubit și îngrijit. Povestind și exprimând prin joc evenimentul traumatic, credințele inițiale ale copilului formate în urma abuzului sau neglijării nu mai pot fi susținute atât în contextul prezent, când se simte în siguranță, nu are constrângeri, este sprijinit în introspecție și și-a dezvoltat capacitatea de a gândi independent, cât și în lumina noilor informații, copilul dobândind prin psihoeducație noțiuni despre drepturile copiilor, înțelegând faptul că ceea ce a trăit nu este corect etc. În același timp, copilul experimentează relația cu terapeutul, care contrazice ceea ce a învățat în urma evenimentelor traumatice: că o persoană poate fi vulnerabilă fără a fi rănită sau exploatată, că oamenii puternici nu sunt întotdeauna periculoși sau indisponibili emoțional, că nu toți cei din jurul său îl văd într-o lumină negativă, că el merită să fie iubit și că este valoros, că are drepturi ca orice alt copil și că acestea nu pot fi ignorate. Copilul învață din relația terapeutică că ceea ce a crezut despre relațiile anterioare, cu persoane care l-au abuzat sau l-au neglijat, nu trebuie generalizat.

Povestea vieții. Pentru a putea discuta coerent despre viața lor și despre traumele pe care le-au trăit se utilizează tehnica povestirii despre viață și evenimentele traumatice. Se folosește o bucată mare de hârtie pe care se notează diferite vârste, apoi copilul poate adăuga cuvinte sau desene despre ceea ce a trăit în fiecare moment important, incluzând atât experiențele pozitive, cât și experiențe traumatice. Astfel se creează o reprezentare vizuală a evenimentelor semnificative din viața copilului. În paralel, copiii întocmesc un jurnal al experiențelor lor și discută cu terapeutul ceea ce au scris sau desenat. Dacă copilul crede că materialul realizat nu este în siguranță la domiciliul său (poate fi citit de altcineva, luat, distrus), terapeutul îi va permite să îl lase în cabinet. Acasă sau în cabinet, copilul va continua să scrie sau să deseneze în acest jurnal, exprimând noi detalii legate de viață și evenimentele trăite, notând inclusiv emoțiile sau cognițiile

legate de acestea. Deși copiilor nu le place să vorbească despre evenimente asociate cu emoții negative puternice deoarece se tem că amintirea acestor evenimente îi poate copleși, crearea unor astfel de povestiri are mai multe efecte terapeutice: desensibilizarea copiilor care pot astfel vorbi mai ușor despre traumă, reducerea simptomelor, a evitării și comportamente maladaptative, identificarea și corectarea cognițiilor iraționale.

Povestirea începe cu informații neutre, care nu produc distres copilului: nume, vârstă, școală, hobby-uri etc. și continuă cu ce s-a întâmplat acasă sau la școală înainte de ziua în care s-a produs abuzul. Copilul este încurajat să descrie în detaliu modul în care a perceput abuzul, pe parcursul mai multor ședințe, și să exprime gândurile și sentimentele despre experiența trăită. Dacă nu poate face față acestei sarcini, poate să descrie doar ceea ce s-a întâmplat și să revină ulterior pentru a adăuga gânduri și sentimente, cu sprijinul terapeutului. La finalizarea povestirii i se cere copilului să o citească în întregime, fără a analiza și discuta gândurile și sentimentele notate.

Terapeutul solicită copilului să descrie cel mai trist/rău/înfricoșător moment, cea mai rea amintire legată de maltratare, cea mai negativă parte a evenimentului traumatic și să includă acest aspect în povestire, descriindu-l cu cât mai multe detalii, inclusiv să facă un desen al acestui moment. Repetând de câteva ori citirea povestirii, identificând și analizând gândurile și sentimentele asociate, reacțiile copilului scad progresiv în intensitate; în cazul în care astfel de reacții apar în timpul ședințelor se aplică tehnici de reducere a stresului descrise anterior (tehnici de respirație, relaxare, imaginație dirijată etc.).

Fiecare ședință se încheie cu o activitate plăcută, scurtă, fără legătură cu aspectele discutate, iar copilul este încurajat și laudat pentru efortul său.

Copilul este ajutat să înțeleagă că evenimentele traumatice pe care le-a trăit sunt doar o parte din viața lui și că el nu este definit doar de ceea ce s-a întâmplat rău cu el. În final, copilul este sprijinit să creeze un final pozitiv și optimist povestirii, să observe ce s-a schimbat în viața lui, în ce fel este diferit acum, după ce a trecut prin situația de abuz sau neglijare și ce sfaturi ar da altor copii care au trecut prin experiențe similare.

Îmbunătățirea relaționării. Copilul care a suferit o formă de abuz și neglijare prezintă tulburări de atașament și de relaționare cu adulții și cu cei de aceeași vârstă. Experiențe precum neglijarea nevoilor emoționale, comunicarea și relaționarea impredictibilă și necontrolabilă cu părinții duc la formarea unor scheme negative (pierdere, abandon, atașament nesigur sau dezorganizat), asociate cu emoții și cogniții negative. Copilul se așteaptă să fie abandonat, respins, trădat, lezat la nivel emoțional, crede despre sine că este rău, prost sau că nu merită să fie

iubit, și are convingerea că figurile de atașament îl neglijează, nu îl îngrijesc, îl resping. El manifestă o serie de emoții asociate acestor scheme: tristețe, deznădejde, disperare, panică și/sau furie. Deoarece multe dintre aceste trăiri s-au petrecut în primii ani de viață, înainte de achiziția limbajului, implică amintiri senzoriale și emoționale, spre deosebire de cele verbale, autobiografice. Ele nu pot fi accesate în sine, dar pot fi declanșate de stimuli din mediul copilului care simbolizează pentru acesta abandonul, respingerea sau pierderea care a caracterizat experiențele lor de atașament. Atunci când sunt declanșate, amintirile din etapa preverbală sunt re trăite, ca și cum s-ar întâmpla în prezent și duc uneori la reacții și comportamente corespunzătoare celor pe care le-a trăit copilul în experiențele sale negative de atașament. În consecință, copilul are dificultăți majore în formarea de relații stabile, pozitive, iar uneori manifestă sentimente ambivalente. El este adesea neîncrezător în relaționarea la nivel emoțional, deși este preocupat de nevoile relaționale nesatisfăcute. Relațiile foarte apropiate cu ceilalți sunt adesea percepute ca periculoase de către copilul victimă a abuzului sau neglijariei, deoarece îi reactivează unele amintiri negative descrise anterior, care sunt interpretate ca fiind legate de relațiile actuale. În același timp, copilul re trăiește dorința intensă de a atașa, uneori fără discriminare, căutând apropierea de figurile de atașament. Aceste manifestări se pot prezenta ca tulburări de tip borderline, slăbirea limitelor personale, atașarea de persoane nepotrivite sau reacții neadecvate la cele care oferă ajutor sau îngrijire, accese de furie și, în unele cazuri, comportament agresiv ca răspuns la ceea ce consideră respingere sau abandon, probleme în relațiile cu ceilalți copii, izolare.

Folosindu-se de relația terapeutică, psihoterapeutul activează, analizează și ajută la îmbunătățirea relaționării și a atașamentului. Pe parcursul procesului psihoterapeutic sunt re activate amintiri, emoții, gânduri, scheme asociate cu experiențele trăite în relația cu figurile de atașament. Acestea se manifestă sub forma transferului, relația apropiată cu terapeutul, statutul și vârsta acestuia putând fi asociate de copil cu experiențele sale timpurii cu figurile de atașament și astfel activând o serie de emoții (furie, teamă, disperare) și cogniții (de exemplu, faptul că terapeutul este sever sau că îl respinge) asociate. Terapeutul acordă o atenție deosebită acestor emoții, gânduri și comportamente, care sunt în neconcordanță cu experiența actuală a copilului: terapeutul nu manifestă respingere, el este, de fapt, cald și suportiv, iar spațiul terapeutic este sigur, lipsit de orice fel de pericole. În timp, în lipsa unui suport obiectiv pentru modelul negativ activat și prin analiza emoțiilor și cognițiilor, aceste reacții ale copilului scad în intensitate sau chiar dispar, pentru început în relație cu terapeutul, apoi și în alte contexte interpersonale.

Terapeutul trebuie să aibă în vedere să nu dezvolte cu copilul o relație de atașament mai puternică decât cea pe care acesta o are cu părintele ne-abuzator, disponibil pentru a îngriji copilul. Un atașament prea puternic cu terapeutul poate deveni, inevitabil, o sursă de suferință pentru copil, deoarece la un moment dat terapia trebuie să se încheie și acest lucru poate reactiva trauma de pierdere sau abandon. Această problemă este evitată prin ședințele de psihoterapie individuală sau de grup la care participă atât copiii, cât și părinții lor, obiectivul terapiei fiind îmbunătățirea relației dintre aceștia. În aceste ședințe copilul are posibilitatea de discuta cu părinții, într-un mediu securizant, orice probleme legate de relația cu aceștia, iar părinții identifică, în urma psihoeducației și terapiei, moduri noi de interacțiune cu copilul.

Managementul comportamentului. O mare parte a copiilor abuzați și neglijați prezintă tulburări emoționale (furie, depresie, anxietate), dificultăți de comunicare și relaționare, ceea ce declanșează comportamente de tip *acting-out*, auto-agresiune, supraalimentare, comportamente demonstrative, agresivitate verbală sau fizică de alții, distrugeri ale unor obiecte, comportament sexualizat, abuz de substanțe, încălcarea regulilor și a legilor, absenteism sau indisciplină în școală (cele mai frecvente la această categorie de vârstă). Intervenind în scopul reducerii tulburărilor emoționale se diminuează și intensitatea comportamentelor menționate.

Copilul este ajutat să învețe să-și controleze comportamentul sau să îl înlocuiască cu unul nou, pozitiv, mai degrabă decât să încerce să evite sau să suprimă comportamentele problematice. Intervențiile pentru managementul comportamentelor negative se axează pe identificarea stărilor emoționale ale copilului care duc la astfel de comportamente, strategiile sale de reglare emoțională, înțelegerea legăturilor dintre emoții, gânduri și comportament, capacitatea copilului de a amâna comportamentele de reducere a tensiunilor. Copilul utilizează tehnicile de management al stărilor negative descrise anterior, reducând, astfel, necesitatea de a se angaja în comportamente negative. El este învățat să se oprească un moment atunci când simte că este tensionat, să se concentreze asupra respirației și să încerce să se relaxeze, să se angajeze în alte activități, să-și îndrepte atenția spre mediul înconjurător și să se concentreze pe "aici și acum", sau poate utiliza metode de stopare a gândurilor. Este importantă în acest context identificarea stimulilor care declanșează stările negative și comportamentele pe care le manifestă pentru a-și reduce tensiunea. Cu cât copilul va fi mai capabil să identifice factorii declanșatori ai comportamentului său, gândurile și sentimentele pe care le generează, cu atât va reuși să obțină controlul asupra propriului comportament.

Comportamentul negativ al copilului poate fi ameliorat și prin învățarea acestuia să amâne impulsul atunci când acesta apare. Inițial este dificil pentru copil să se oprească din acțiune; în

multe cazuri, starea pe care copilul o resimte este ca un impuls necontrolabil, căruia acesta nu îi poate rezista. Totuși, copilul începe să câștige un oarecare control al propriului comportament. Faptul că nu cedează impulsului de a manifesta un anumit comportament reduce nevoia de a se angaja în acel comportament, iar starea emoțională care l-a declanșat scade în intensitate, copilul reușind să se gândească la consecințele comportamentului său. Repetându-le, aceste amânări se pot automatiza și astfel crește capacitatea de toleranță a copilului. Rezistența copilului la impulsul de a se angaja într-un anumit comportament îi creează acestuia o scurtă stare de distress, dar această experiență negativă internă nu este copleșitoare, este trecătoare, iar copilul dezvoltă abilitatea de "a se simți rău, fără a face rău".

Părinții sunt încurajați să înțeleagă cauza comportamentului copilului și să evite pedepsirea acestuia, deoarece rareori are rezultatul dorit. Poate apărea chiar un cerc vicios, comportamentele agresive ale copilului putând duce la creșterea și aspirarea pedepselor, ceea ce va accentua comportamentul copilului. Abordarea copilului se face într-un mod pozitiv, non-punitiv, punând accentul pe învățarea de comportamente noi, mai adaptative. Părinții sunt încurajați să folosească recompense, să laude copilul ori de câte ori acesta demonstrează că a făcut un mic progres.

3.3. Psihoterapia de grup

După parcurgerea unei serii de 10-12 ședințe de psihoterapie individuală, stabilirea unei bune relații terapeutice și însușirea unor metode de management al stresului, copiii sunt incluși într-un grup psihoterapeutic, cu 12 ședințe săptămânale de 1,5 ore. Având vârste apropiate și experiențe asemănătoare de maltratare, coeziunea grupului se realizează cu ușurință. Psihoterapia de grup oferă copilului posibilitatea de a împărtăși cu ceilalți trăirile asociate abuzului, putând, de asemenea, afla mai multe despre experiențele celorlalți. Activitățile și tehnicile utilizate aparțin preponderent psihoterapiei umanist-experiențiale. Începutul fiecărei ședințe a constat, de obicei, dintr-un exercițiu de relaxare sau de respirație, pentru a ajuta copiii să-și controleze emoțiile și să devină mai atenți asupra activităților ce se vor desfășura.

Ședința 1. Introducere în grupul terapeutic.

Terapeutul prezintă și discută cu participanții obiectivele, scopurile și regulile grupului, aspecte legate de confidențialitate și încredere. Urmează prezentarea participanților, începând cu terapeutul, fiecare copil împărtășind grupului câteva informații despre sine. Se utilizează activități de spargere a gheții, joc de rol, terapie prin mișcare și dans, pentru a facilita intercunoașterea și a ajuta la crearea coeziunii grupului.

1. Să facem cunoștință!

Scop: cunoașterea numelui fiecărui participant, crearea unei atmosfere calde, de încredere și siguranță.

Durata: 10 min.

Tehnica utilizată: jocul.

Descrierea activității: Copiii sunt așezați în picioare, în cerc. Terapeutul ține în mâini o minge, iar fiecare participant, pe rând, va arunca mingea unui copil din grup și își va spune numele, însoțit de o afirmație prin care să transmită celorlalți ce îi place mai mult. Cel care primește mingea o va arunca unui alt copil, până când se va afla numele fiecăruia.

Efectele obținute: detensionare, realizarea unui prim contact între membrii grupului.

2. Reporterul.

Scop: eliminarea tensiunilor, facilitarea interacțiunilor, intercunoaștere.

Durata: 40 minute.

Tehnica utilizată: jocul, jocul de rol.

Descrierea activității: Formând un semicerc, pe scaune, copiii sunt așezați perechi, față în față. Un membru al perechii va fi, pentru câteva minute, reporter și îi va pune întrebări partenerului său, încercând să afle cât mai multe lucruri despre acesta. Apoi se inversează rolurile, celălalt copil devenind "reporter". În final, fiecare prezintă întregului grup informații despre partenerul său. Ceilalți copii pot pune întrebări. Cele mai bine realizate "interviuri" sunt apreciate și "publicate".

Efectele obținute: copiii reușesc să se cunoască mai bine, să se accepte, așa cum sunt, sporindu-și astfel încrederea în sine. Se creează un climat securizant, deschis.

3. Stabilirea regulilor grupului.

Scop: stabilirea regulilor, împreună cu participanții la grup. Se formulează și se discută regulile concrete.

Durata: 20 min.

Descrierea activității: membrii grupului, ajutați de terapeut, stabilesc împreună regulile sau limitele obligatorii pentru fiecare participant, pe întreaga perioadă de desfășurare a grupului psihoterapeutic.

Exemple de reguli de grup:

- confidențialitate: nu le este permis să discute ceea ce se întâmplă în grup decât referitor la propria persoană;
- ne respectăm unii pe alții;
- este interzisă orice formă de violență;
- ne exprimăm clar, concis și direct;

- vorbim pe rând, îl ascultăm pe cel care vorbește până când termină ce are de spus;
- încurajăm participarea fiecărui membru;
- participăm cu toții la aranjarea sălii la încheierea activităților.

4. Exercițiu de mișcare.

Scop: crearea unei atmosfere pozitive, realizarea coeziunii grupului.

Durata: 15 min.

Tehnica utilizată: terapia prin mișcare și dans.

Descrierea activității: Copiii sunt așezați în picioare, în cerc, ținându-se de mână. Folosind un fond muzical, fiecare participant propune, pe rând, câte o mișcare, care este executată de toți ceilalți membrii ai grupului, în același timp.

Efectele obținute: copiii se simt liberi în exprimare, fără a fi criticați, se simt acceptați; se creează o atmosferă relaxată, de bucurie și bună dispoziție.

5. Salutul final.

Ședința 2. Construirea coeziunii și încrederii.

Include activități de desen, colaj sau descriere în scris a intereselor, a ceea ce le place și ce nu le place, urmate de exprimarea unor aprecieri pozitive despre ceea ce a realizat fiecare.

1. Salutul

Participanții se salută și își împărtășesc impresiile despre ședința precedentă.

2. Prezentare fără cuvinte

Scop: dezvoltarea intercunoașterii, coeziunii și încrederii între membrii grupului.

Durata: 30 min.

Tehnica utilizată: joc

Descrierea activității: copiii formează perechi, după care se vor prezenta reciproc, dar fără a folosi cuvinte. Pot utiliza mimica, desene, semne, gesturi, posturi etc. Fiecare copil dispune de 4-5 minute pentru această prezentare, apoi continuă celălalt. La final vor discuta cu partenerul ce au încercat să transmită și ce a înțeles celălalt, continuând prin a comunica grupului impresiile și trăirile de pe parcursul exercițiului.

Efectele obținute: copii au reușit să se cunoască mai bine și să își dezvolte expresivitatea corporală, spontaneitatea și creativitatea.

3. Rotația desenelor

Scop: creșterea încrederii și a cooperării

Durata: 45 min.

Tehnica utilizată: art-terapie

Descrierea activității: Copiii primesc o coală de hârtie și creioane colorate, fiecare putând să deseneze ceea ce dorește pe foaia lui. Când terapeutul spune "Stop! Schimbă!", trebuie să schimbe desenele, oferindu-le copilului din dreapta. Astfel, fiecare va desena pe toate foile. În final, fiecărui copil i se lasă timp să încheie desenul pe care l-a început, după care se discută cum s-au simțit în timpul exercițiului și dacă sunt mulțumiți de modul în care li s-a completat desenul.

Efectele obținute: a crescut gradul de cooperare între copiii din cadrul grupului, rezistența la frustrare și s-a dezvoltat autocunoașterea.

Ședința 3. Identificarea trăirilor și emoțiilor.

Copiii sunt ajutați să identifice emoțiile și să exploreze diverse situații vesele, triste, înfricoșătoare, supărătoare, incitante și trăirile afective asociate, prin utilizarea unor materiale terapeutice specifice, desen, joc de rol. Obiectivul ședinței este de a demara învățarea exprimării și controlului emoțiilor în situații diferite.

1. Emoții pozitive și negative [164]

Scop: identificarea emoțiilor pozitive și negative, dezvoltarea vocabularului emoțional.

Durata: 40 min.

Tehnica utilizată: jocul

Descrierea activității: Terapeutul discută cu copiii despre emoțiile pozitive (cele pe care ne face plăcere să le avem) și emoțiile negative (care nu ne face plăcere să le avem, pentru că nu ne simțim bine când apar, solicitând copiilor să ofere exemple pentru fiecare în parte. În continuare, li se citesc copiilor o serie de scenarii și li se cere să descrie modul în care s-ar simți dacă ar trăi situațiile respective, utilizând cartonașe pe care sunt notate emoții pozitive (mândru, fericit, entuziasmat, calm, vesel, extraordinar) și negative (supărat, speriat, invidios, îngrijorat, furios, trist).

Exemple de situații în care copiii trăiesc emoții pozitive:

- Nu ți-ai văzut bunicii de mult timp. Tatăl tău îți spune că vor veni în vizită;
- Ziua ta de naștere va fi săptămâna viitoare și ai invitat câțiva prieteni la petrecere;
- Ai reușit să gătești prima prăjitură.

Exemple de situații în care copiii trăiesc emoții negative:

- Unul dintre prietenii tăi râde de tine pentru că nu ai avut un rezultat bun;
- Ești la cumpărături cu mama ta. Aceasta îi cumpără fratelui tău un tricou, iar ție nu îți cumpără nimic;
- Tatăl tău a intrat la închisoare pentru că a vândut droguri;
- Părinții tăi au decis să divorțeze.

Terapeutul discută cu copiii emoțiile pe care le-au ales, dacă au ales aceeași emoție pentru fiecare situație și de ce. Copiilor li se cere să dea exemple de cazuri în care li s-a întâmplat să trăiască emoțiile identificate și să propună moduri în care s-ar putea simți mai bine atunci când trăiesc emoții negative. Cea mai interesantă situație este dramatizată.

Efectele obținute: copiii reușesc să identifice și să numească atât emoțiile pozitive, cât și pe cele negative și dobândesc primele informații referitoare la autocontrol.

2. *Mimodramă* [85].

Scop: stimularea exprimării emoționale, verbal și nonverbal, dezvoltarea empatiei.

Durata: 25 min.

Tehnica utilizată: terapia prin mișcare

Descrierea activității: Terapeutul propune copiilor să formeze un cerc. Fiecare, pe rând, va trebui să prezinte celorlalți starea lui de moment, utilizând mimica și pantomimica. Pentru a oferi participanților timp de gândire și pentru a face exercițiul mai antrenant, se propune ca exteriorizarea unei stări să se facă după două bătăi din palme realizate în același timp de către toți membrii grupului. Copiii trebuie să identifice starea protagonistului. După mai multe încercări de recunoaștere sau după identificarea corectă a stării, toți participanții încearcă să imite mimica și gestica protagonistului și să trăiască starea acestuia.

Efectele obținute: Copiii au reușit să identifice și să exprime o anumită trăire interioară, asociind-o cu o anumită expresivitate corporală. De asemenea, și-au antrenat abilitățile empatice, preluând starea celorlalți.

3. *Găsește un sentiment.*

Scop: identificarea sentimentelor în diferite situații.

Durata: 15 min.

Tehnica utilizată: fișe de lucru

Descrierea activității: Copiii vor completa individual și apoi vor citi și comenta fișa *Găsește un sentiment* – desenează o linie de la o propoziție la fața care arată cum te simți dacă ... (anexa 9).

Efectele obținute: copiii și-au dezvoltat abilitatea de a identifica și numi emoții.

Sedințele 4-5. Managementul emoțiilor și gândurilor negative

Participanții află ce îi face furioși, modul în care comportamentul lor agresiv îi poate afecta pe ceilalți, învață moduri alternative de exprimare a furiei, comportamente asertive.

1. *Confruntarea cu o situație dificilă* [85]

Scop: identificarea și exprimarea gândurilor și sentimentelor față de o situație dată, experimentarea frustrării.

Durata: 30 min.

Tehnica utilizată: terapia prin joc

Descrierea activității: Un copil se oferă voluntar pentru a fi protagonistul acestui exercițiu. Ceilalți alcătuiesc un cerc, ținându-se strâns de mâini. Protagonistul stă în centrul cercului și va trebui să încerce să iasă din cerc. Se formează astfel două tabere inegale din punctul de vedere al forțelor. Exercițiul poate continua, protagonistul aflându-se de data aceasta în afara cercului. În această variantă toți componenții grupului vor experimenta rolul protagonistului și vor fi ghidați de terapeut spre conștientizarea propriilor trăiri, gânduri, în timpul confruntării cu "obstacolul". Terapeutul încearcă să mobilizeze grupul pentru a oferi suport, încurajări verbale celui care încearcă să-și soluționeze problema actuală.

Efectele obținute: copiii au conștientizat modalitățile proprii de a acționa într-o situație dificilă, și-au identificat gândurile și sentimentele asociate, au învățat noi comportamente.

2. Nori de furtună

Scop: identificarea emoțiilor și gândurilor negative și a modalităților de control și schimbare a acestora.

Durata: 25 min.

Tehnica utilizată: art-terapie

Descrierea activității: Copilul va identifica emoțiile, gândurile, comportamentele negative și le va scrie sau desena cu culori închise pe norii de furtună, utilizând fișa oferită de terapeut. Apoi va colora soarele cu galben și îl va asocia cu modul în care dorește să fie viața lui. Razele care străpung și alungă norii de furtună vor fi, de asemenea, asociate cu emoțiile, gândurile, comportamentele pe care dorește să le aibă, putând fi notate pe desen. Copiii prezintă desenul și discută modul în care își pot schimba stările negative.

Efectele obținute: participanții au conștientizat trăirile negative și posibilitățile de a le modifica.

3. Poveste terapeutică

Scop: reducerea emoțiilor negative și a încrederii în sine

Durata: 25 min.

Tehnica utilizată: povestire

Descrierea activității: citirea de către un copil sau de către terapeut a povestirii *Pățania iepurelui Fliti cu leul cel fioros* (anexa 3), urmată de discuții despre aspectele relatate.

Efectele obținute: copiii au identificat sentimente și gânduri negative, precum și posibilități de a le face față.

4. Amprente. [11]

Scop: identificarea emoțiilor și gândurilor negative și a modalităților de control și schimbare a acestora.

Durata: 90 min.

Tehnica utilizată: art-terapie

Descrierea activității: Copiii vor fi ajutați să-și identifice emoțiile, gândurile, comportamentele pe care le manifestă atunci când sunt furioși. Apoi vor alege câte un tub de acuarele care, în viziunea lor, simbolizează furia și vor pune pe o planșetă o cantitate destul de mare din acea culoare. Copiii își va acoperi toată palma cu culoarea respectivă și apoi o vor așeza pe suprafața unei bucăți de pânză de culoare albă. Terapeutul face asocierea dintre amprenta rămasă pe bucata de pânză și rănilile produse celor din jur atunci când suntem agresivi: "Chiar dacă noi ne eliberăm de furie - așa cum palma s-a curățat de culoare atingând pânza albă - și începem să ne simțim mai bine, nu înseamnă că și ceilalți simt la fel, ba chiar aceștia sunt răniți de furia noastră. Aceasta înseamnă că ne comportăm *agresiv*". Copiii vor fi rugați să-și coloreze din nou palma cu culoarea roșie, dar de data asta nu vor mai atinge o bucată de pânză albă și nici nu vor utiliza buretele pentru a îndepărta culoarea. "Acum palma nu dorește să lase amprenta pe pânza albă, de fapt nu dorește să aibă nici un contact cu ea. Așa sunt și unii copii. Simt furie, dar nu doresc să o exteriorizeze. Acesta este un comportament *pasiv*, în care nu spunem celor din jur ceea ce gândim și ceea ce simțim. Gândiți-vă! Cum vă simțiți acum, când culoarea se usucă pe palmă? Palma devine aspră și inestetică, iar pielea nu mai este atât de flexibilă. Așa este și în situația în care nu eliberăm furia, ne simțim sufletul din ce în ce mai încărcat, nu ne simțim confortabil în pielea noastră. De aceea trebuie să găsim un mod de a exterioriza furia, fără a-i răni pe cei din jur". Se curăța vopseaua uscată de pe mâinile copiilor, apoi se reia exercițiul, se recolorează palma cu culoarea aleasă, simbolizând furia care acaparează copilul în anumite situații, apoi se va utiliza un burete și un vas cu apă, copiii utilizându-le pentru a șterge culoarea de pe palmă. Terapeutul îi ajută să asocieze modul în care buretele spală culoarea de pe palmă și ceea ce ar putea face ei pentru a elibera furia fără a-i răni pe cei din jur. Copiii vor da exemplu se strategii asertive prin care se poate rezolva un conflict sau se poate elibera furia, fără a-i răni pe ceilalți. După ce palma a rămas curată, copiii o va așeza pe o altă bucată de pânză albă. "Vedem că de această dată nu am mai lăsat nici o amprentă pe pânza albă. Acest lucru înseamnă că, dacă noi reușim să găsim modalitățile optime de a reduce furia, atunci ceilalți nu vor fi răniți. Cum buretele a reușit să spele ușor culoarea de pe palmă, la fel și noi ne descărcăm de tensiune, dar fără a-i răni pe cei din jur. Acest lucru înseamnă să ne comportăm *asertiv*". La final se discută împreună cu copiii experiența trăită.

Efectele obținute: copiii au învățat să facă diferența între diverse tipuri de comportamente, ca reacții la furia simțită: agresiv, pasiv și activ.

Sedința 6. A fi în siguranță.

Prin art-terapie, joc și discuții se identifică situațiile în care copilul nu se simte în siguranță, strategiile de prevenire a acestora și posibilitățile de a căuta sprijin și ajutor.

1. Scutul de apărare

Scop: autocunoaștere, conștientizarea nevoilor de apărare și autoapărare și modalități de realizare.

Durata: 20 min.

Tehnica utilizată: art-terapie

Descrierea activității: *Scutul.* Fiecărui copil i se oferă o coală de hârtie A4 care are desenat pe ea un scut și se explică grupului că acest scut era utilizat de soldați pentru a fi apăra de dușmani și a le salva viața. Ca să îl poată utiliza, soldații erau bine antrenați și, în special, cunoșteau foarte bine acest scut. Desenul scutului este împărțit în patru părți, iar în mijloc are un cerc. Copiii trebuie să completeze toate acele părți și centrul, astfel: în prima parte vor nota ce le place, în a doua cine le sunt prietenii, în a treia o amintire plăcută, în a patra care le sunt calitățile, iar în centru talentul ascuns. După ce fiecare copil și-a construit scutul, îl va prezenta grupului.

Efectele obținute: exercițiul a ajutat copiii la să-și îmbunătățească funcționarea mecanismelor de apărare.

2. Clopotul [68].

Scop: creșterea încrederii în ceilalți

Durata: 30 min.

Tehnica utilizată: joc și mișcare

Descrierea activității: Participanții stau unul lângă celălalt, alcătuind un cerc, cu fața spre interior. Un voluntar intră în centrul cercului, închide ochii, rămâne cu picioarele fixe pe podea și începe să se lase pe mâinile celor din jur, care îl rotesc, în cerc. Copilul din centrul grupului va decide durata exercițiului. Este importantă atmosfera liniștită în grup și grija tuturor ca voluntarul să se simtă bine, ca atingerile să nu fie neplăcute și să nu cadă. Exercițiul continuă cu ceilalți participanți, după care se discută emoțiile trăite.

Efectele obținute: copiii au discutat trăirile legate de experiență și și-au dezvoltat încrederea, conștientizând posibilitatea de a se baza pe ceilalți.

3. Conducerea orbului.

Scop: dezvoltarea încrederii în partener și a sentimentului de siguranță.

Durata: 30 min.

Tehnica utilizată: terapie prin joc

Descrierea activității: Se așează aleatoriu câteva scaune în centrul cabinetului, care vor reprezenta niște obstacole. Se stabilește un traseu care trebuie parcurs între aceste obstacole, de către perechi, astfel: un copil va fi legat la ochi cu o eșarfă, iar celălalt va fi conducătorul "orbului", care va avea grijă ca acesta să nu se lovească de obstacole. După parcurgerea traseului se schimbă rolurile, până când toți copiii vor parcurge traseul. În final se discută ceea ce a simțit fiecare dintre copii, în cele două roluri.

Efectele obținute: participanții și-au îmbunătățit capacitatea de a primi și oferi ajutor, încrederea în sine și în ceilalți.

Ședința 7. Îmbunătățirea stimei de sine.

Utilizând activități de art-terapie, dramaterapie, joc de rol se urmărește îmbunătățirea stimei de sine a copiilor și a abilităților acestora.

1. Cartea de vizită [68].

Scop: cunoaștere, autocunoaștere.

Durata: 25 min.

Tehnica utilizată: art-terapie

Descrierea activității: Se pun la dispoziția copiilor creioane colorate, bucăți de carton, hârtie colorată. Cu ajutorul acestora ei trebuie să deseneze un simbol care să îi reprezinte. Li se pot sugera criterii după care să aleagă simbolurile. Agățând pe piept cartea de vizită copiii se așează în cerc și își prezintă simbolul personal, explicând de ce a ales acel simbol și ce reprezintă pentru el.

Efectele obținute: copiii și-au îmbunătățit abilitatea de a discuta despre ei înșiși, de a se prezenta celorlalți așa cum sunt, simțind totodată faptul că sunt acceptați de grup.

2. O minune [68].

Scop: îmbunătățirea stimei de sine.

Durata: 15 min.

Tehnica utilizată: joc

Descrierea activității: Terapeutul pregătește o cutie învelită cât mai frumos, în care așează o oglindă. Cu o introducere cât mai misterioasă, creează o atmosferă magică pentru acest exercițiu, spunând, de exemplu: "Am adus aici această cutie ciudată în care se află o minune! Fiecare dintre voi va veni pe rând și îi voi arăta acea minune. Trebuie să vă uitați bine la ceea ce vedeți și să păstrați secret ceea ce ați văzut până la terminarea exercițiului, până când fiecare copil se va uita în cutie". După terminarea exercițiului se discută sentimentele apărute, reacțiile copiilor și faptul că fiecare dintre noi suntem ființe unice, suntem "o minune".

Efectele obținute: îmbunătățirea imaginii de sine.

3. *Mâna valoroasă* [151].

Scop: îmbunătățirea stimei de sine.

Durata: 40 min.

Tehnica utilizată:

Descrierea activității: Copiilor li se cere să reflecteze un timp asupra propriei persoane, gândindu-se la aspectele pozitive, la ceea ce îi face valoroși, ceea ce le place la ei, la calitățile lor care îi ajută să treacă peste obstacole, să fie astfel cum își doresc. Ei notează pe o foaie de hârtie acele calități pe care le-au conștientizat și împărtășesc ceea ce au scris cu ceilalți participanți. Apoi, fiecare va sugera fiecărui participant cel puțin o calitate pe care acela nu a notat-o pe foaie. Din lista astfel realizată li se cere copiilor să aleagă cinci calități, cele mai importante pentru ei, pe care le apreciază cel mai mult, de care au cea mai multă nevoie. În continuare, li se oferă copiilor o nouă foaie de hârtie, pe care își vor pune mâna preferată și îi vor trasa conturul. Pe fiecare deget vor nota una dintre cele 5 calități alese. În final, li se sugerează copiilor că, atunci când se simt nesiguri, își pot aminti de calitățile pe care le au, prinzându-și degetul corespunzător.

Efectele obținute: copiii au conștientizat calitățile și resursele personale, și-au îmbunătățit încrederea în sine și au dobândit o ancoră de menținere a acesteia.

Ședințele 8 și 9. Explorarea istoriilor de abuz și neglijare.

Se utilizează tehnica povestirii despre abuz.

Scop: copiii au posibilitatea de a împărtăși cu ceilalți trăirile asociate abuzului și neglijării.

Durata: 2 ședințe de 90 min.

Tehnica utilizată: povestire

Descrierea activității: Copiii utilizează materialele realizate pe parcursul desfășurării ședințelor de psihoterapie individuală și le prezintă celorlalți participanți.

Efectele obținute: participanții constată că experiențele lor nu sunt unice, că și alți copii au trecut prin unele asemănătoare.

Ședințele 10-11. Identificarea strategiilor de coping.

Ascultând povestirile celorlalți, copiii reușesc să identifice noi strategii de a face față situațiilor neplăcute.

1. *Povești terapeutice*

Scop: identificarea strategiilor de a face față evenimentelor negative.

Durata: 90 min.

Tehnica utilizată: povestire, joc de rol.

Descrierea activității: citirea de către un copil sau de către terapeut a povestirilor *Iepurica Richi învață să spună "NU"* și *Fluturile din plasa păianjenului* (anexa 3), urmate de discuții despre aspectele relatate și jocuri de rol.

Efectele obținute: copiii și-au însușit noi moduri de a face față unor situații dificile.

2. *A face față.*

Scop: identificarea strategiilor de a face față evenimentelor negative.

Durata: 90 min.

Tehnica utilizată: carduri COPE, dramaterapie

Descrierea activității: Având în minte evenimentul traumatic trăit, fiecare copil alege șase carduri COPE, din perspectiva fiecărui canal de coping (conform modelului BASIC-Ph): credințe (ce credințe folosesc când sunt într-o asemenea situație, cer ajutorul lui Dumnezeu?), emoții (ce sentimente trăiesc?), social (ce relații sociale pot să folosesc în acea situație, apelez la prieteni sau rude?), imaginație (care sunt soluțiile imaginare la problema mea? Ce îmi doresc să se întâmple?), cognitiv (dacă analizez rațional această situație, ce pot spune? Ce am învățat?) și fizic (ce senzații corporale simt când sunt în această situație? Ce aud, văd, simt, miros?). Apoi prezintă grupului cardurile alese și discută despre strategiile de a face față identificate. Ceilalți participanți pot oferi ajutor, vorbind despre modul în care au ieșit ei dintr-o situație asemănătoare. Copiii pot alege să dramatizeze una din situațiile prezentate.

Efectele obținute: copiii au conștientizat modul în care acționează în situații neplăcute și identifică noi strategii de coping.

Sedința 12. Încheiere. Planuri pentru viitor.

Trecerea în revistă a progreselor obținute în urma participării la programul psihoterapeutic, oferirea de feedback, stabilirea unor obiective și planuri pentru viitor.

1. *Drumul printre planete* [51]

Scop: identificarea unor resurse utile.

Durata: 90 min.

Tehnica utilizată: povestire, art-terapie

Descrierea activității: Copiii (pe rând) sau terapeutul citesc povestea *Micul Prinț* de Antoine de Saint-Exupery. Această poveste e utilă în lucrul cu copiii, deoarece oferă o cauză nobilă, ușor de înțeles de către copii: salvarea unei flori de pe planeta Prințului și drumul acestuia printre stele, cu o mulțime de întâlniri de-a lungul cărora se maturizează. După terminarea citirii poveștii, se începe desenarea personajelor. Fiecare copil este rugat să-și confecționeze o planetă apoi să o deseneze sau să o picteze. Fiecare copil va vorbi despre planeta lui, îi va da un nume, va spune cine locuiește pe ea, ce fel de planetă este. Poate avea loc o discuție despre stele și faptul că

fiecare din noi are o stea care îi aparține și îl protejează. După ce au construit planetele vor construi împreună o orbită pe care le vor putea lansa. De obicei lansarea planetelor coincide cu un drum pe care planetele (copiii) îl vor parcurge. Copiii vor descrie cum este acel drum și mai ales ce vor face planetele în această călătorie. E foarte important ca cei care au construit planetele să înțeleagă faptul că acestea vor deveni stele, iar ei le vor putea vedea în fiecare seară, iar steaua lor va fi cea care strălucește mai tare. Această formă de reper exterior îi va face pe copii să nu se mai simtă singuri și le va da speranță în momentele grele. „Constelația“ instalată pe cer poate fi botezată și se poate vorbi de faptul că, simbolic, grupul va rămâne împreună prin stelele care scilipesc pe cer.

Efectele obținute: fiecare copil a dobândit o ancoră care îl va ajuta să-și activeze resursele când va mai trăi situații neplăcute.

2. Salutul final.

3.4. Consilierea părinților. Intervenția psihoterapeutică în diada copil-părinte. Terapia de familie.

Intervențiile la nivelul familiei copilului abuzat și neglijat încep concomitent cu psihoterapia copilului, consilierea părinților având ca obiectiv dezvoltarea abilităților parentale și însușirea unui mod diferit de îngrijire a copilului, prin îmbunătățirea capacităților acestora de a aborda problemele acestuia.

În multe cazuri, relația copilului cu părintele este defectuoasă, părintele fiind autorul abuzului și neglijării. Din acest motiv, relația de atașament este adesea grav compromisă, majoritatea copiilor prezentând tulburări de atașament. De multe ori, părinții au, la rândul lor, propria istorie de abuz și neglijare și au nevoie de consiliere sau de psihoterapie înainte de a putea deveni mai empatici, mai protectivi, mai suportivi cu propriul copil. Având în vedere faptul că abuzul și neglijarea se pot manifesta de-a lungul mai multor generații, părinții au nevoie de a explora propriile sentimente, cogniții și reacții înainte de a fi implicați în ședințele de terapie de familie.

Principalele obiective ale consilierii părinților sunt suportul, dezvoltarea abilităților parentale, psihoeducația privind diferitele aspecte ale abuzului și neglijării, analiza reacțiilor la nivel emoțional, cognitiv și comportamental față de trauma copilului, legătura acesteia cu propriul istoric de abuz și neglijare.

După ședințele de evaluare și 1-2 ședințe de consiliere individuală, părinții au fost implicați într-un program de consiliere de grup, centrat pe psihoeducație și dezvoltarea abilităților parentale. Participanții au discutat despre situațiile de abuz și neglijare, despre violența în familie,

despre impactul abuzului asupra copilului, relația cu sistemul de protecție a copilului și aspectele legale, reacțiile la situația în care se află copilul.

Programul de consiliere de grup pentru părinți s-a desfășurat saptamânal, timp 90 min.

Ședința 1: Prezentarea participanților, stabilirea detaliilor programului; Prezentarea de informații cu privire la abuz și neglijare și consecințele acestora. Informații despre implicarea autorităților și legislația în domeniu.

Ședința 2: Impactul abuzului și neglijării asupra copiilor. Simptome, sentimente, comportamente. Efectele pe termen scurt și pe termen lung.

Ședința 3: Impactul abuzului și neglijării asupra relațiilor din familie (cu părinții, frații). Reacțiile membrilor familiei la abuz.

Ședința 4: Înțelegerea dinamicii abuzului. Caracteristici ale abuzatorului. Cum s-a întâmplat abuzul? De ce s-a întâmplat? Sentimentele față de abuzator.

Ședințele 5-6: Caracteristicile abuzului și neglijării în fiecare caz concret. Obținerea de sprijin.

Ședința 7: Îngrijirea copilului după abuz. Stima de sine. Probleme de comunicare cu copiii.

Ședința 8: Ședința de încheiere. Obiective pentru viitor.

Explorarea istoricului de abuz al părinților demarează în ședințe de terapie individuală și continuă în grupul terapeutic, în care se pune accentul pe explorarea experiențelor traumatiche, relațiilor cu partenerii și sexualității, explorarea problemelor personale, creșterea stimei de sine, învățarea unor metode de relaxare.

Terapia de familie este o altă componentă importantă a programului de intervenție, știindu-se faptul că sistemul familial influențează în mod semnificativ funcționarea psihologică a copilului și reacția acestuia la abuz. Terapia de familie este indicată atunci când părintele manifestă sprijin emoțional față de copil și dorește să-și dezvolte empatia față de acesta, iar copilul a reușit să-și exprime sentimentele pe parcursul terapiei individuale și de grup și are suficientă încredere în terapeut pentru a se angaja într-o nouă modalitate terapeutică. Ședințele includ o serie de activități de dezvoltare a abilităților și jocuri de rol corespunzătoare nevoilor familiei. Terapeutul acordă atenție tuturor membrilor familiei, evitând să creeze o alianță cu copilul.

Includerea în psihoterapia de familie se face după ce copilul a participat la sesiunile de psihoterapie individuală și de grup, iar părinții au parcurs ședințele de consiliere individuală și de

grup. Obiectivul general îl reprezintă recuperarea sistemului familial în urma evenimentelor negative și o mai bună și mai sigură funcționare a acestuia în viitor.

Pentru terapia de familie au fost alocate 6 ședințe, săptămânale, cu durata de 50-60 minute, obiectivele acestora fiind: îmbunătățirea comunicării intrafamiliale, dezvoltarea abilităților de îngrijire a copilului și a empatiei, satisfacerea nevoilor de siguranță și protecție, suportul emoțional, managementul limitelor, problemele de atașament și relaționare.

Ședința 1: Evaluarea dinamicii familiale, stabilirea obiectivelor specifice. Fiecare membru al familiei, indiferent de vârstă, are posibilitatea de a propune aspectele pe care dorește să le abordeze în cadrul terapiei, în final stabilindu-se un consens în ceea ce privește obiectivele.

Terapeutul cere membrilor familiei să descrie o zi normală a acesteia: rutine, programul de masă, orele de somn, activitățile casnice de care se ocupă fiecare membru, activitățile școlare și extra-școlare, efectuarea temelor, etc., precum și situațiile de abuz și/sau neglijare, problemele care au apărut și cum au afectat acestea funcționarea familiei. Terapeutul acordă atenție credințelor religioase și aspectelor culturale ale familiei, integrându-le în planul terapeutic.

Ședința 2: Comunicarea eficientă și exprimarea sentimentelor. Fiecare membru al familiei este încurajat să-și exprime sentimentele pe care le are în ceea ce privește situația de abuz sau neglijare. Comunicarea dintre membrii familiei este facilitată de către terapeut, care îi încurajează să discute direct cu persoana căreia li se adresează, să evite mesajele de tip "Tu ..." și să le utilizeze preponderent pe cele "Eu ..." (exemplu: "Eu mă simt ... atunci când ..."). Sunt utilizate diverse jocuri de rol având ca temă situații frecvente din familie. Părinții sunt încurajați să fie mai empatici față de copiii lor, să îi asculte, să fie atenți la ceea ce aceștia doresc să le comunice.

Ședința 3: Roluri și limite. Urmare a abuzului intrafamilial poate apare o inversare a rolurilor și/sau unele așteptări inadecvate ale copiilor față de părinți și, invers, ale părinților față de copii. Un exemplu frecvent în acest sens este parentificarea, situația în care un copil ajunge să efectueze sarcinile și atribuțiile unui adult, mult peste cele firești pentru nivelul lor de dezvoltare. Acestuia i se cere să ofere îngrijire pentru adulți sau pentru alți copii, în detrimentul satisfacerii propriilor nevoi emoționale și de îngrijire. Un copil supus abuzului emoțional și/sau neglijării poate să se simtă devalorizat, cu excepția situațiilor în care face ceva pentru alții. În aceste cazuri, obiectivul terapiei de familie este de a reorienta adultul pentru a-și purta singur de grijă și a oferi și copilului suport emoțional. Se utilizează *tehnici diverse*, cum sunt sculptura familiei, desene sau colaje, care pot facilita clarificarea rolurilor și a limitelor.

Ședința 4. Analiza situației de abuz sau neglijare. Fiecare membru al familiei să are posibilitatea de a descrie situația problematică și modul în care a fost afectat de aceasta. La fel ca la realizarea povestirii vieții și a traumelor din terapia copilului, pe măsură ce membrii familiei descriu situațiile de abuz sau neglijare și alte evenimente de viață, cu sentimentele și cognițiile asociate, acestea pot fi îndosariate sau lipite, formând o cronologie care permite fiecărui membru să înțeleagă mai bine modul în care el și ceilalți au trăit evenimentele descrise. De asemenea, membrii familiei pot crea împreună o genogramă, pe mai multe generații, în care să fie reprezentate evenimentele traumatice pentru întregul sistem familial. Aceasta îi poate ajuta să înțeleagă istoria familiei și poate duce la prevenirea altor abuzuri.

Ședința 5: Îmbunătățirea relațiilor dintre membrii familiei. Dezvoltarea rețelei de suport. Terapeutul se concentrează pe dezvoltarea abilităților de comunicare și a atașamentului, părinții învățând să devină mai empatici, mai suportivi pentru copilul lor. Se va lucra, de asemenea, pentru îmbunătățirea relației cu frații, iar membrii familiei vor fi îndrumați spre a căuta sprijin în familia extinsă, la alți adulți care au trecut prin experiențe similare și au devenit mult mai disponibili emoțional pentru familiile lor sau în rețeaua socială.

Ședința 6: Încheierea terapiei. Consolidarea achizițiilor. Stabilirea obiectivelor pentru viitor. Membrii familiei analizează împreună cu terapeutul progresul obținut până în prezent și, eventual, necesitatea de a continua terapia. Își împărtășesc sentimentele cu privire la ceea ce au trăit în timpul terapiei, ce le-a fost de ajutor, ce a fost dificil și ce cred că ar fi bine să facă în viitor pentru ca familia lor să funcționeze mai bine.

Dacă este cazul, pentru consolidarea efectelor terapeutice sesiunile de psihoterapie pot fi continuate sau reluate după o anumită perioadă de timp (1 - 3 luni).

3.5. Evaluarea eficienței programului de intervenție psihoterapeutică

În scopul evaluării eficienței și valabilității programului de intervenție psihoterapeutică asupra tulburărilor emoționale evidențiate la copiii abuzați și neglijati am administrat următoarele teste: *TSCC* – Trauma Symptom Checklist for Children, *KID SCID* – Interviu clinic structurat pentru tulburările copilului sau adolescentului, *MASC* - Multidimensional Anxiety Scale for Children și *CDI* – Child Depression Inventory.

Au fost examinate rezultatele obținute de copiii din grupul experimental după etapa de intervenție comparativ cu cele din etapa constatativă, fiind, de asemenea, comparate și evidențiate diferențele dintre rezultatele obținute la test și retest de către participanții din grupul de control.

Pentru a demonstra că nu există diferențe între grupul de control și cel experimental în faza de testare a fost utilizat testul *U - Mann Whitney* pentru analiza rezultatelor obținute de copii la principalele instrumente folosite în evaluare: *TSCC*, *KID SCID*, *MASC* și *CDI* (anexa 2,

tabelele 27-31). Nu au fost identificate diferențe semnificative statistic între cele două grupuri, motiv pentru care putem concluziona că rezultatele obținute în faza de test de copiii aparținând grupului experimental și celui de control sunt asemănătoare.

În continuare, pentru a evidenția reducerea intensității simptomelor emoționale identificate au fost comparate rezultatele test-retest obținute de copiii aparținând grupului experimental la principalele instrumente utilizate în evaluare: *TSCC*, *KID SCID*, *MASC* și *CDI* (anexa 2, tabelele 32-39), utilizând testul *Wilcoxon*.

Analiza statistică a datelor test-retest obținute de copiii aparținând grupului experimental la testul *TSCC - Trauma Symptom Checklist for Children*, prin utilizarea testului *Wilcoxon* (anexa 2, tabelul 33) a evidențiat o scădere semnificativă statistic pentru $p < 0,01$ la toate scalele acestuia.

Se observă o scădere a mediilor scorurilor copiilor la scalele testului, ceea ce semnifică faptul că aceștia prezintă o ameliorare a tulburărilor emoționale consecutive abuzului și neglijării în urma participării la programul de intervenție psihoterapeutică: *Anxietate* ($M_1=58,57$; $M_2=48,80$; $z=-4,686$; $p < 0,01$); *Depresie* ($M_1=54,70$; $M_2=43,80$; $z=-4,785$; $p < 0,01$); *Furie* ($M_1=52,37$; $M_2=45,67$; $z=-4,628$; $p < 0,01$); *Stres Posttraumatic* ($M_1=56,33$; $M_2=46,93$; $z=-4,569$; $p < 0,01$); *Disociere* ($M_1=56,97$; $M_2=47,70$; $z=-4,706$; $p < 0,01$).

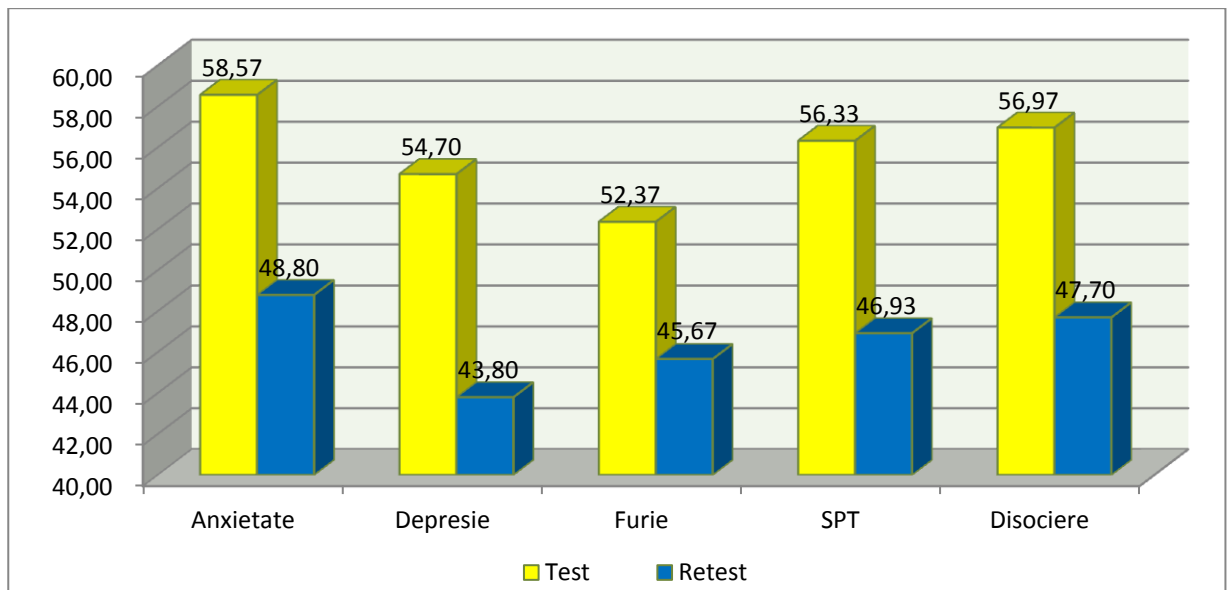


Figura 3.3.: Valorile medii ale rezultatelor *TSCC*, grup experimental, test-retest

Tabel 3.1. Valorile testului *Wilcoxon*, grup experimental, test-retest, *TSCC*

	<i>Anxietate</i> Test/Retest	<i>Depresie</i> Test/Retest	<i>Furie</i> Test/Retest	<i>Stres PT</i> Test/Retest	<i>Disociere</i> Test/Retest
Z	-4,686	-4,785	-4,628	-4,569	-4,706
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000	,000	,000	,000	,000

În grupul de control nu au fost identificate diferențe semnificative în urma prelucrării datelor obținute la aplicarea TSCC (anexa 2, tabelele 40, 41), ceea ce duce la concluzia că simptomele emoționale în cazul acestor copii nu s-au modificat.

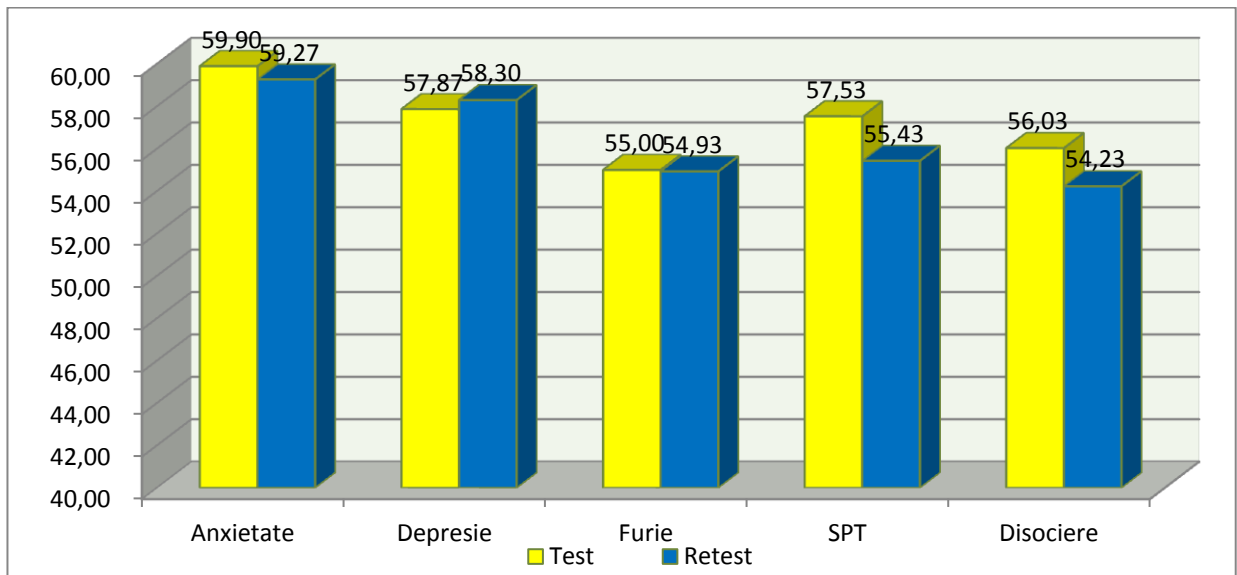


Figura 3.4.: Valorile medii ale rezultatelor TSCC, grup control, test-retest

Tabel 3.2. Valorile testului Wilcoxon, grup control, test-retest, TSCC

	Anxietate Test/Retest	Depresie Test/Retest	Furie Test/Retest	Stres PT Test/Retest	Disociere Test/Retest
Z	-1,077 ^b	-1,101 ^b	-1,624 ^b	-1,472 ^b	-1,123 ^b
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,282	,271	,104	,141	,262

Aplicând testul *Mann-Whitney* se remarcă diferențe statistice semnificative între rezultatele obținute în etapa de retest de grupul de control și cel experimental la toate scalele testului TSCC (anexa 2, tabelul 48).

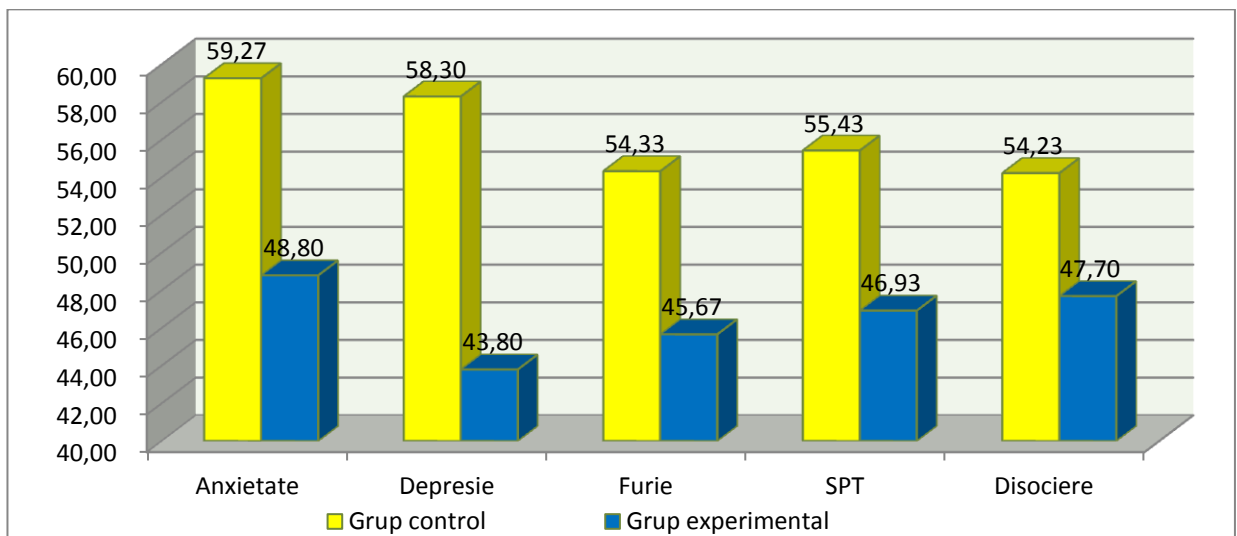


Figura 3.5.: Valorile medii ale rezultatelor TSCC, retest, grup experimental/ grup control

Scalele *TSCC* la care se observă diferențe semnificative statistic sunt: *Anxietate* ($M_1=59,27$; $M_2=48,80$; $U=195,500$; $p<0,01$); *Depresie* ($M_1=58,30$; $M_2=43,80$; $U=114,000$; $p<0,01$); *Furie* ($M_1=54,33$; $M_2=45,67$; $U=159,000$; $p<0,01$); *Stres Posttraumatic* ($M_1=55,43$; $M_2=46,93$; $U=177,500$; $p<0,01$); *Disociere* ($M_1=54,23$; $M_2=47,70$; $U=221,500$; $p<0,01$).

Tabel 3.3. Valorile testului Mann-Whitney, grup experimental/control, retest, *TSCC*

	<i>Anxietate</i> Test/Retest	<i>Depresie</i> Test/Retest	<i>Furie</i> Test/Retest	<i>Stres PT</i> Test/Retest	<i>Disociere</i> Test/Retest
Mann-Whitney U	195,500	114,000	159,000	177,500	221,500
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,000	,000	,000	,000	,001

Diferența semnificativă statistic între datele analizate reflectă eficiența programului de intervenție psihoterapeutică având ca obiective ameliorarea tulburărilor emoționale la copiii abuzați sau neglijați, care are ca efect ameliorarea depresiei, anxietății, furiei și simptomelor de stres posttraumatic și disociative.

Observațiile anterioare sunt confirmate și de analiza rezultatelor la aplicarea *KID SCID - Interviu clinic structurat pentru tulburările copilului și adolescentului*, care urmărește prezența simptomelor unei tulburări psihice la copiii evaluați (anexa 2, tabelul 34).

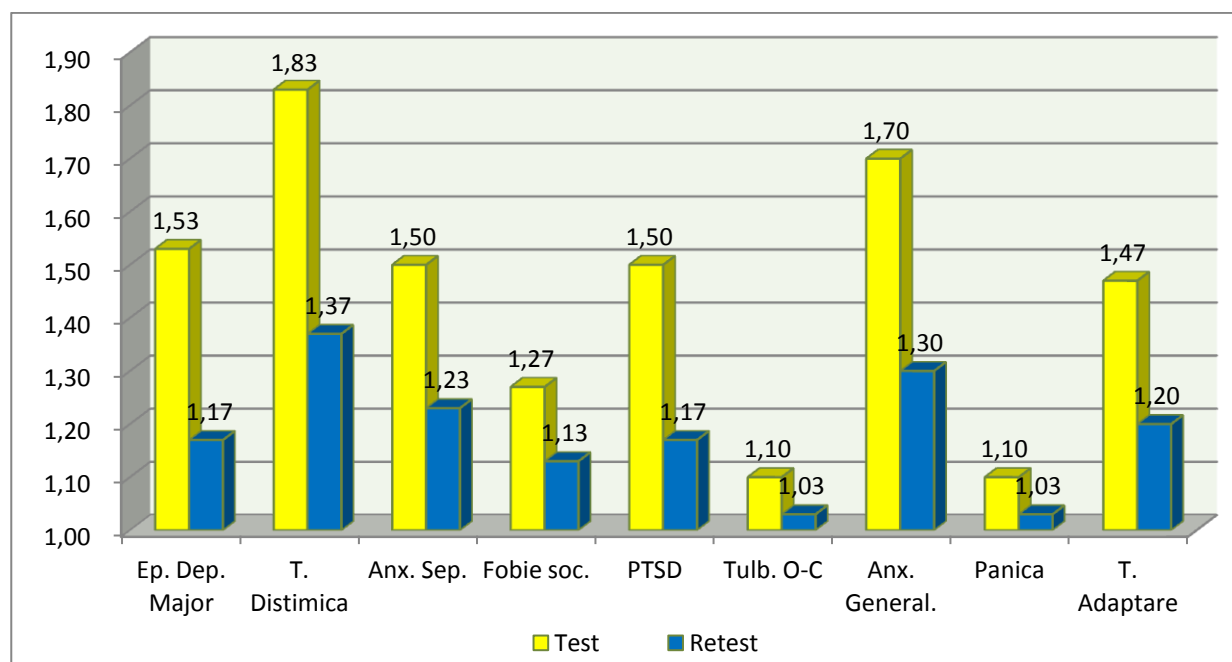


Figura 3.6.: Valorile medii ale rezultatelor *KID SCID*, grup experimental, test-retest

Prin aplicarea testului *Wilcoxon* s-a observat că scorurile copiilor la scalele testului, înainte și după participarea la programul de intervenție, sunt diferite statistic, ceea ce semnifică faptul că aceștia prezintă într-o măsură mult mai mică simptome ale unor tulburări psihice (anexa

2, tabelul 35). Diferențe semnificative au fost semnalate în ceea ce privește; *Episodul Depresiv Major* ($M_1=1,53$; $M_2=1,17$; $z=-3,317$; $p<0,01$); *Tulburarea Distimică* ($M_1=1,83$; $M_2=1,37$; $z=-3,500$; $p<0,01$); *Anxietatea de separare* ($M_1=1,50$; $M_2=1,23$; $z=-2,828$; $p<0,05$); *Tulburarea de Stres Posttraumatic* ($M_1=1,50$; $M_2=1,17$; $z=-3,162$; $p<0,05$); *Anxietatea Generalizată* ($M_1=1,70$; $M_2=1,30$; $z=-3,207$; $p<0,01$); *Tulburarea de Adaptare* ($M_1=1,47$; $M_2=1,20$; $z=-2,828$; $p<0,05$). În cazul *Fobiei Sociale*, *Tulburării Obsesiv-Compulsive* și al *Tulburării de Panică* nu au fost identificate diferențe semnificative statistic.

Tabel 3.4. Valorile testului Wilcoxon, grup experimental, test-retest, KID-SCID

	KS EDM	KS T. Dist.	KS Anx. Sep	KS Fob. Socială	KS PTSD	KS T.O-C	KS Anx. Gen.	KS Pani- ca	KS T. Adapt.
Z	-3,317	-3,500	-2,828	-2,000	-3,162	-1,414	-3,207	-1,414	-2,828
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,001	,000	,005	,046	,002	,157	,001	,157	,005

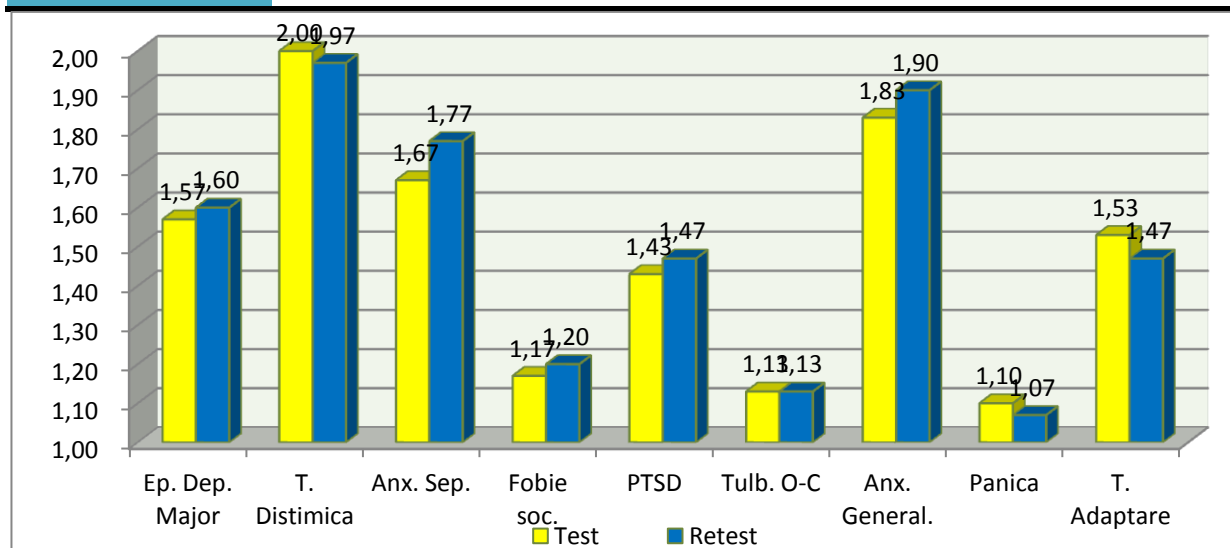


Figura 3.7.: Valorile medii ale rezultatelor KID SCID, grup control, test-retest

Deoarece în grupul de control nu au fost identificate diferențe semnificative între faza de test și cea de retest la aplicarea *KID SCID*, reiese că simptomele acestor copii nu au suferit modificări. Valorile testului *Wilcoxon* sunt prezentate în tabelul de mai jos (anexa 2, tabellele 42,43).

Tabel 3.5. Valorile testului Wilcoxon, grup control, test-retest, KID-SCID

	KS EDM	KS T. Dist.	KS Anx S.	KS Fob. S.	KS PTSD	KS T.O-C	KS Anx.G.	KS Panică	KS T. Adapt.
Z	-,378 ^b	-,577 ^c	-1,000 ^b	-,447 ^b	-,447 ^b	,000 ^d	-,816 ^b	-1,000 ^c	-,707 ^c
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,705	,564	,317	,655	,655	1,000	,414	,317	,480

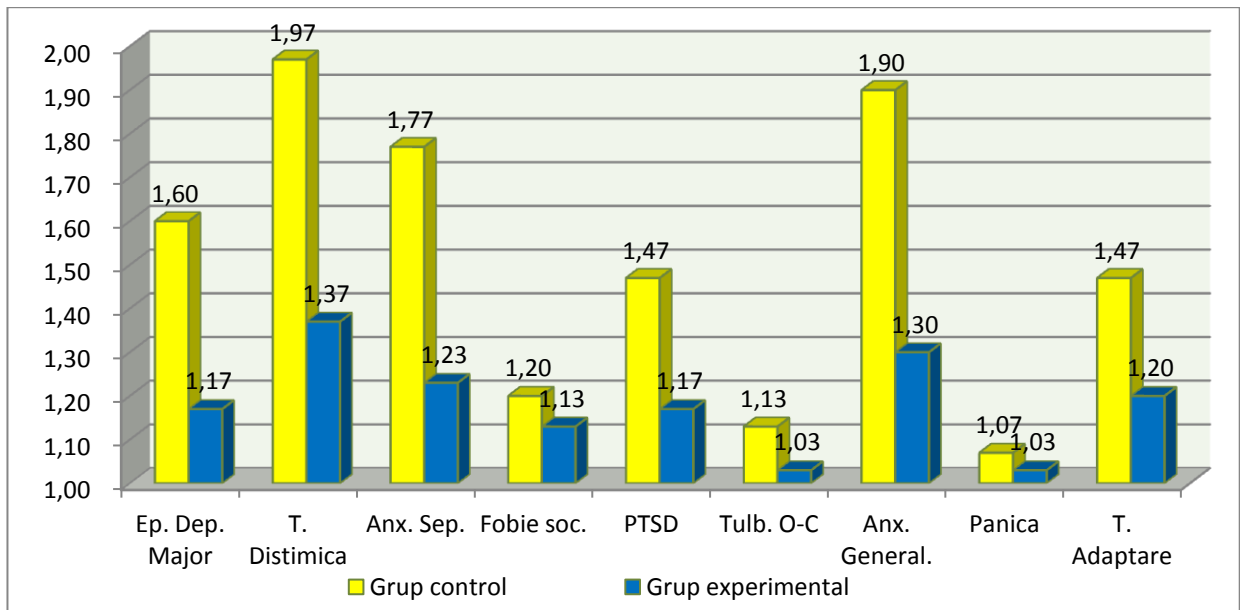


Figura 3.8.: Valorile medii ale rezultatelor KID SCID, retest, grup experimental/control

Prin aplicarea testului *Mann-Whitney* sunt evidențiate diferențele statistice semnificative între rezultatele obținute în etapa de retest de grupul de control și cel experimental la testul *KID SCID* (anexa 2, tabelele 49).

Scalele *KID SCID* la care se observă diferențe semnificative statistic sunt: *Episod depresiv major* ($M_1=1,60$; $M_2=1,17$; $U=255$; $p<0,01$); *Tulburare distimică* ($M_1=1,97$; $M_2=1,37$; $U=199$; $p<0,01$); *Anxietate de separare* ($M_1=1,77$; $M_2=1,23$; $U=210$; $p<0,01$); *Stres Posttraumatic* ($M_1=1,47$; $M_2=1,17$; $U=340$; $p<0,05$); *Anxietate generalizată* ($M_1=1,90$; $M_2=1,30$; $U=211$; $p<0,01$).

Tabel 3.6. Valorile testului *Mann-Whitney*, grup experimental/control, retest, *KID SCID*

	KS EDM	KS T. Dist.	KS Anx. Sep	KS Fob. Socială	KS PTSD	KS T.O-C	KS Anx. Gen.	KS Pani-ca	KS T. Adapt.
Mann-Whitney U	255	199	210	420	340	405	211	435	354
Asymptotic Sig. (2-sided test)	,001	,000	,000	,492	,038	,165	,000	,557	,076

Analiza mediilor scorurilor obținute la testul *MASC - Multiaxial Anxiety Scale for Children* - de copiii din grupul experimental înainte și după participarea la programul de intervenție psihoterapeutică (anexa 2, tabelul 36) a permis evidențierea unor diferențe semnificative la majoritatea scalelor testului: *MASC Total* ($M_1=42,77$; $M_2=37,50$; $z=-4,505$; $p<0,01$); *Indicele Tulburării Anxioase* ($M_1=10,97$; $M_2=8,90$; $z=-3,350$; $p<0,01$); *Simptome Fizice* ($M_1=9,43$; $M_2=6,60$; $z=-4,058$; $p<0,01$); *Tensiune/Neliniște* ($M_1=4,60$; $M_2=3,43$; $z=-3,690$; $p<0,01$); *Somatic/Vegetativ* ($M_1=4,83$; $M_2=3,63$; $z=-3,594$; $p<0,01$); *Evitarea Lezării* ($M_1=16,17$;

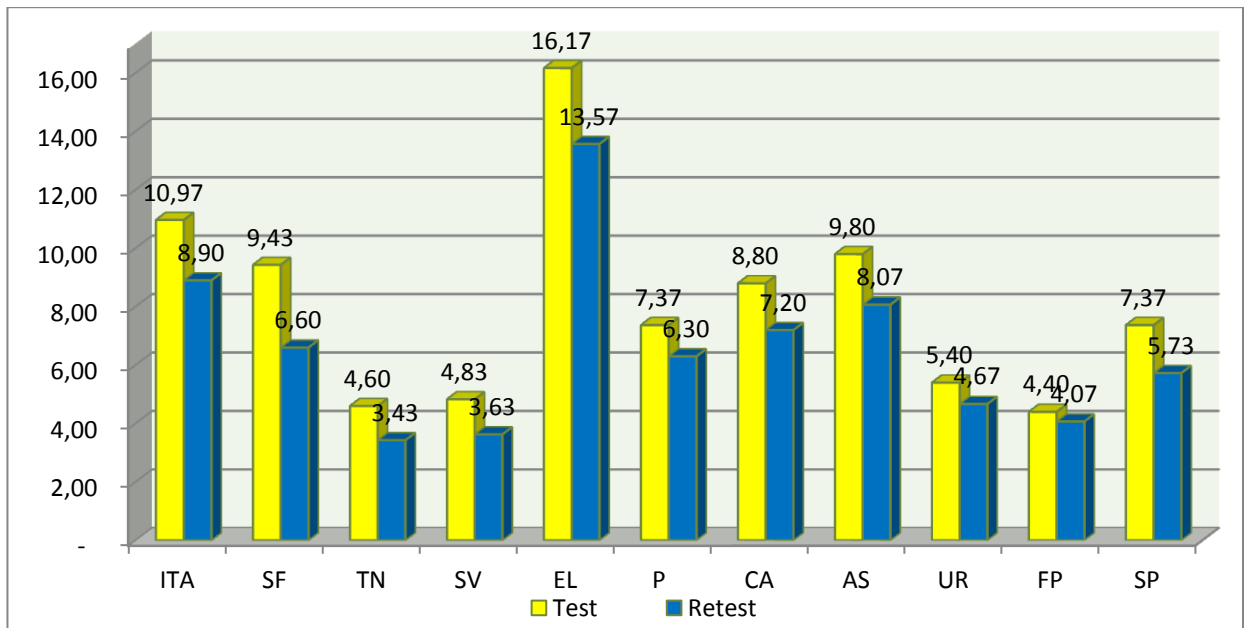


Figura 3.9.: Valorile medii ale rezultatelor MASC, grup experimental, test-retest

$M_2=13,57$; $z=-3,795$; $p<0,01$); *Perfecționism* ($M_1=7,37$; $M_2=6,30$; $z=-3,501$; $p<0,01$); *Coping Anxios* ($M_1=8,80$; $M_2=7,20$; $z=-3,741$; $p<0,01$); *Anxietate Socială* ($M_1=9,80$; $M_2=8,07$; $z=-3,399$; $p<0,01$); *Separare/Panică* ($M_1=7,37$; $M_2=5,73$; $z=-3,276$; $p<0,01$). Nu au fost identificate diferențe semnificative la scalele *Umilire/Respingere* și *Frica de performanță*. Valorile testului *Wilcoxon* sunt prezentate în anexa 2, tabelul 37.

Comparând rezultatele obținute de copiii din grupul de control între faza de test și cea de retest nu au fost identificate diferențe semnificative la scorurile MASC, ceea ce presupune că acești copiii nu prezintă modificări în ceea ce privește nivelul și tipurile de anxietate identificate. Valorile testului *Wilcoxon* sunt prezentate în anexa 2, tabelul 45.

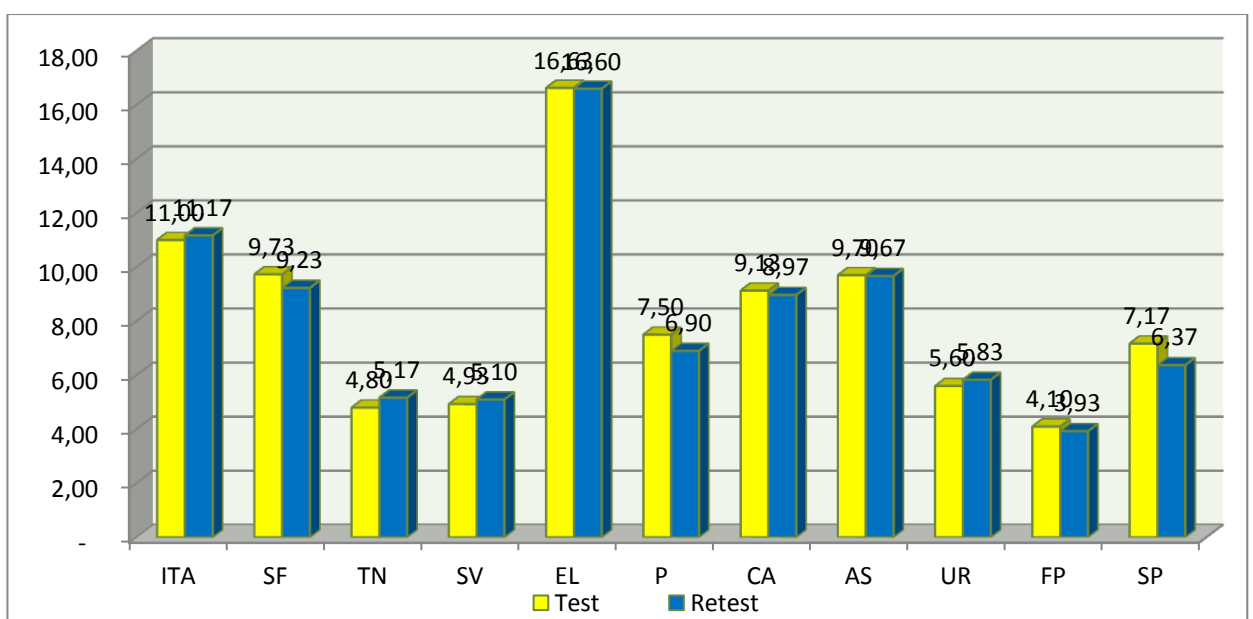


Figura 3.10.: Valorile medii ale rezultatelor MASC, grup control, test-retest

Aplicând testul *Mann-Whitney* au fost identificate diferențele statistice semnificative între rezultatele obținute în etapa de retest de grupul de control și cel experimental la testul *MASC* (anexa 2, tabelul 50). Scalele *MASC* la care se observă diferențe semnificative statistic sunt: *MASC Total* ($M_1=44,90$; $M_2=37,50$; $U=223$; $p<0,01$); *Indexul Tulburării Anxioase* ($M_1=11,17$; $M_2=8,90$; $U=225$; $p<0,01$); *Simptome fizice* ($M_1=9,23$; $M_2=6,60$; $U=221$; $p<0,01$); *Tensiune / Neliniște* ($M_1=5,17$; $M_2=3,43$; $U=228$; $p<0,01$); *Somatic/Vegetativ* ($M_1=5,10$; $M_2=3,63$; $U=568$; $p<0,05$); *Evitarea lezării* ($M_1=16,60$; $M_2=13,57$; $U=242,5$; $p<0,05$); *Coping anxios* ($M_1=8,97$; $M_2=7,20$; $U=253$; $p<0,05$). Nu au fost identificate diferențe semnificative la scalele *Anxietate socială*, *Umilire/Respingere*, *Frica de performanță*, *Separare/Panică*.

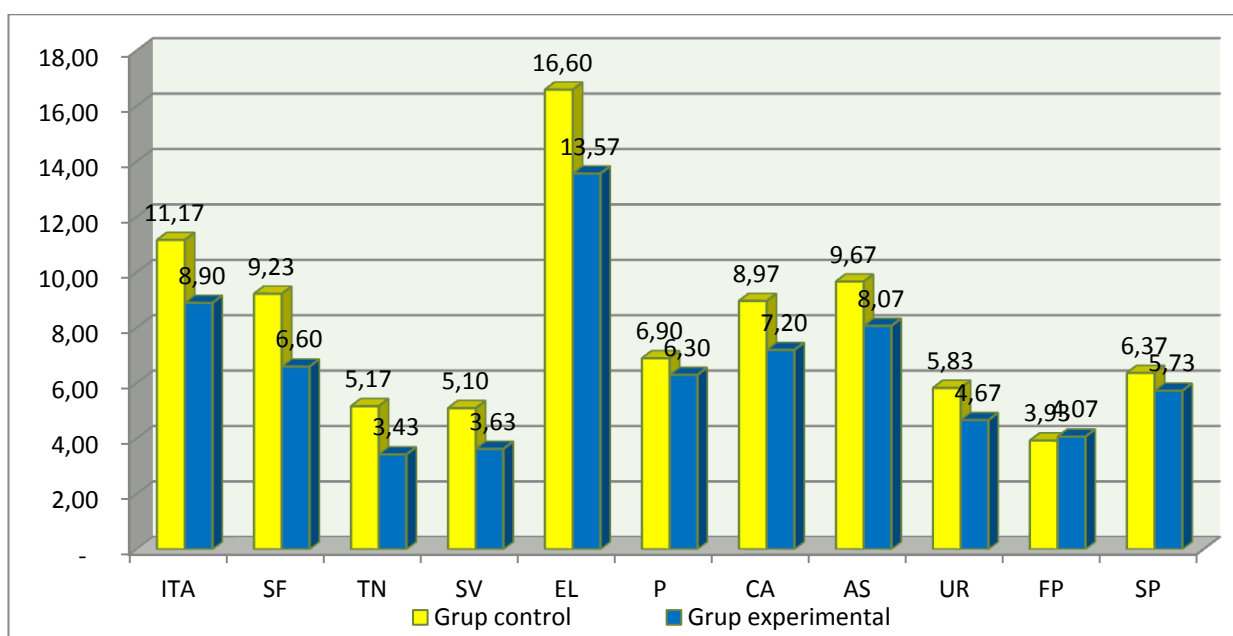


Figura 3.11.: Valorile medii ale rezultatelor *MASC*, retest, grup experimental/ grup control

Se constată astfel că participarea copiilor la programul de intervenție psihoterapeutică a dus la ameliorarea tulburărilor anxioase ale acestora.

Evaluarea detaliată a modului în care s-au ameliorat simptomele depresive la copiii care au beneficiat de psihoterapie comparativ cu cei aparținând lotului de control s-a realizat prin aplicarea testului *CDI - Child Depression Inventory* și interpretarea statistică a rezultatelor.

Comparând mediile scorurilor obținute la scalele *CDI* de copiii aparținând lotului experimental înainte și după participarea la programul psihoterapeutic, s-au evidențiat diminuări ale scorurilor la faza retest, ceea ce semnifică o ameliorare a simptomelor depresive ale copiilor investigați, atât în ceea ce privește scorul total, cât și pe componentele acestuia (anexa 2, tabelul 38).

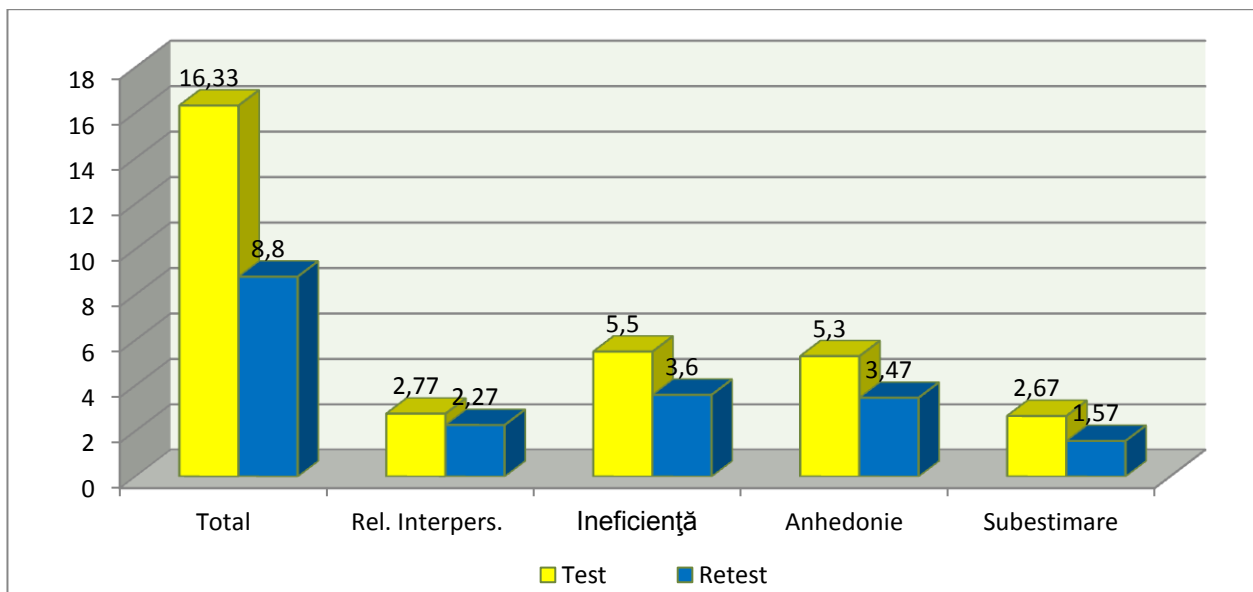


Figura 3.12.: Valorile medii ale rezultatelor CDI, grup experimental, test-retest

Tabel 3.7. Valorile testului Wilcoxon, grup experimental, test-retest, CDI

	<i>CDI Total</i> <i>Test/Retest</i>	<i>Rel. Inter.</i> <i>Test/Retest</i>	<i>Ineficiență</i> <i>Test/Retest</i>	<i>Anhedonie</i> <i>Test/Retest</i>	<i>Subestimare</i> <i>Test/Retest</i>
Z	-4,296	-2,878	-3,495	-3,646	-3,444
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,004	,000	,000	,001

Prin utilizarea testului *Wilcoxon* au fost semnalate diferențele semnificative statistic (anexa 2, tabelul 39): *CDI Total* ($M_1=16,33$; $M_2=8,80$; $z=-4,296$; $p<0,01$); *Relații Interpersonale* ($M_1=2,77$; $M_2=2,27$; $z=-2,878$; $p<0,05$); *Sentimente Ineficiență* ($M_1=5,50$; $M_2=3,60$; $z=-3,495$; $p<0,01$); *Anhedonie* ($M_1=5,30$; $M_2=3,47$; $z=-3,646$; $p<0,01$); *Subestimare* ($M_1=2,67$; $M_2=1,57$; $z=-3,444$; $p<0,01$).

Comparând scorurile copiilor din lotul de control în faza test și retest nu au fost identificate diferențe semnificative, ceea ce demonstrează faptul că, în cazul acestora, simptomele depresive nu s-au diminuat. În unele situații (scala *Relații Interpersonale*, *Subestimare*) se observă o ușoară agravare a simptomatologiei depresive (anexa 2, tabelele 46 și 47).

Tabel 3.8. Valorile testului Wilcoxon, grup control, test-retest, CDI

	<i>CDI Total</i> <i>Test/Retest</i>	<i>Rel. Inter.</i> <i>Test/Retest</i>	<i>Ineficiență</i> <i>Test/Retest</i>	<i>Anhedonie</i> <i>Test/Retest</i>	<i>Subestimare</i> <i>Test/Retest</i>
Z	-2,233	-4,041	-1,342	-,164	-2,074
Asymp. Sig. (2-tailed)	,026	,000	,180	,869	,038

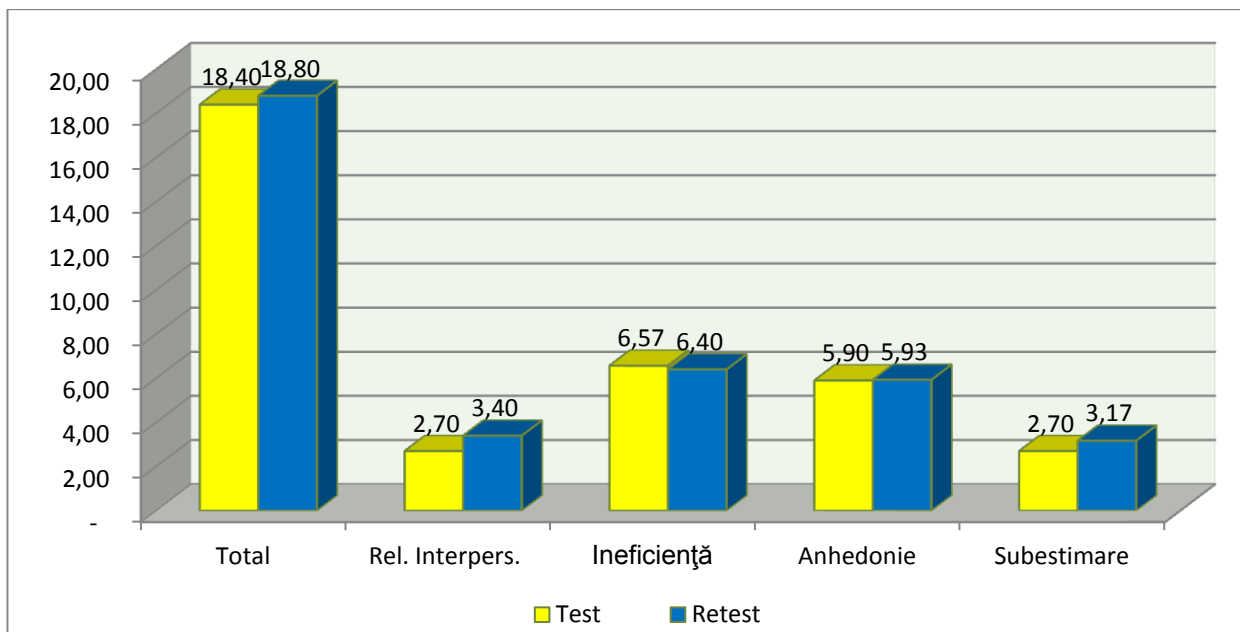


Figura 3.13.: Valorile medii ale rezultatelor CDI, grup control, test-retest

Prin compararea rezultatelor copiilor din grupul de control și din cel experimental în faza de retest utilizând testul *Mann-Whitney* au fost evidențiate diferențe statistice semnificative la toate scalele CDI (anexa 2, tabelul 51): *CDI Total* ($M_1=18,80$; $M_2=8,80$; $U=163$; $p<0,01$); *Relații Interpersonale* ($M_1=3,40$; $M_2=2,27$; $U=265$; $p<0,05$); *Sentimente Ineficiență* ($M_1=6,40$; $M_2=3,60$; $U=223,5$; $p<0,01$); *Anhedonie* ($M_1=5,93$; $M_2=3,47$; $U=232,5$; $p<0,01$); *Subestimare* ($M_1=3,17$; $M_2=1,57$; $U=248$; $p<0,05$).

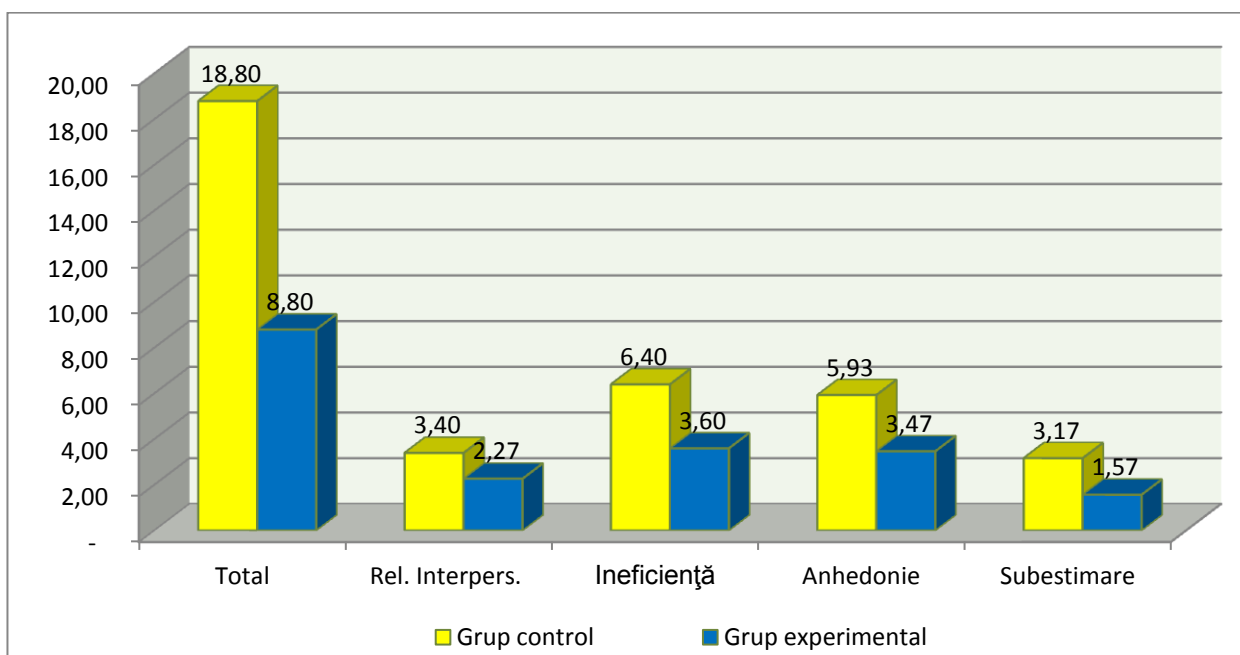


Figura 3.14.: Valorile medii ale rezultatelor MASC, retest, grup experimental/ grup control

Tabel 3.9. Valorile testului Mann-Whitney, grup experimental/ grup control, retest, CDI

	<i>CDI Total Test/Retest</i>	<i>Rel. Inter. Test/Retest</i>	<i>Ineficiență Test/Retest</i>	<i>Anhedonie Test/Retest</i>	<i>Subestimare Test/Retest</i>
<i>Mann-Whitney U</i>	163	265	223,5	232,5	248
<i>Asymp. Sig. (2-sided)</i>	,000	,005	,001	,001	,002

Datele prezentate anterior confirmă faptul că, în urma participării la programul psihoterapeutic, tulburările emoționale ale copiilor sunt ameliorate, nivelul acestora scăzând în cele mai multe cazuri sub media populației

3.6. Concluzii la Capitolul 3

1. Psihoterapia copilului abuzat și neglijat este un proces complex, ce include sesiuni de psihoterapie individuală și de grup, implicând atât copilul, cât și familia acestuia.

2. Copiii aparținând grupului de control nu prezintă, în general, schimbări importante în ceea ce privește tulburările evaluate. Nu au fost identificate diferențe semnificative în urma prelucrării datelor obținute la aplicarea *TSCC*, *KID SCID*, *MASC* și *CDI*, ceea ce duce la concluzia că simptomele emoționale în cazul acestor copii nu s-au modificat.

3. Copiii aparținând grupului experimental au prezentat rezultate ce indică ameliorarea tulburărilor consecință a expunerii la situații de abuz sau neglijare, comparativ cu cei din grupul de control. Aceștia prezintă scoruri apropiate de media populației sau chiar sub acest nivel, iar în majoritatea cazurilor intensitatea simptomelor nu atinge pragul clinic, necesar pentru diagnosticarea unei tulburări psihice.

4. Analiza statistică a datelor test-retest obținute de copiii aparținând grupului experimental la testul *TSCC* prin utilizarea testului *Wilcoxon* a evidențiat o scădere semnificativă statistic pentru $p < 0,05$ la toate scalele acestuia, înregistrându-se o ameliorare a tulburărilor emoționale consecutive abuzului și neglijării la copiii care au participat la programul de intervenție psihoterapeutică: *Anxietate*, *Depresie*, *Furie*, *Stres Posttraumatic*, *Disociere*.

5. Analiza mediilor scorurilor obținute la testul *MASC* de copiii din grupul experimental înainte și după participarea la programul de intervenție psihoterapeutică a permis evidențierea unor diferențe semnificative la majoritatea scalelor testului: *MASC Total*, *Indicele Tulburării Anxioase*, *Simptome Fizice*, *Tensiune/Neliniște*, *Somatic/Vegetativ*, *Evitarea Lezării*, *Coping Anxios*, *Anxietate Socială*, *Separare/Panică*, ceea ce evidențiază diminuarea simptomatologiei anxioase la acești copii.

6. Pentru testul *CDI* au fost semnalate, de asemenea, diferențele semnificative statistic la scalele: *CDI Total*, *Relații Interpersonale*, *Sentimente Ineficiență*, *Anhedonie*, *Subestimare*, constatându-se astfel scăderea în intensitate a simptomelor depresive ale copiilor incluși în programul psihoterapeutic.

7. Datele obținute în urma aplicării interviului structurat *KID SCID*, prelucrate cu testul *Wilcoxon* au dus la concluzia că mediile scorurilor copiilor la scalele testului, înainte și după participarea la programul de intervenție, sunt diferite statistic, ceea ce semnifică faptul că aceștia prezintă într-o măsură mult mai mică simptome ale unor tulburări psihice, diferențe semnificative semnalându-se în ceea ce privește: *Episodul Depresiv Major*, *Tulburarea Distimică*, *Anxietatea de separare*, *Tulburarea de Stres Posttraumatic*, *Anxietatea Generalizată*, *Tulburarea de Adaptare*.

8. Prin aplicarea testului *Mann-Whitney* au fost evidențiate diferențe semnificative statistic între rezultatele obținute în etapa de retest de grupul de control și cel experimental la toate instrumentele utilizate, ceea ce evidențiază impactul pozitiv al programului psihoterapeutic în diminuarea tulburărilor emoționale ale copiilor abuzați și neglijați. Scalele *TSCC* la care se observă diferențe semnificative statistic sunt: *Anxietate*, *Depresie*, *Furie*, *Stres Posttraumatic*, *Disociere*. La aplicarea testului *MASC* s-au evidențiat diferențe semnificative la următoarele scale: *MASC Total*, *Indexul Tulburării Anxioase*, *Simptome fizice*, *Tensiune/Neliniște*, *Somatic/Vegetativ*, *Evitarea lezării*, *Coping anxios*. Pentru testul *CDI* s-au observat diferențe statistice la scalele: *CDI Total*, *Relații Interpersonale*, *Sentimente Ineficiență*, *Anhedonie*, *Subestimare*. Rezultate asemănătoare au fost identificate și în cazul interviului *KID SCID* pentru următoarele tulburări: *Episod depresiv major*, *Tulburare distimică*, *Anxietate de separare*, *Stres Posttraumatic*, *Anxietate generalizată*, *Tulburare de adaptare*.

9. Rezultatele statistice obținute demonstrează eficiența metodelor și tehnicilor psihoterapeutice aplicate în ameliorarea simptomatologiei copiilor participanți la programul de intervenție psihoterapeutică individuală și de grup și cel de îmbunătățire a mediului familial, prin consilierea părinților și terapia de familie.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Prin prezenta cercetare a fost soluționată problema științifică actuală de importanță majoră în domeniu, anume identificarea factorilor familiari de risc, a tulburărilor emoționale ale copiilor aflați în situații de abuz sau neglijare și stabilirea metodelor psihoterapeutice de ameliorare a acestora.

Analiza rezultatelor teoretice și experimentale ne permite să formulăm următoarele concluzii:

1. Abuzul și neglijarea copilului reprezintă o problemă acută a perioadei actuale, implicând un număr din ce în ce mai mare de copii, având consecințe asupra stării psihice a acestora atât pe termen scurt cât și, în cazul în care nu sunt identificate și tratate la timp, pe termen lung, chiar pe întreaga lor viață.

2. S-a evidențiat faptul că abuzul și neglijarea sunt favorizate de o serie de factori intrafamiliali: mediile defavorizate, sărăcia, alcoolismul, consumul de droguri, climatul familial intens conflictual sau violent, modelul educațional hiperautoritar sau hiperpermisiv, indiferența, lipsa de implicare în relația cu copilul. Analizând structura familiei copiilor abuzați sau neglijați, se observă că dezorganizarea acesteia nu este o cauză a fenomenului studiat, aceste situații apărând atât în cadrul familiilor dezorganizate, cât și în cadrul celor organizate. Climatul familial conflictual sau violent duce, în multe cazuri, la situații de abuz asupra copilului, de tip fizic sau emoțional. Ponderea familiilor în care se consumă frecvent și exagerat de mult alcool este crescută în cazul lotului analizat, fapt ce accentuează nivelul de violență.

3. Lipsa afecțiunii sau exprimarea deficitară a acesteia duc la carențarea afectivă a copilului, fiindu-i neglijate nevoile emoționale și de comunicare. În multe dintre familiile evaluate părinții manifestă indiferență față de comportamentul copiilor, lipsă de control, dezinteres în cunoașterea activităților zilnice ale acestora și în ceea ce privește educația. Modelul educațional hiperautoritar este întâlnit deseori în cazul copiilor din lotul investigat, părinții abuzându-i fizic și emoțional prin aplicarea de corecții fizice și pedepse exagerate.

4. În urma evaluării au fost identificate tulburările emoționale consecință a abuzului și neglijării: depresie, anxietate, furie, disociere, simptome de stres posttraumatic, însoțite de preocupări sexuale necorespunzătoare vârstei și/sau distres sexual, în cazul copiilor abuzați sexual. Simptomele identificate nu diferă semnificativ în funcție de sex sau de grupa de vârstă. Simptomele anxioase sunt prezente la majoritatea copiilor investigați, anxietatea fiind tulburarea emoțională întâlnită cel mai frecvent în cazul tuturor formelor de abuz sau neglijare. Depresia este, de asemenea, identificată frecvent în urma evaluării copiilor abuzați sau neglijați, intensitatea

acesteia fiind mai puternică în cazul copiilor supuși abuzului emoțional grav sau a celor neglijați. Unii dintre copiii abuzați au obținut scoruri înalte la scalele ce măsoară *furia*, care apare mai des la copiii abuzați emoțional, fiind rareori întâlnită la copiii neglijați. Simptomele de stres posttraumatic apar frecvent la copiii abuzați, mai ales în cazul celor supuși unor experiențe traumatice de gravitate mare. Disocierea a fost rareori identificată la copiii examinați, un singur caz atingând pragul de semnificație clinică.

5. Au fost evidențiate tulburările psihice ce pot fi diagnosticate la copiii abuzați sau neglijați. Astfel, în cazul copiilor supuși abuzului fizic sunt diagnosticate Tulburarea de Stres Posttraumatic, Fobia Socială și Tulburarea de Adaptare, iar la care predomină abuzul emoțional: Tulburarea distimică, Episodul Depresiv Major, Tulburarea de Adaptare și Anxietatea de Separare.

6. A fost identificată prezența unor scheme dezadaptative, cauzate de experiențele negative de maltratare, și care generează un distres puternic, având consecințe inclusiv asupra relaționării cu adulții sau egalii. În ceea ce privește percepția controlului, se observă că cei mai mulți dintre copiii examinați atribuie sursa controlului puterii celorlalți sau au un tip de control necunoscut, fiind necesară îmbunătățirea gradului de conștientizare a evenimentelor, evaluarea lor cât mai corectă și dezvoltarea competențelor de luare a deciziilor și de rezolvare de probleme. Gradul de iraționalitate al copiilor evaluați este deseori crescut, mulți dintre aceștia prezentând o serie de cogniții iraționale, care afectează modul în care interpretează evenimentele trăite, inclusiv abuzul și neglijarea.

7. A fost stabilită utilitatea testelor proiective de desen în evaluarea tulburărilor emoționale ale copiilor maltratați, analiza corelațiilor dintre numărul și semnificația elementelor grafice și scalele testelor psihometrice aplicate ducând la concluzia că testul proiectiv poate fi utilizat cu bune rezultate în evaluarea acestor copiii.

8. Rezultatele experimentului formativ și de control arată că intervenția psihoterapeutică trebuie să includă atât copiii, cât și părinții acestora. Pentru copii, aceasta include o serie de obiective: managementul stresului, îmbunătățirea stimei de sine, psihoeducația, managementul emoțiilor, cognițiilor și comportamentului, îmbunătățirea relaționării. Obiectivele consilierii părinților sunt: dezvoltarea abilităților parentale, psihoeducația, analiza și integrarea propriei istorii de abuz sau neglijare, exprimarea emoțională, stabilirea unor roluri și limite clare în familie, îmbunătățirea relaționării, echilibrarea modelului educațional. Datele obținute în urma aplicării programului de intervenție psihoterapeutică demonstrează efectul benefic al metodelor și

tehnicilor aplicate pentru ameliorarea tulburărilor emoționale ale copiilor ce au suferit o formă de abuz sau neglijare.

Recomandări pentru implementare:

1. Procedura de evaluare a copilului abuzat sau neglijat și programul de intervenție psihoterapeutică pot fi implementate în metodologia de lucru a cabinetelor și centrelor de consiliere și psihoterapie a copilului maltratat la nivelul Direcțiilor Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului din București și din țară, în îmbunătățirea activității psihologilor școlari, consilierilor, psihoterapeuților.

2. Informațiile teoretice și practice incluse în lucrarea prezentă pot constitui fundamentul unui ghid de bune practici pentru profesioniștii care lucrează în domeniul asistării copiilor maltratați.

3. Materialele prezentate în lucrare pot fi utilizate în predarea cursurilor universitare, masterale sau de specializare și formare profesională continuă pentru psihologi, psihoterapeuți, asistenți sociali preocupați de domeniul studiat.

Sugestii privind cercetările viitoare.

Lucrarea de față deschide calea unor noi cercetări în domeniul abuzului și neglijării copilului, cum ar fi:

- investigarea tulburărilor și a modurilor de intervenție psihoterapeutică în cazul copiilor supuși unei forme de abuz sau neglijare aparținând altor grupe de vârstă (sub 8 ani sau între 13 și 17 ani);
- investigarea aprofundată a copiilor victimă a abuzului sexual, evaluarea și psihoterapia acestora;
- cercetarea consecințelor pe termen lung ale abuzului și neglijării;
- identificarea unor posibilități de prevenție a fenomenului maltratării copilului prin intervenția asupra familiilor care manifestă comportamente considerate ca favorizante pentru abuz sau maltratare.

BIBLIOGRAFIE:

1. Albu E. *Manifestări tipice ale devierilor de comportament la elevii preadolescenți*. București: Aramis, 2002. 128 p.
2. Agenția Națională Antidrog. *Ghid de bune practici pentru consilierii școlari*. București, 2011. 183 p.
3. American Psychiatric Association. *DSM IV TR*. București: Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, 2003. 943 p.
4. Andre C., Lelord F. *Cum să ne exprimăm emoțiile și sentimentele*. București: TREI, 2003. 368 p.
5. Andrei V., Oros F. *Tipul de atașament – premiză importantă pentru succesul terapeutic*. Timișoara, volumul Conferinței Internaționale de Psihologie Aplicată, 2007, p. 293-294.
6. Andrews G. ș.a. *Psihoterapia tulburărilor anxioase: ghid practic pentru terapeuți și pacienți*. Iași: Polirom, 2007. 883 p.
7. Atkinson R. ș.a., *Introducere în psihologie*. București: Tehnică, 2002. 1100 p.
8. Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului. *Situații de abuz, neglijare, exploatare a copilului 31.12.2013*, www.copii.ro, vizitat 21.09.2013.
9. Badea E. *Caracterizarea dinamică a copilului și adolescentului*. București: Tehnică, 1997. 202 p.
10. Bălăceanu-Stolnici C., Voinea C. *Neuropsihologia postmodernistă*. București: Ecologică, 2000. 466 p.
11. Bejan L., Drugaș I., Hărdălău L. *Aplicații practice în Logopedie și Psihologie Școlară*. Oradea: Primus, 2009. 195 p.
12. Benga O. *Psihologia vârstelor. Curs*. Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai, 2009. www.psihoped.ubbcluj.ro, (vizitat 10.06.2009).
13. Benga O. *Jocuri terapeutice*. Cluj-Napoca: ASCR, 2004. 48 p.
14. Birch A. *Psihologia dezvoltării*. București: Tehnică, 2000, 311 p.
15. Bolea Z. *Psihocorecția stărilor depresive la adolescenți*. În: *Psihologie-Pedagogie specială - Asistență socială*, nr. 2 (7). Chișinău, UPS, 2007, p 43-51.
16. Bucun N., Maximciuc V., *Particularitățile dezvoltării sferei emoțional-volitive la copiii cu reținere în dezvoltarea psihică*. În: *Univers Pedagogic* nr. 2 / 2010, Chișinău, p. 10 - 17.
17. Bulgaru M. *Metode și tehnici în asistența socială*. Chișinău: Centrul Editorial al Universității de Stat din Moldova, 2002. 432 p.
18. Calancea A. *Psihocorecția sferei afective a adolescenților*, Chișinău, 2002. 132 p.

19. Caluschi M. *Psihologul de familie, Necesitate în spațiul românesc*. Iași: Performantica, 2008. 221 p.
20. Centrul național de prevenire a abuzurilor față de copii, *Rapoarte anuale*, cnpac.org.md. (vizitat 8.08.2014).
21. Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului din Moldova. *Ghidul animatorului*, Chișinău, 2001. 191 p.
22. Chiperi, N. *Percepțiile copilului și familiei în dificultate asupra situațiilor lor sociale*. În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, Vol. IX, Chișinău, 2010, p. 542 - 552.
23. Chiperi, N. *Aspectele relațiilor interpersonale la copiii orfani de vârstă școlară mică*. În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, Vol. IX, Chișinău, 2010, p. 552 - 560.
24. Ciofu C. *Interacțiunea părinți-copii*. București, Amaltea, 1998. 218 p.
25. Clocotici V., Stan A. *Statistica aplicată în psihologie*. Iași: Polirom, 2001. 295 p.
26. Cosman D., Manea M. *Influența stilului de atașament în structurarea personalității*, Revista Psihiatru.ro nr. 3, XII 2005, www.psihiatru.pulsmedia.ro, (vizitat 15.07.2009).
27. Cosnier J. *Introducere în psihologia emoțiilor și a sentimentelor*. Iași: Polirom, 2002. 200 p.
28. Cottraux J. *Terapiile cognitive*. Iași: Polirom, 2003. 277 p.
29. Cucu-Ciuhan G. *Eficiența psihoterapiei experiențiale la copilul hiperkinetic*. București: SPER, 2005. 227 p.
30. Cucu-Ciuhan G. *Educarea copilului cu devieri comportamentale*. București: Sylvi, 2003. 172 p.
31. Dafinoiu I. *Elemente de Psihoterapie integrativă*. Iași: Polirom, 2001. 232 p.
32. Dafinoiu I., Vargha J.-L. *Psihoterapii scurte*, Iași: Polirom, 2005. 345 p.
33. David D. *Ghid și protocol clinic de psihoterapie rațional-emoțională și comportamentală pentru depresie. Tratatul depresiei prin psihoterapie rațional-emoțională și comportamentală*. 2007, www.clinicalpsychology.ro (vizitat 15.03.2009).
34. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*. Iași: Polirom, 2006. 328 p.
35. David D. *Metodologia cercetării clinice. Fundamente*. Iași: Polirom, 2006. 232 p.
36. David D. *Tratat de Psihoterapii Cognitive și Comportamentale*. Iași: Polirom, 2006. 424 p.
37. De Castilia D. *Testul arborelui*. Iași: Polirom, 2001. 240 p.
38. Dobrescu I. *Psihiatria copilului și adolescentului*. București: Medicală, 2005. 495 p.
39. Dolto F. *Când părinții se despart*. București: Trei, 2008. 153 p.
40. Dumitrescu M., Dumitrescu S. *Educația pentru sănătate mentală și emoțională, Ghid*

- metodologic pentru pregătirea cadrelor didactice*. Craiova: Arves, 2005. 146 p.
41. Enache A. ș.a. *Triada simptomatică în diagnosticul copilului maltratat*. În: *Jurnalul Român de Medicină Legală*, nr. 15, București, 2007, p. 106-110.
42. Enăchescu C. *Tratat de psihanaliză și psihoterapie*. Iași: Polirom, 2003, 392 p.
43. Enăchescu C. *Tratat de psihopatologie*. București: Tehnică, 2001. 536 p.
44. Enăchescu C. *Neuropsihologie*. București: Victor, 1996. 159 p.
45. Everett C. *Divorțul sănătos*. București: Trei, 2008. 271 p.
46. Faber A.; Mazlish E., *Comunicarea eficientă cu copiii acasă și la școală*. București: Curtea Veche, 2002. 248 p.
47. Filipoi S. *Basmе terapeutice pentru copii și părinți*. Cluj-Napoca: Fundația Culturală Forum, 1998. 102 p.
48. Fischer G., Riedesser P. *Tratat de psihotraumatologie*. București: Trei, 2001. 389 p.
49. Gabbard G. *Tratat de Psihiatrie Psihodinamică*. București: TREI, 2007. 670 p.
50. Gelder M., Gath D., Mayou R. *Tratat de psihiatrie Oxford*. București: Asociația Psihiatrilor Liberi din România, 1994. 874 p.
51. Gheorghe D., Mastan B. *Ghid de bune practici. Tehnici creative*. București: Vanemonde, 2005. 58 p.
52. Ghiran V., Iftene F. *Aspecte de psihiatrie clinică și socială a copilului și adolescentului*. Cluj-Napoca: Genesis, 1999. 167 p.
53. Gîrlaşu-Dimitriu O. *Tehnici Psihoterapeutice*. București: Victor, 2004. 208 p.
54. Golu F., Ioniță C. *Aplicații practice ale psihologiei copilului. Dezvoltarea personală ca program de educație alternativă*. București: SPER, 2009. 134 p.
55. Golu P., Zlate M., Verza E. *Psihologia copilului*. București: Didactică și Pedagogică, 1994. 215 p.
56. Gonciar V. *Dezvoltarea competențelor de comunicare și a inteligenței emoționale la elevi*. În: *Psihologie*, Nr. 1/2009, Chișinău, p. 69 - 79.
57. Hickling M. *Educația sexuală pentru copii și adolescenți*. București: Humanitas, 2000, 197 p.
58. Hien D. ș.a. *Manual KID - SCID, Interviu clinic structurat pentru tulburările clinice ale sugarului, copilului și adolescentului*. Cluj-Napoca: RTS, 2007.
59. Holdevici I. *Tratat de Psihoterapie Cognitiv-Comportamentală, Gândirea pozitivă - cheia sănătății și eficienței*. București: TREI, 2009. 714 p.
60. Holdevici I. *Psihoterapia anxietății*. București: Dual Tech 2002. 400 p.

61. Holdevici I. *Psihoterapii scurte, Să ne rezolvăm problemele de viață rapid și eficient*. București: Ceres, 2002. 199 p.
62. Holdevici I., Neacșu V. *Consiliere psihologică și psihoterapie în situațiile de criză*. București: Dual Tech, 2006. 336 p.
63. Howitt D., Cramer D. *Introducere în SPSS pentru psihologie*. Iași: Polirom, 2006. 260 p.
64. Iamandescu I.B. *Stresul psihic din perspectiva psihologică și psihosomatică*. București: Infomedica, 2002. 252 p.
65. Ilie S. *Competența emoțională*, Biblioteca virtuală a Academiei Forțelor Terestre, www.actrus.ro, (vizitat 10.12.2009).
66. Ionescu Ș. *Copilul maltratat*, București: Fundația Internațională pentru Copil și Familie, 2001. 331 p.
67. Iovu M.B. *Conceptualizarea abuzului și neglijării copilului în familie*. Iași: Lumen, 2008. 117 p.
68. Kacso E., Bartok E. *Pietre prețioase. Culegere de jocuri pentru dezvoltarea personalității copilului*. Tg. Mureș: Fundația pentru promovarea talentelor, 2010, 168 p.
69. Kallay E. *Trauma, trauma theories, and possible post-traumatic reactions*. În: *Cogniție, Creier, Comportament*, Cluj-Napoca, martie 2004, p. 55 - 74.
70. Killen K. *Copilul maltratat*. București: Eurobit, 1998. 456 p.
71. Koch K. *Testul arborelui*. Timișoara: Profex, 2002. 413 p.
72. Losîi E. *Diminuarea agresivității preadolescenților prin dezvoltarea inteligenței emoționale*. În: *Psihologie, Pedagogie Specială, Asistență Socială*, nr. 1 (14), Chișinău, 2009, p. 12 – 19.
73. Losîi E., Dițescu D., *Agresivitate și violență: abordări conceptuale*. În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, vol. IX, Chișinău, 2010, p. 413 - 419.
74. Lozan Ala. *Anxietatea normală și anxietatea maladivă la elevi*. În: *Psihologie*, Nr. 1/2009, Chișinău, p. 40 - 47.
75. Marcelli D., Braconnier A. *Tratat de psihopatologia adolescenței*. București: Fundația Generația, 2006. 770 p.
76. Marcelli D. *Tratat de psihopatologia copilului*. București: Fundația Generația, 2003. 633 p.
77. Matanie A.B., Axente A. *Disciplinarea pozitivă sau cum să disciplinezi fără să rănești*. Cluj-Napoca: ASCR, 2010. 127 p.
78. Mecu C. *Metodologia cercetării*, curs universitar, Universitatea București, www.unibuc.ro, (vizitat 18.08.2009).

79. Minulescu M. *Teorie și practică în psihodiagnoză*. București: Fundația România de mâine, 2003. 252 p.
80. Mitrofan I. *Psihoterapie*. București: SPER, 2008. 513 p.
81. Mitrofan I. *Introducere în Psihoterapie*, București: Credis, 2008. 247 p.
82. Mitrofan I. *Terapia unificării*. București: SPER, 2004. 289 p.
83. Mitrofan I. *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*. Iași: Polirom, 2003. 475 p.
84. Mitrofan I., Ciupercă C. *Psihologia vieții de cuplu*. București: SPER, 2002. 494 p.
85. Mitrofan I. *Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului*. București: SPER, 2001. 360 p.
86. Mitrofan I. *Meditații creative, Metaforă transfiguratoare și conștiința extinsă*. București: SPER, 2001. 156 p.
87. Mitrofan I. *Orientarea experiențială în psihoterapie*. București: SPER, 2000. 374 p.
88. Mitrofan I., Ciupercă C. *Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei*, București: Edit Press Mihaela, 1998. 389 p.
89. Mitrofan I. *Psihoterapia experiențială*. București: Infomedica, 1997. 360 p.
90. Mitrofan I., Mitrofan N. *Elemente de psihologie a cuplului*. București: Casa de editură și presă Șansa, 1996. 254 p.
91. Mitrofan L. *Dinamica grupurilor*. București: Credis, 2008. 67 p.
92. Moreau A. *Psihoterapie. Metode și tehnici*. București: TREI, 2007. 164 p.
93. Muntean A. *Psihologia dezvoltării umane*. Iași: Polirom, 2006. 458 p.
94. Neamțu G. *Tratat de asistență socială*. Iași: Polirom, 2003. 1013 p.
95. Nelson C. *The Effects of Early Adversity on the Developing Brain*, *Congresul Abordarea multidisciplinară – condiție esențială a dezvoltării armonioase a copilului*, Institutul pentru Dezvoltarea Copilului, București, octombrie 2010.
96. Nichols M., Schwartz R. *Terapia de familie*. București: Pearson Education, 2006. 512 p.
97. Niculăeș A. *Factorii determinanți ai stresului la copiii de vârstă școlară mică*. În: *Psihologie, Pedagogie Specială, Asistență Socială*, nr. 1 (10), Chișinău, 2008, p. 25 - 29.
98. Niculăeș A. *Formele de stres la copii și efectul lor*. În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, vol. VII, Chișinău, 2008, p. 400 - 407.
99. Olărescu V. *Terapia prin artă*. Chișinău: Universitas, 1998, 212 p.
100. Olărescu V. *Jocul, cale de actualizare și realizare a copilului. Aspecte ale terapiei prin joc*. În: *Analele științifice ale USM, Seria științe socio-umane*. Chișinău, 2000, p. 134-138.

101. Olărescu V. *Jocul drept indice al sănătății psihologice a familiei*. În: *Probleme ale științelor socio-umane și modernizării învățământului*, materialele Conferinței științifice anuale UPS „I.Creangă”, Chișinău, 2002, vol 1, p. 274-278.
102. Olărescu V. *Soluționarea conflictelor interioare prin intermediul art-terapiei*, În: *Cultura păcii în perioada stabilirii noosferei*, Chișinău, 1999, p. 94-100.
103. Olărescu V. *Manifestări psihologice întâlnite în cazul unui copil abuzat sau neglijat*. Materialele Conferinței științifice anuale UPS „I.Creangă”. Chișinău, 2013.
104. Olărescu V., Veleanovici A. *Metode și tehnici de evaluare psihologică a copilului abuzat*, În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, Vol. IX, Chișinău, 2010, p. 509 - 513.
105. Olărescu V., Veleanovici A. *Asistența psihologică a familiei copilului abuzat sau neglijat*. În: *Materialele Conferinței internaționale științifico-practice, UPS "Ion Creangă"*, Chișinău, 2013
106. Olărescu V., Veleanovici A. *Familia, influențarea educațională și comportamentul deviant al copilului*. În: *Profilaxia tulburărilor comportamentale la minori*, A IX-a Conferință internațională științifico-practică a psihologilor, Centrul Armonie, Chișinău, 2013, p. 39-40
107. Olărescu V., Veleanovici A. *Tulburări psihice - consecință a abuzului și neglijării copilului*. În: *Revista Psihologie nr 2*, Chișinău, 2013, p. 91-95.
108. Olărescu V., Veleanovici A. *Sindromul Alienării Parentale, formă subtilă de abuz emoțional*. În: *Volumul Conferinței științifice anuale Probleme ale științelor socio-umane și modernizării învățământului*, UPS Ion Creangă, Chișinău, 2009. p.29-35.
109. Opariuc-Dan C. *Statistica aplicată în Științele Socio-Umane*. Constanța: ASCR, 2009, 262 p.
110. Organizația Internațională a Sănătății. *ICD 10 - Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament*. București: All Educațional, 1998. 420 p.
111. Organizația Națiunilor Unite. *Raport al expertului independent pentru studiul ONU privind violența asupra copiilor*, 2009, www.asociațiaeverest.ro, (vizitat 2.05.2010).
112. Perjan C., Verdeș A. *Ghid practic de asistență psihologică a curențelor afective la copiii din familii temporar dezintegrate*. Chișinău: UPS Ion Creangă, 2010. 48 p.
113. Perjan C. *Dezvoltarea afectivității la copiii preșcolari educați în situații sociale de dezvoltare diferite*. Teza de doctor în Psihologie. Chișinău, 2001, 158 p.
114. Peterman F., Peterman U. *Program terapeutic pentru copii agresivi*. Cluj- napoca: ARTS, 2006. 330 p.
115. Popov T. *Optimizarea relațiilor părinți-adolescenți*. În: *Psihologie*, Nr. 1/2009, Chișinău, p. 48 - 54.

116. Preda V. *Terapii prin mediere artistică*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 2003. 155 p.
117. Predescu V. *Psihiatrie*. București: Medicală, vol. I, 1989, 834 p., vol. II, 1998, 1144 p.
118. Racolta, L. *Despre abuzul asupra copilului*. În: *Revista învățământului preșcolar*, Nr. 3-4/2008, București, p. 31 - 35.
119. Racu I. *Psihodiagnoza și statistica psihologică*. Chișinău: UPS Ion Creangă, 2005. 244 p.
120. Racu I., Verdeș A. *Dezvoltarea afectivității la preadolescenții educați în situații sociale de dezvoltare diferite*. În: *Psihologie, Pedagogie Specială, Asistență Socială*, nr. 4 (17), Chișinău, 2009, p. 10 - 27.
121. Racu Iu. *Anxietatea la preadolescenții contemporani și modalități de diminuare*, teză de doctorat, Chișinău, 2011, www.cnaa.md, (vizitat 05.02.2011).
122. Racu Iu. *Diminuarea anxietății școlare la preadolescenți*, În: *Psihologie, Pedagogie Specială, Asistență Socială*, nr. 3 (20), Chișinău, 2010, p. 13 – 26.
123. Racu Iu. *Dinamica și specificul manifestării anxietății în preadolescență*. În: *Psihologie, Pedagogie Specială, Asistență Socială*, nr. 4 (17), Chișinău, 2009, p. 75 – 81.
124. Racu Iu. *Sursele anxietății la preadolescenți*. În: *Psihologie, Pedagogie Specială, Asistență Socială*, Chișinău, nr. 4 (21), 2010, p. 38 – 59.
125. Rădulescu S. *Sociologia violenței (intra)familiale. Victime și agresori în familie*. București: Lumina Lex, 2001. 351 p.
126. Rădulescu S. *Victime și agresori în domeniul abuzului sexual comis în familie*. În: *Cercetare și Intervenție Socială*, București, 2010. p. 23-48.
127. Romila A. *Psihiatrie*. București: Asociația Psihiatricilor Liberi din România, 2004. 644 p.
128. Rotariu T. *Metode statistice aplicate în științele sociale*. Iași: Polirom, 2000. 334 p.
129. Roth-Szamoskozi M. *Protecția copilului, Dileme, Concepții și Metode*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 1999. 168 p.
130. Rozorea A., Sterian M. *Testul arborelui*. București: Paideia, 2000. 193 p.
131. Rubin J. *Art-Terapia, Teorie și Tehnică*. București: TREI, 2009. 546 p.
132. Rusnac S. ș.a., *Asistența Psihologică a cazurilor de violență în familie. Program de diagnostic și reabilitare a victimei și abuzatorului*. Chișinău: Universitatea Liberă internațională din Moldova, 2009. 293 p.
133. Sadock B., Sadock V. *Manual de buzunar de psihiatrie clinică*. București: Medicală, 2007. 558 p.
134. Salvați Copiii. *1,2,3... Pași în reabilitarea copilului care a suferit o traumă*. Iași: Spiru Haret, 2009. 113 p.

135. Salvați Copiii. *Metodologia comună a centrelor de consiliere pentru copilul abuzat sau neglijat*, București, 2003. 12 p.
136. Salvați Copiii. *Ghid de bune practici pentru prevenirea abuzului asupra copilului*, București, 2003. 180 p.
137. Salvați Copiii. *Sfaturi pentru copii, Să învățăm despre atingeri bune și rele*, București, 2003. 20 p.
138. Satir V. *Arta de a făuri oameni*. București: TREI, 2010, 457 p.
139. Satir V. *Terapia familiei*. București: TREI, 2010, 391 p.
140. Schaffer H.R. *Introducere în psihologia copilului*. Cluj-Napoca: ASCR, 2007. 391 p.
141. Sima C.E., Stănculescu A.F. *Deprinde-te prin joc, Ghid pentru orele de consiliere și orientare școlară*. București: ERC PRESS, 2009. 96 p.
142. Sîmboteanu-Popescu D. (coordonator), *Copilul maltratat: intervenții multidisciplinare*, Centrul Național de Prevenire a Abuzului față de Copii, Chișinău, 2007. 28 p.
143. Stan V.O. *Atașamentul și sisteme comunitare în sănătatea mentală*. Timișoara: Eurobit, 2002. 204 p.
144. Șchiopu U. *Introducere în Psihodiagnostic*. București: Fundația Humanitas, 2002. 343 p.
145. Șchiopu U., Verza E. *Psihologia vârstelor. Ciclurile vieții*. București: Didactică și Pedagogică, 1999. 212 p.
146. Stemate R. E. *Modul experiențial centrat pe dezvoltarea abilităților de gestionare a agresivității la adolescenți*. În: Revista de Psihoterapie Experiențială nr. 2 (46), București, 2009, p. 46 - 61
147. Ștefan C., Kallay E. *Dezvoltarea competențelor emoționale și sociale la preșcolari*. Cluj-Napoca: ASCR, 2007. 308 p.
148. Tănăsescu I. *Introducere în tehnicile proiective*. București: Ecologică, 2004. 298 p.
149. Ulete, F. *Aspecte ale fricii și anxietății la școlari*. În: Revista de Psihologie Nr. 3-4, București, 2008, p. 261-274.
150. UNICEF. *Ghid juridic privind protecția copilului și familiei*. București: MarLink, 2002. 229 p.
151. Vasile D., Anghel E. *Optimizarea personală a adolescenților din centrele de plasament*, Centrul Parteneriat pentru Egalitate, București, 2004. 66 p.
152. Veleanovici A. *Using TSCC - Trauma Symptom Checklist for Children in Clinical Assessment of Abused Children*. În: Journal of Experiential Psychotherapy, vol. 15, nr. 2 (58), București, 2012.

153. Veleanovici A. *Abuzul asupra copiilor. Definiție și tipologie*. În: *Psihopedagogia copilului*, nr. 8-9, Craiova, 2010.
154. Veleanovici A. *Utilizarea bateriei NEPSY pentru evaluarea copiilor cu deficiență mintală*. În: *Probleme ale științelor socio-umane și modernizării învățământului*, Chișinău, 2010.
155. Veleanovici A. *Propuneri de includere a tulburării de alienare parentală în DSM V*. În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, Chișinău, vol. X, 2011, p. 199 - 210.
156. Veleanovici A. *Tulburările anxioase în cazul copiilor abuzați sau neglijați*. În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, Chișinău, vol. IX, 2010, p. 472 - 479.
157. Veleanovici A. *Istoria copiilor cu tulburări afective și cognitive*. În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, vol. VIII, Chișinău, 2009.
158. Veleanovici A. *Profilul psiho-afectiv al copiilor aflați în dificultate*. În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, vol. VIII, Chișinău, 2009.
159. Verdeș A. *Dezvoltarea afectivității la preadolescenții educați în situații sociale de dezvoltare diferite*. Chișinău: UPS Ion Creangă, 2010, 218 p.
160. Verdeș A. *Intervenții psihologice în dezvoltarea afectivității la vârsta preadolescentă în situații sociale de dezvoltare nefavorabilă*. În: *Psihologie-Pedagogie specială-Asistență socială*, nr. 1 (10), Chișinău, 2008. p. 56- 63.
161. Verdeș A. *Fenomenul separării și impactul lui asupra dezvoltării afectivității la descendenții familiilor temporar dezintegrate*. În: *Psihologie-Pedagogie specială-Asistență socială*, nr. 1 (6), Chișinău, 2007. p. 63 - 71.
162. Verza E., Verza F. *Psihologia vârstelor*. București: Pro Humanitate, 2000. 307 p.
163. Verza E. *Psihopedagogie specială*. București: Didactică și Pedagogică, 1996. 269 p.
164. Vernon A. *Programul Pașaport pentru succes în dezvoltarea emoțională, socială, cognitivă și personală a copiilor din clasele I-IV*. Cluj-Napoca: Editura RTS, 2010, 319 p.
165. Vincent R. *Cunoașterea copilului*. București: Didactică și Pedagogică, 1972, 311 p.
166. Vîrlan M. *Dinamica relațiilor părinți-preadolescenți*. În: *Psihologie, Pedagogie Specială, Asistență Socială*, nr. 3 (20), Chișinău, 2010, p. 26 - 30.
167. Vîrlan M. *Optimizarea comportamentului copiilor din familii temporar dezintegrate*. Chișinău: UPS Ion Creangă, 2010, 70 p.
168. Vladislav E. *Tehnici proiective*. Universitatea București, www.unibuc.ro, (vizitat

15.04.2010).

169. Yalom I. *Tratat de psihoterapie de grup*. București: Trei, 2008. 680 p.

170. Zămoșteanu A., Gozo Z., Muranyi D. *The medical - legal expertise in the case of a minor's emotional and sexual abuse*. În: Revista de Psihoterapie Experiențială nr. 1 (49), martie 2010, p. 22-29.

171. Zlate M. *Fundamentele psihologiei*. București: Pro Humanitate, 2000. 330 p.

172. Abdulhamid I, Siegel P *Munchausen Syndrome by Proxy*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, Martie 2008, Omaha, USA, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 10.05.2009).

173. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. *Practice Parameters for forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997, www.aacap.org, (vizitat 8.03.2008).

174. American Academy Of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. *Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children*, www.pediatrics.org, (vizitat 12.08.2009).

175. American Academy Of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. *Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children*, American Academy of Pediatrics, www.pediatrics.org, (vizitat 12.10.2009).

176. Ammerman R. (editor). *Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology – Volume 3, Child Psychopathology*, Hoboken: John Willey & Sons Inc, 2006. 512 p.

177. De Bellis M., Kaufhold M. *Effect of Abuse and Neglect on Brain Development*, www.aaronmillerconsulting.com, (vizitat 19.08.2009).

178. Benton T. *Child Depression*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 10.12.2009).

179. Bernstein B. *Child Bipolar Disorder*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 10.12. 2009).

180. Booth Ph., Jernberg A. *Theraplay. Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play*. San Francisco, USA: Josey-Bass, 2010. 610 p.

181. Brag L. *Child Protection in Families Experiencing Domestic Violence*, U.S. Department of Health and Human Services, 2003, www.childwelfare.gov, (vizitat 09.12.2009).

182. Briere J. *Trauma Symptom Checklist for Children, Professional Manual*. Odessa, USA: Psychological Assessment Resources Inc., 2000. 67 p.

183. Chadwich Center for Children and Families. *Assessment - Based Treatment for Traumatized Children: A Trauma Assessment Pathway*, San Diego, USA, 2009. 79 p.

184. Child Welfare Information Gateway, *Effects of Maltreatment on Brain Development*, www.childwelfare.gov, USA, (vizitat 12.08.2009).
185. Connelly K. *Child Sleep Disorder, Nightmares*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, Februarie 2008, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 01.06.2009).
186. Cook A. ş.a. *A trauma assessment pathway model*. San Diego, USA: Chadwick Center for Children & Families, 2006. 79 p.
187. DePanfilis D. *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention*, U.S. Department of Health and Human Services, 2006, www.childwelfare.gov, (vizitat 10.12.2009).
188. Evans R. *Treatment Considerations with Children Diagnosed With PAS*, www.acenterforhumanpotential.com, (vizitat 19.07.2010).
189. Friedmann M. *Diagnosing post-traumatic stress disorder*. În: *Revista Cognitione, Creier, Comportament*, vol. 1 / 2001, p. 1-18.
190. Friedrich W. *Children with Sexual Behavior Problems: Family-Based, Attachment-Focused Therapy*. New York: W.W. Norton & Company, 2007. 322 p.
191. Geldard D., Geldard K. *Counseling Children, A Practical Introduction*. Thousand Oaks, Canada: Sage Publications, 2002. 315 p.
192. Giardino A., Harris B., Giardino E. *Child Abuse and Neglect, Posttraumatic Stress Disorder*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, Iulie 2009, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 20.11.2009).
193. Giardino A., Giardino E. *Child Abuse and Neglect, Physical Abuse*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, Decembrie 2008, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 10.02.2009).
194. Giardino A., Giardino E. *Child Abuse and Neglect, Sexual Abuse*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, Decembrie 2008, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 10.02.2009).
195. Goldsmith R., Freyd J. *Awareness for Emotional Abuse*. În: *Journal Of Emotional Abuse*, Vol. 5 (1) 2005, The Haworth Press Inc, www.haworthpress.com, (vizitat 12.07.2009).
196. Goldstein A.M. (editor). *Handbook of Psychology, Volume 11, Forensic Psychology*. Hoboken, USA: John Willey & Sons, Inc, 2003. 627 p.
197. Hawley K., Weisz J. *Youth Versus Parent Working Alliance in Usual Clinical Car.* În *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2005, Vol. 34, No. 1, p. 117-128, www.tandfonline.com, (vizitat 8.09.2010).
198. Hopkins B. (editor). *The Cambridge Encyclopedia of Child Developmen*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2005. 684 p.

199. Howells J. *Experiential Psychopathology*, The Institute of Family Psychiatry, Ipswich, England, www.john-howells.com, (vizitat 25.11.2009).
200. Jennings S. *101 Activities for Empathy and Awareness*. Buckingham, UK: Hinton House Publishers, 2010. 142 p.
201. Kauffman Foundation. *The Findings of the Kauffman Best Practices Project to Help Children Heal From Child Abuse*, USA, 2004, www.chadwickcenter.org, (vizitat 09.02.2009).
202. Lanktree C., Briere J. *Integrative Treatment of Complex Trauma for Children*, www.johnbriere.com, (vizitat 12.04.2008).
203. Lubit R., Maldonado-Durán M., Bram L.H. *Child Abuse & Neglect, Reactive Attachment Disorder*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, USA, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 20.11.2008).
204. McCollum D. *Child Maltreatment and Brain Development*, Minnesota Medicine Journal, March, 2006, www.minnesotamedicine.com, (vizitat 23.11.2008).
205. National Child Traumatic Stress Network. *How to Implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy*, Los Angeles, USA, 2008, www.nctsn.org, (vizitat 12.05.2009).
206. National Crime Victims Research and Treatment Center. Medical University of South Carolina, *Child Physical and Sexual Abuse, Guidelines for Treatment*, Charleston, USA, 2004, vizitat (11.07.2009).
207. Nutter D., Holm-Larsen L., Sylvester C. *Anxiety Disorder: Generalized Anxiety*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, Septembrie 2006, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 20.05.2009).
208. Pruvit K. *Creating Safe Places*, Fostering Families Today, April 2005, Institute of Child Development, Texas Christian University, Forth Worth, Texas, USA, www.child.tcu.edu, (vizitat 23.11.2009).
209. Rogers E., Spalding S. *Child Dysthymic Disorder*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, USA, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 10.12.2009).
210. Russ S. *Play in Child Development and Psychotherapy*. London, UK: Laurence Erlbaum Associated, 2004. 181 p.
211. Ryann B., Conradi L. *Assessment-Based Treatment for Traumatized Children: A Trauma Assessment Pathway Model*, Chadwich Center for Children and Families, San Diego, USA, 2008, www.nctsn.org, (vizitat 12.10.2009).
212. Saarni C. *The development of emotional competence*. New York, USA: Guilford Press, 1999, www.google.com, (vizitat 10.12.2009).
213. Salkind N. J. *Child Development*. New York, USA: Macmillan Reference, 2002. 488 p.

214. Save the Children. *Child Abuse and Adult Justice*. Stockholm, Suedia, 2002, 78 p.
215. Save the Children. *Child Sexual Abuse*, Stockholm, Suedia, 2003, 76 p.
216. Sirotnak A., Chiesa A. *Child Abuse & Neglect: Failure to Thrive*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, USA, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 15.01.2009).
217. Sirotnak A. *Child Abuse & Neglect: Psychosocial Dwarfism*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, Martie 2008, USA, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 15.01.2009).
218. Smith D. *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy with Children and Their Families*, Medical University of South Carolina, ctg.musc.edu, (vizitat 05.11.2009).
219. Smith D. *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy with Childhood traumatic Grief*, Medical University of South Carolina, ctg.musc.edu, (vizitat 12.11.2009).
220. Strickland B. R. *The Gale Enciclopedia of Psychology*. Farmington Hills, USA: Gale Group, 2001.
221. Tzeng-Oliver C.S.. Jacobsen J.J. *Sourcebook for child abuse and neglect*, Springfield, Illinois, USA: Publisher Charles C. Thomas, 1988. 433 p.
222. Urbina S. *Essentials of Psychological Testing*, Hoboken, New Jersey, SUA: John Willey & Sons, Inc., 2004. 326 p.
223. Urquiza A., Winn C. *Treatment for Abused and Neglected Children*, U.S. Department of Health and Human Services, 1994, 116 p, www.childwelfare.gov, (vizitat 12.05.2010).
224. U.S. Department of Health and Human Services. *Crisis Intervention in Child Abuse and Neglect*, USA, 2006, www.childwelfare.gov, (vizitat 16.12.2009).
225. U.S. Department of Health and Human Services. *Child maltreatment 2012*, USA, 2012, www.acf.hhs.gov, (vizitat 10.11.2013).
226. Waseem M., Aslam M. *Child abuse and neglect: dissociative identity disorder*, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 20.05.2008).
227. Webb N. *Play Therapy with Children in Crisis*. London, UK: The Guilford Press, 2007. 489 p.
228. Wilmshurst L. *Essentials of Child Psychopathology*. Hoboken, New Jersey, SUA: John Willey and Sons, 2005. 307 p.
229. World Health Organization, *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, USA, 2006, www.ispcan.org, (vizitat 14.05.2009).
230. World Health Organization. *Child abuse and neglect by parents and other caregivers*, www.who.int, (vizitat 25.05.2014).
231. Yates W. *Anxiety Disorders*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference,

Octombrie 2009, USA, www.emedicine.medscape.com, (vizitat 20.11. 2009).

232. Berger M. *Ces enfants qu'on sacrifie*. Paris: Editions Dunod, 2005. 167 p

233. Coté I., Vezina J.-F. *Tempête dans la famille, Les enfants et la violence conjugale*, Montreal: Editions des L'Hopital Sainte- Justine, 2005. 196 p.

234. Geissmann C., Houzel D. *Psychotérapies de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Editions Bayard, 2003. 1156 p.

ANEXA 1. MODELE DE FIȘE DE EVALUARE ÎNȚIALĂ ȘI DETALIATĂ, PLAN DE CONSILIERE, CONTRACT CU FAMILIA

FIȘA DE SEMNALARE ȘI EVALUARE ÎNȚIALĂ A SITUAȚIILOR DE ABUZ / NEGLIJARE / EXPLOATARE A COPILULUI

A. DATE DE IDENTIFICARE

A1. INFORMAȚII DESPRE COPIL

Numele și prenumele:

Adresa:

Nr. telefon:

Data și locul nașterii / vârsta :

CNP:

Sex:

Situația școlară:

- Școlarizat: cls. Școala.:
- Neșcolarizat
- Abandon școlar
- Absenteism școlar

Comentarii:

Reprezentantul legal al copilului:

Copilul se încadrează în categoria persoanelor cu handicap :

- Nu
- Da : handicap motor / neuromotor / mintal / senzorial / polihandicap

A2. INFORMAȚII DESPRE PĂRINȚI / REPREZENTANT LEGAL

MAMA

Numele și prenumele:

Adresa:

Nr. de telefon:

Data și locul nașterii:

CNP:

Act de identitate:

Starea de sănătate:

- Sănătos
- Boli somatice
- Boli psihice

Studii :

- Fără studii
- Primare
- Gimnaziale
- Medii
- Superioare

Ocupație :

- Fără ocupație
- Șomer
- Pensionat
- Angajat, locul de munca:

Comentarii:

Este dependentă de : alcool / droguri / tutun / substanțe psihotrope / altele:

TATA

Numele și prenumele:

Adresa:

Nr. de telefon:

Data și locul nașterii:

CNP:

Act de identitate:

Starea de sănătate:

- Sănătos
- Boli somatice
- Boli psihice

Studii :

- Fără studii
- Primare
- Gimnaziale
- Medii
- Superioare

Ocupație :

- Fără ocupație
- Șomer
- Pensionat
- Angajat, locul de munca:

Comentarii:

Este dependent de : alcool / droguri / tutun / substanțe psihotrope / altele:

ALTE INFORMAȚII DESPRE FAMILIA COPILULUI SI DESPRE ALȚI MEMBRI AI FAMILIEI

Numele :

Grad de rudenie:

Adresa și nr. telefon:

Data și locul nașterii:

Studii:

Ocupație:

Numele :

Grad de rudenie:

Adresa și nr. telefon:

Data și locul nașterii:

Studii:

Ocupație:

STRUCTURA FAMILIALĂ :

- Organizată
- Dezorganizată
- Monoparentală: mama / tata
- Cuplu consensual
- Familia extinsă

Comentarii:

CLIMAT FAMILIAL:

- Armonios
- Conflictual
- Disfuncții de relaționare
-

Persoana care a sesizat cazul este dispusă să ofere informații suplimentare, dacă este necesar?

- Da
- Nu

Comentarii:

Când s-a produs evenimentul sesizat:

ABUZ / NEGLIJARE / EXPLOATARE / TRAFIC / MIGRAȚIE

- In ultimele 24 de ore
- In ultimele 72 de ore
- In urma cu cca. 7 zile
- In urma cu cca. 30 zile
- In urma cu cca. 3 luni
- In urma cu cca. 6 luni
- In urma cu cca. 1 an
- Altă perioada:

B. ABUZ**C. SCREENING PENTRU SEMNE DE ABUZ**

ITEM	Simp- tom	Ultima luna	Ultimele 3 luni	Ultimele 6 luni	Ultimul an	Agresor
1. Copilul a fost victima unui abuz fizic						
2. Copilul a suferit lovituri la nivel abdominal						
3. Copilul a suferit lovituri la nivelul capului						
4. Copilul a suferit : fracturi post agresiune, hematoame, echimoze, plăgi, eriteme, arsuri						
5. Copilul a necesitat intervenție sau îngrijire medicala pt. recuperare post-agresiune						
6. Copilul a prezentat simptome somatice post-agresiune (cefalee, dureri diverse, febra, diaree, voma, greață, vertij, facies palid, atitudini corporale de apărare, etc.)						
7. Copilul a dezvoltat enurezis reactiv						

8. Copilul a dezvoltat encoprezis reactiv						
9. Copilul a fost victima unui abuz sexual						
10. Copilul a prezentat semne vizibile : pe sâni, fese, abdomen, coapse, zona genitala, zona rectală, etc.						
11. Copilul a prezentat dureri abdominale, tulburări de alimentație, tulburări ale somnului, disfuncții sexuale (hipersexualitate, jocuri sexuale insistente în relația cu alți copii, etc.),						
12. Copilul a prezentat comportament autoagresiv: tentative suicidare, tendințe de automutilare, consum exagerat de alcool și/sau substanțe psihoactive, etc.						
13. Copilul a prezentat comportament agresiv față de alte persoane : agresivitate verbală și/ sau fizică						
14. Copilul a fost victima unui abuz emoțional						
15. Copilul a fost martor unor situații ce i-au pus în pericol pe cei dragi (părinți, frați, etc.)						
16. Copilul a fost subiectul abuzului emoțional						
17. Copilul prezintă tulburări în sfera socio - afectivă: impulsivitate, violență, izolare socială, neîncredere în sine și în ceilalți, labilitate emoțională, autoulpabilizare, anxietate, depresie, fuga de acasă, altele						
18. Copilul prezintă tulburări în sfera cognitivă: retard, dezinteres în îndeplinirea sarcinilor școlare, altele:						

Părintele folosește metode educative neadecvate sau măsuri extreme?

- Nu
- Da: îl respinge pe copil, îl critică, îl insultă, îl umilește, îl izolează, îl terorizează, are așteptări nerealiste, îl lovește, aprobă sau îl încurajează pe copil să ia parte la cerșit, furt, consum de droguri, alcool, etc.
- Comentarii:

Durata abuzului:

Persoana care ar putea avea informații suplimentare despre situație:

- Numele și prenumele:
- Vârsta:
- Adresa:
- Altele:

A fost anunțată Secția de Poliție :

A fost cineva martor la abuz: mama / tata / alte persoane:

Agresorul are, în continuare acces la victimă: DA / NU

A fost necesară spitalizarea copilului: NU / DA : unde anume și pe ce perioadă

Măsuri anterioare de protecție și motivul fiecăreia:

Copilul a beneficiat, anterior, de consiliere psihologică: NU / DA: perioada, motivul, psihologul, locația

VIOLENȚĂ DOMESTICĂ:

- Antecedente de violență domestică: NU / DA (copilul a mai fost rănit, părintele a mai fost rănit, copilul se teme pentru viața lui sau a părintelui său, copilul este martor la agresarea părintelui, etc.
- Părintele nu / este consumator de alcool, droguri, etc.
- Copilul nu / are acces la alcool, droguri, etc.
- Comentarii:

D. NEGLIJARE

Forma de neglijare la care a fost supus copilul:

hrănirea, îmbrăcarea, igiena, securizarea, supravegherea, asigurarea stării de sănătate, educația școlară, nevoile afective și de comunicare, abandon, etc.

Semne observabile ale neglijării:

deficit staturo-ponderal, stare de sănătate deficitară, agresivitate / timiditate, plânge ușor la apariția oricărui disconfort, tulburări de dezvoltare psiho-motorie, fațes palid, aspect neîngrijit, altele:

Părintele NU oferă în mod adecvat:

hrană, îmbrăcăminte, igienă, adăpost, educație, îngrijire medicală, supraveghere, etc.

Comentarii:

Cât timp este lăsat copilul nesupravegheat:

Copilul este cel care trebuie să îngrijească alți frați, surori, etc.

E. EXPLOATARE SEXUALĂ ȘI/ SAU COMERCIALĂ

Semne care indică prezența exploatării sexuale și / sau comerciale:

- a. Tulburări socio-afective: impulsivitate și violență, izolare socială, neîncredere în sine și în ceilalți, labilitate emoțională, autoculpabilizare, anxietate, negativism, depresie, altele.
- b. Tulburări ale somnului: insomnii, coșmaruri, altele.
- c. Comportament agresiv și autoagresiv: tentative suicidare, tendințe de automutilare, consum exagerat de alcool și/sau substanțe psihoactive, agresivitate verbală, acte violente, etc.

Copilul provine dintr-o familie dezavantajată socio-economic: DA / NU

Comentarii:

Copilul trăiește pe stradă: DA /NU

Comentarii:

Copilul provine dintr-o familie în care se practică prostituția: DA / NU

Comentarii:

CONCLUZII

DATA SEMNALĂRII:

ORA SEMNALĂRII:

PERSOANA CARE A COMPLETAT FIȘA:

CONCLUZII ASUPRA CAZULUI:

ABUZ FIZIC

ABUZ SEXUAL

ABUZ EMOȚIONAL

NEGLIJARE

EXPLOATARE

CAZUL A FOST REFERIT DE CĂTRE:

CAZUL A FOST REPARTIZAT:

Nume și prenume:

Funcția:

Data:

PROPUNERI:

Întocmit,

RAPORT DE EVALUARE INIȚIALĂ

I. Date de identificare

Numele..... Prenumele: Vârsta: Sex M/F
Adresa:..... Telefon:

Mama: Ocupația: Vârsta:
Tata: Ocupația: Vârsta:

Alte persoane din familie:

.....
.....
.....

II. Referent:

.....
...Alte servicii apelate:
Perioada:

III. Problema pentru care se adresează:

.....
.....

IV. Istoricul problemei:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

V. Date medicale:

.....
.....
.....

VI. Date școlare:

.....
.....
.....

VII. Observații și recomandări:

.....
.....
.....
.....

Întocmit,

RAPORT DE EVALUARE DETALIATĂ

DATE ANAMNESTICE

Numele și prenumele:.....

Vârsta și data nașterii:.....

Sexul:.....

Adresa:.....

Caz referit de:.....

Motivul pentru care se prezintă:

.....
.....
.....
.....

Pregătire

școlară:.....

DATE DESPRE STRUCTURA FAMILIEI

Membrii familiei, vârsta, gradul de instruire, ocupația:

.....
.....
.....
.....

Sistem de valori, convingeri religioase, atitudini, evenimente:

.....
.....
.....

ANTECEDENTE PERSONALE PATOLOGICE

Psihiatrice:.....

.....

Medicale:.....

.....

Toxicomanii:

.....

ANTECEDENTE PERSONALE FAMILIALE

Traume:.....

.....

Separări/mutări:

.....

Pierderi nerezolvate (doliu prelungit):

.....

Stresori recenți:

.....

Probleme cu legea:

EXAMEN PSIHIC

Aspect general:

Atitudine, relaționare cu examinatorul:

Comunicare verbală:

Comunicare non-verbală:

Percepție:

Orientare:.....

Discernământ:.....

Atenție:.....

Memorie:.....

Dezvoltare intelectuală:.....

Dispoziție/Afect (anxietate, fobii, temeri, frică, furie):

Ideație suicidară/homicidară:

Agresivitate:.....

Sexualitate:

Apetit:

Modificări ale somnului, coșmaruri, pavor nocturn, somn întrerupt:

.....

Rezistența la frustrare:

.....

Vise/fantezii/dorințe:

.....

Comunicare/Relaționare:

.....

Cum este văzută problema de către copil:

.....

.....

Cum este văzută problema de către părinți:

.....

.....

.....

METODE ȘI TEHNICI PSIHOLOGICE UTILIZATE

.....

.....

.....

.....

CONCLUZII ASUPRA PROFILULUI PSIHOLOGIC

.....

.....

.....

.....

.....

OBSERVAȚII ȘI RECOMANDĂRI

.....

.....

.....

.....

Psiholog,
Semnătura și parafa

PLAN PERSONALIZAT DE CONSILIERE/PSIHOTERAPIE

Numele.....

Prenumele.....

Vârsta.....

Data nașterii.....

Problema pentru care se adresează

.....
.....
.....
.....
.....

Obiective:

.....
.....
.....
.....
.....

Strategii, metode, tehnici

.....
.....
.....
.....

Gravitatea problemei.....

.....
.....
.....

Estimarea duratei consilierii/psihoterapiei

.....

Data:

Psiholog:

CONTRACT CU FAMILIA

Încheiat astăzi, între:

Domnul/Doamna în calitate de psiholog, responsabil de caz,

și

Domnul/Doamna în calitate de părinte/ reprezentant legal al copilului născut la data de, domiciliat în

1. Scopul contractului:

Asigurarea îndeplinirii obiectivelor prevăzute în planul personalizat de consiliere / psihoterapie:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Obligațiile părților:

Responsabilul de caz se obligă:

- să asigure și să faciliteze accesul copilului și familiei la serviciile de consiliere / psihoterapie prevăzute în planul personalizat de consiliere;
- să revizuiască periodic planul personalizat de consiliere / psihoterapie, în raport cu situația copilului, în parteneriat cu familia, copilul, furnizorii de servicii și autoritățile locale.

Părintele/reprezentantul legal se obligă:

- să participe / să asigure participarea copilului la activitățile prevăzute în cadrul Centrului de Consiliere;
- să colaboreze activ cu psihologul responsabil de caz în ceea ce privește punerea în aplicare a programului (exerciții, activități, modalități de lucru etc.);
- să respecte pe deplin regulamentele de funcționare ale Centrului;
- să respecte programul de consiliere / psihoterapie negociat în acest contract; neprezentarea la trei ședințe consecutive sau repetată, în decursul aceleiași luni, fără anunțarea psihologului, duce la întreruperea relației terapeutice și, respectiv, la încheierea furnizării de servicii psihologice.

3. *Confidențialitate:*

Psihologul responsabil de caz se angajează să respecte confidențialitatea ședințelor, excepție făcând următoarele situații:

1. din cele relatate de client reiese că viața sa a fost, este sau poate fi pusă în pericol;
2. când însuși clientul a pus sau pune în pericol viața altor persoane;
3. unele informații primite în cadrul ședințelor de consiliere/psihoterapie pot constitui subiectul unor lucrări cu caracter științific sau sesiuni de comunicare între profesioniști, fără declinarea identității subiectului;
4. unele informații primite în cadrul ședințelor de consiliere/psihoterapie trebuie transmise membrilor echipei multidisciplinare a centrului.

4. *Durata contractului*

Durata ședințelor de consiliere / psihoterapie este de.....

Frecvența ședințelor este.....

5. *Clauze finale:*

Orice modificare adusă prezentului contract se face prin acordul ambelor părți.

În caz de nerespectare, din motive obiective, a celor stipulate în prezentul contract, se va reevalua situația creată și se vor stabili de comun acord noile măsuri care se impun (reducerea dimensiunilor planului actual, identificarea de soluții alternative, sprijin suplimentar etc.).

În caz de nerespectare a prevederilor din prezentul contract, contractul va fi reziliat.

Prezentul contract a fost încheiat în două exemplare, câte unul pentru fiecare parte.

Psiholog

Părintele/Părinții/
Reprezentantul legal al copilului

RAPORT FINAL

Numele și prenumele copilului:.....

Vârsta:.....

Data nașterii:.....

Componenta echipei de specialiști:

.....

Tipuri de servicii oferite:

.....

.....

Perioada de asistare:

.....

Obiective propuse:

.....

.....

.....

Rezultate obținute:

.....

.....

.....

Monitorizare post-servicii:

.....

.....

Concluzii, observații:

.....

.....

.....

Data:

Psiholog responsabil de caz,

ANEXA 2. DATE STATISTICE

Tabel 1. Experimentul de constatare - Caracteristicile familiei

	structura familiei	climat familial	consum alcool	consum drog	calificarea parintilor	conditii de locuit	nivel venituri	Model educational Hiperautoritar	Model educational Indiferent	Model educational Hiperpermisiv
N	Valid	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	2,02	3,37	1,73	,03	2,83	1,98	1,98	1,10	1,58	,66
Std. Deviation	1,129	1,237	,782	,169	1,276	,505	,626	1,176	1,089	,924
Skewness	,837	-,359	,521	5,683	,143	-,038	,013	,583	-,030	1,113
Std. Error of Skewness	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238
Kurtosis	-,244	-,970	-1,175	30,901	-1,048	1,067	-,385	-1,191	-1,298	-,001
Std. Error of Kurtosis	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472

Tabel 2. Experimentul de constatare, test Mann-Whitney formă de abuz / sex

	abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	neglijare
Mann-Whitney U	1190,000	1151,000	1290,500	1136,500
Wilcoxon W	2675,000	2636,000	2775,500	2361,500
Z	-,926	-1,189	-,576	-1,326
Asymp. Sig. (2-tailed)	,354	,234	,564	,185

a. Grouping Variable: sex

Tabel 3. Experiment de constatare, test Kruskhal-Wallis, formă de abuz / vârstă

	abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	neglijare
Chi-Square	,874	1,996	,461	8,978
df	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,928	,737	,977	,062

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: varsta

Tabel 4. Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și caracteristicile familiei

		abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	neglijare	structura familiei	climat familial	consum alcool	consum drog	calificarea parintilor	conditii de locuit	nivel venituri	Model educational Hiper permisiv	Model educational Hiper autoritar	Model educational Indiferent	
S p e a r m a n' s r h o	Correlation Coefficient	1,000	,384**	,065	-,142	,085	,376**	,263**	,005	-,023	,142	,208*	-,058	,528**	-,168	
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,515	,152	,396	,000	,007	,959	,817	,152	,035	,560	,000	,090	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Correlation Coefficient	,384**	1,000	,191	-,094	,022	,315**	,290**	-,070	-,060	-,031	,043	-,058	,342**	,015	
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,054	,343	,829	,001	,003	,481	,547	,756	,663	,561	,001	,878	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Correlation Coefficient	,065	,191	1,000	-,161	,126	-,154	-,083	-,039	,151	,010	,004	-,036	-,066	-,042	
	Sig. (2-tailed)	,515	,054	.	,103	,204	,121	,403	,695	,129	,920	,967	,719	,507	,676	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Correlation Coefficient	-,142	-,094	-,161	1,000	,153	-,015	,087	-,003	-,074	-,389**	-,276**	,473**	,024	,490**	
	Sig. (2-tailed)	,152	,343	,103	.	,124	,882	,380	,975	,459	,000	,005	,000	,807	,000	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Correlation Coefficient	,085	,022	,126	,153	1,000	-,029	,062	-,014	,082	-,099	-,054	,115	,083	,149	
	Sig. (2-tailed)	,396	,829	,204	,124	.	,770	,532	,885	,411	,320	,587	,246	,407	,132	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Correlation Coefficient	,376**	,315**	-,154	-,015	-,029	1,000	,405**	-,047	-,145	-,008	,068	,069	,139	,002	
Sig. (2-tailed)	,000	,001	,121	,882	,770	.	,000	,636	,143	,936	,495	,487	,162	,987		
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
Correlation Coefficient	,263**	,290**	-,083	,087	,062	,405**	1,000	-,170	-,246*	-,115	,015	,086	,119	,131		
Sig. (2-tailed)	,007	,003	,403	,380	,532	,000	.	,085	,012	,246	,884	,389	,232	,186		
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
Correlation Coefficient	,005	-,070	-,039	-,003	-,014	-,047	-,170	1,000	-,209*	,008	,007	-,046	,074	,014		
Sig. (2-tailed)	,959	,481	,695	,975	,885	,636	,085	.	,034	,939	,946	,641	,458	,888		
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
Sig. (2-tailed)	,152	,756	,920	,000	,320	,936	,246	,939	,003	.	,000	,198	,943	,030		
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	

Tabel 4 (Continuare). Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și caracteristicile familiei

		abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	neglijare	structura familiei	climat familial	consum alcool	consum drog	calificarea parintilor	conditii de locuit	nivel venituri	Model educational Hiper permisiv	Model educa tional Hiper autoritar	Model educa tional Indiferent
calificarea parintilor	Correlation Coefficient	-,023	-,060	,151	-,074	,082	-,145	-,246*	-,209*	1,000	,294**	,212*	,032	-,056	-,144
	Sig. (2-tailed)	,817	,547	,129	,459	,411	,143	,012	,034	.	,003	,032	,745	,574	,147
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
Conditii de locuit	Correlation Coefficient	,142	-,031	,010	-,389**	-,099	-,008	-,115	,008	,294**	1,000	,622**	-,128	-,007	-,214*
	Sig. (2-tailed)	,152	,756	,920	,000	,320	,936	,246	,939	,003	.	,000	,198	,943	,030
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
Sp ea r Nivel venituri	Correlation Coefficient	,208*	,043	,004	-,276**	-,054	,068	,015	,007	,212*	,622**	1,000	-,061	,101	-,259**
	Sig. (2-tailed)	,035	,663	,967	,005	,587	,495	,884	,946	,032	,000	.	,541	,309	,008
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
an Model s educational r Hiperpermisiv	Correlation Coefficient	-,058	-,058	-,036	,473**	,115	,069	,086	-,046	,032	-,128	-,061	1,000	-,046	,364**
	Sig. (2-tailed)	,560	,561	,719	,000	,246	,487	,389	,641	,745	,198	,541	.	,643	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
ho Model educational Hiperautoritar	Correlation Coefficient	,528**	,342**	-,066	,024	,083	,139	,119	,074	-,056	-,007	,101	-,046	1,000	-,203*
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,507	,807	,407	,162	,232	,458	,574	,943	,309	,643	.	,040
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
Model educational Indiferent	Correlation Coefficient	-,168	,015	-,042	,490**	,149	,002	,131	,014	-,144	-,214*	-,259**	,364**	-,203*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,090	,878	,676	,000	,132	,987	,186	,888	,147	,030	,008	,000	,040	.
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 5. Experimentul de constatare - Rezultate la aplicarea TSCC

	TSCC - Underresponse	TSCC - Hyperresponse	TSCC - Critical Items	TSCC - Anxiety	TSCC - Depression	TSCC - Anger	TSCC - PTS	TSCC - Dissociation	TSCC - Sexual Concerns	TSCC - Sexual Preoccupations	TSCC - Sexual Distress
N	Valid	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	49,85	54,56	1,35	59,16	55,95	53,63	56,85	55,14	47,05	46,28	48,41
Std. Deviation	8,169	10,895	1,289	10,583	10,146	7,568	8,794	6,240	11,809	7,831	10,728
Skewness	,802	1,168	,719	,125	,004	,504	,187	-,082	3,924	4,898	3,631
Std. Error of Skewness	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238
Kurtosis	-,445	,273	-,523	-,727	-,722	-,031	-,614	-,660	17,362	30,655	15,609
Std. Error of Kurtosis	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472

Tabel 6. Experimentul de constatare - Rezultate la aplicarea KID-SCID

	Kid Scid - Episod depresiv major	Kid Scid - Tulburare distimica	Kid Scid - Anxietate de separare	Kid Scid - Fobie sociala	Kid Scid - Tulburare de stres posttraumatic	Kid Scid - Tulburare obsesiv compulsiva	Kid Scid - Tulburare de anxietate generalizata	Kid Scid - Panica	Kid Scid - Tulburare de adaptare
N	Valid	103	103	103	103	103	103	103	103
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	1,66	1,92	1,51	1,24	1,46	1,15	1,83	1,20	1,51
Std. Deviation	,516	,388	,540	,431	,538	,354	,406	,472	,575
Skewness	-,243	-,746	,323	1,218	,561	2,039	-1,282	2,305	,573
Std. Error of Skewness	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238
Kurtosis	-,981	3,351	-1,119	-,527	-,907	2,200	1,020	4,748	-,641
Std. Error of Kurtosis	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472

Tabel 7. Experimentul de constatare - Rezultate la aplicarea MASC

	MASC total	MASC Simptome fizice	MASC Tensiune/ Neliniste	MASC Somatic/ Vegetativ	MASC Evitarea lezarii	MASC Perfectionism	MASC Coping Anxios	MASC Anxietate sociala	MASC Umilire/ Respingere	MASC Frica de performanta	MASC Separare/ Panica	MASC Indexul Tulburarii Anxioase
Valid N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	42,87	9,88	4,89	4,99	15,86	7,24	8,62	9,64	5,40	4,24	7,49	11,15
Std. Deviation	13,146	4,402	2,384	2,277	4,430	2,140	2,466	3,602	2,298	1,624	2,736	3,563
Skewness	,316	,717	,496	,754	-,128	-,170	-,077	,542	,309	,410	,533	,361
Std. Error of Skewness	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238
Kurtosis	-,474	-,724	-,881	-,488	-,984	-1,053	-,732	-,318	-,327	-,815	1,186	-,420
Std. Error of Kurtosis	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472

Tabel 8. Experimentul de constatare - Rezultate la aplicarea CDI, DAT, SMPCC, CSR

	CDI total	CDI Relatii Interp- ersonale	CDI Senti- mente Inefi- cienta	CDI Anhedo- nie	CDI Subesti- mare	DAT Trauma	DAT Depre- sie	DAT Anxie- tate	DAT Stima de sine	DAT Agresivi- tate	DAT Nervozi- tate	Convin- geri Irationale	Control Intern	Control PC	Control necunos- cut
N Valid	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
N Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	17,15	2,90	5,84	5,62	2,75	1,26	2,66	3,66	2,68	2,40	3,60	2,83	2,43	2,80	2,87
Std. Deviation	9,225	1,606	3,885	3,023	1,690	1,057	1,882	3,018	1,822	2,277	2,691	1,106	,903	1,004	,987
Skewness	,188	-,042	,111	,178	,270	,267	,236	,444	,320	,948	,487	,266	,507	,185	,009
Std. Error of Skewness	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238
Kurtosis	-1,354	-1,210	-1,306	-1,042	-,408	-1,153	-,861	-,979	-,673	,202	-,965	-,521	,530	-,379	-,505
Std. Error of Kurtosis	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472

Tabel 9. Experimentul de constatare - Rezultate la aplicarea YSQ

	ED	AB	MA	SI	DS	FA	DI	VH	EM	ET	IS	SB	SS	AS	NP	EI	US	PU
N Valid	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
N Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	2,46	1,90	1,99	2,31	2,55	2,02	1,73	1,80	2,06	1,17	1,26	1,44	1,17	3,85	3,62	1,31	1,58	3,04
Std. Deviation	1,533	1,445	1,438	1,489	1,506	1,482	1,322	1,382	1,203	1,106	1,252	1,439	1,237	2,915	2,832	1,094	1,295	2,619
Skewness	,092	,411	,300	-,024	-,078	,077	,595	,534	,403	,930	1,138	,782	1,199	,776	,685	,635	,740	,831
Std. Error of Skewness	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238	,238
Kurtosis	-1,023	-,778	-,645	-,792	-,822	-	,023	-,519	,228	,775	,913	-,365	,987	-,045	-,595	-,091	,013	-,460
Std. Error of Kurtosis	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472	,472

Tabel 10. Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și rezultatele la aplicarea TSCC

		abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	Neglijare	TSCC - Under Res-ponse	TSCC - Hyper Res-ponse	TSCC - Critical Items	TSCC - Anxiety	TSCC - Depre-sion	TSCC - Anger	TSCC - Post traumatic Stress	TSCC - Disso-ciation	TSCC - Sexual Concerns	TSCC - Sexual Preoccu-pations	TSCC - Sexual Di-stress
S p e a r m a n s r h o	abuz fizic	1,000	,384**	,065	-,142	,103	,041	,455**	,444**	,265**	,144	,290**	,126	,060	-,013	,171
	Correlation Coefficient															
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,515	,152	,301	,679	,000	,000	,007	,145	,003	,205	,544	,900	,084
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	abuz emotional	,384**	1,000	,191	-,094	,371**	-,112	,661**	,473**	,564**	,296**	,505**	,187	,236*	,198*	,328**
	Correlation Coefficient															
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,054	,343	,000	,262	,000	,000	,000	,002	,000	,059	,016	,045	,001
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	abuz sexual	,065	,191	1,000	-,161	-,061	,210*	,150	,277**	,142	,208*	,272**	,170	,381**	,405**	,388**
	Correlation Coefficient															
	Sig. (2-tailed)	,515	,054	.	,103	,540	,033	,130	,005	,154	,035	,005	,087	,000	,000	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	neglijare	-,142	-,094	-,161	1,000	,478**	,357**	,213*	,264**	,370**	,156	,119	-,003	,178	,077	,068
	Correlation Coefficient															
	Sig. (2-tailed)	,152	,343	,103	.	,000	,000	,031	,007	,000	,115	,232	,974	,072	,441	,493
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
TSCC - Under-response	,103	,371**	-,061	,478**	1,000	,467**	,498**	,522**	,505**	,184	,358**	-,038	,340**	,336**	,144	
Correlation Coefficient																
Sig. (2-tailed)	,301	,000	,540	,000	.	,000	,000	,000	,000	,063	,000	,705	,000	,001	,146	
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
TSCC - Hyper-response	,041	-,112	,210*	,357**	,467**	1,000	,404**	,393**	,317**	,057	,360**	,158	,622**	,676**	,302**	
Correlation Coefficient																
Sig. (2-tailed)	,679	,262	,033	,000	,000	.	,000	,000	,001	,571	,000	,110	,000	,000	,002	
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
TSCC - Critical Items	,455**	,661**	,150	,213*	,498**	,404**	1,000	,781**	,733**	,198*	,673**	,228*	,550**	,542**	,449**	
Correlation Coefficient																
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,130	,031	,000	,000	.	,000	,000	,045	,000	,020	,000	,000	,000	
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
TSCC - Anxiety	,444**	,473**	,277**	,264**	,522**	,393**	,781**	1,000	,683**	,225*	,574**	,218*	,476**	,412**	,452**	
Correlation Coefficient																
Sig. (2-tailed)	,000	,000	,005	,007	,000	,000	,000	.	,000	,022	,000	,027	,000	,000	,000	
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
TSCC - Depression	,265**	,564**	,142	,370**	,505**	,317**	,733**	,683**	1,000	,152	,484**	,153	,449**	,311**	,445**	
Correlation Coefficient																
Sig. (2-tailed)	,007	,000	,154	,000	,000	,001	,000	,000	.	,126	,000	,122	,000	,001	,000	
N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	

Tabel 10 (Continuare). Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și rezultatele la aplicarea TSCC

		abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	Neglijare	TSCC - Under Res-ponse	TSCC - Hyper Res-ponse	TSCC - Critical Items	TSCC - Anxiety	TSCC - Depre-sion	TSCC - Anger	TSCC - Post traumatic Stress	TSCC - Disso-ciation	TSCC - Sexual Concerns	TSCC - Sexual Preoccu-pations	TSCC - Sexual Di-stress
TSCC - Anger	Correlation Coefficient	,144	,296**	,208*	,156	,184	,057	,198*	,225*	,152	1,000	,161	-,025	,089	,114	,019
	Sig. (2-tailed)	,145	,002	,035	,115	,063	,571	,045	,022	,126	.	,104	,804	,371	,251	,850
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
TSCC - Posttrau-matic Stress	Correlation Coefficient	,290**	,505**	,272**	,119	,358**	,360**	,673**	,574**	,484**	,161	1,000	,184	,510**	,529**	,430**
	Sig. (2-tailed)	,003	,000	,005	,232	,000	,000	,000	,000	,000	,104	.	,063	,000	,000	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
TSCC - Disso-ciation	Correlation Coefficient	,126	,187	,170	-,003	-,038	,158	,228*	,218*	,153	-,025	,184	1,000	,132	,123	,196*
	Sig. (2-tailed)	,205	,059	,087	,974	,705	,110	,020	,027	,122	,804	,063	.	,183	,216	,048
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
TSCC - Sexual Concerns	Correlation Coefficient	,060	,236*	,381**	,178	,340**	,622**	,550**	,476**	,449**	,089	,510**	,132	1,000	,807**	,809**
	Sig. (2-tailed)	,544	,016	,000	,072	,000	,000	,000	,000	,000	,371	,000	,183	.	,000	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
TSCC - Sexual Preoccu-pations	Correlation Coefficient	-,013	,198*	,405**	,077	,336**	,676**	,542**	,412**	,311**	,114	,529**	,123	,807**	1,000	,409**
	Sig. (2-tailed)	,900	,045	,000	,441	,001	,000	,000	,000	,001	,251	,000	,216	,000	.	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
TSCC - Sexual Distress	Correlation Coefficient	,171	,328**	,388**	,068	,144	,302**	,449**	,452**	,445**	,019	,430**	,196*	,809**	,409**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,084	,001	,000	,493	,146	,002	,000	,000	,000	,850	,000	,048	,000	,000	.
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 11. Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și rezultatele la aplicarea CDI

		abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	neglijare	CDI total	CDI Relatii Interpersonale	CDI Sentimente Ineficienta	CDI Anhedonie	CDI Subestimare	
Spearman's rho	abuz fizic	Correlation Coefficient	1,000	,384**	,065	-,142	,297**	,250*	,240*	,228*	,348**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,515	,152	,002	,011	,015	,021	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	abuz emotional	Correlation Coefficient	,384**	1,000	,191	-,094	,619**	,618**	,628**	,517**	,450**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,054	,343	,000	,000	,000	,000	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	abuz sexual	Correlation Coefficient	,065	,191	1,000	-,161	,242*	,202*	,187	,232*	,236*
		Sig. (2-tailed)	,515	,054	.	,103	,014	,041	,059	,019	,016
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	neglijare	Correlation Coefficient	-,142	-,094	-,161	1,000	,249*	,220*	,191	,258**	,369**
		Sig. (2-tailed)	,152	,343	,103	.	,011	,025	,053	,008	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	CDI total	Correlation Coefficient	,297**	,619**	,242*	,249*	1,000	,920**	,933**	,921**	,749**
		Sig. (2-tailed)	,002	,000	,014	,011	.	,000	,000	,000	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	CDI Relatii Interpersonale	Correlation Coefficient	,250*	,618**	,202*	,220*	,920**	1,000	,871**	,801**	,625**
		Sig. (2-tailed)	,011	,000	,041	,025	,000	.	,000	,000	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	CDI Sentimente Ineficienta	Correlation Coefficient	,240*	,628**	,187	,191	,933**	,871**	1,000	,824**	,609**
		Sig. (2-tailed)	,015	,000	,059	,053	,000	,000	.	,000	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
CDI Anhedonie	Correlation Coefficient	,228*	,517**	,232*	,258**	,921**	,801**	,824**	1,000	,594**	
	Sig. (2-tailed)	,021	,000	,019	,008	,000	,000	,000	.	,000	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
CDI Subestimare	Correlation Coefficient	,348**	,450**	,236*	,369**	,749**	,625**	,609**	,594**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,016	,000	,000	,000	,000	,000	.	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 12. Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și rezultatele la aplicarea MASC

		abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	Neglijare	MASC total	MASC Simptome fizice	MASC Tensiune/Neliniste	MASC Somatic/Vegetativ	MASC Evitarea lezarii	MASC Perfectionism	MASC Coping Anxios	MASC Anxietate soci-ala	MASC Umi-lire/Respingere	MASC Frica de per-formanta	MASC Sepa-rare/Panica	MASC Indexul Tulburarii Anxi-oase		
S P e r m a n , s r h o	abuz fizic	Correlation Coefficient	1,000	,384**	,065	-,142	,409**	,347**	,365**	,318**	,348**	,292**	,414**	,328**	,292**	,203*	,292**	,388**	
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,515	,152	,000	,000	,000	,001	,000	,003	,000	,001	,003	,040	,003	,000	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	abuz emotional	Correlation Coefficient	,384**	1,000	,191	-,094	,492**	,479**	,431**	,433**	,532**	,519**	,511**	,250*	,202*	,263**	,353**	,520**	
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,054	,343	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,011	,041	,007	,000	,000	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	abuz sexual	Correlation Coefficient	,065	,191	1,000	-,161	,201*	,234*	,247*	,203*	,064	,095	,031	,171	,185	,137	,167	,210*	
		Sig. (2-tailed)	,515	,054	.	,103	,042	,017	,012	,039	,520	,341	,759	,085	,062	,169	,092	,033	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	neglijare	Correlation Coefficient	-,142	-,094	-,161	1,000	,315**	,307**	,242*	,251*	,305**	,249*	,293**	,314**	,245*	,272**	,250*	,328**	
		Sig. (2-tailed)	,152	,343	,103	.	,001	,002	,014	,011	,002	,011	,003	,001	,013	,005	,011	,001	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	MASC total	Correlation Coefficient	,409**	,492**	,201*	,315**	1,000	,933**	,879**	,828**	,877**	,879**	,841**	,848**	,759**	,755**	,750**	,980**	
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,042	,001	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	MASC Simptome fizice	Correlation Coefficient	,347**	,479**	,234*	,307**	,933**	1,000	,929**	,896**	,773**	,787**	,714**	,759**	,678**	,665**	,643**	,930**	
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,017	,002	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
MASC Tensiune/Neliniste	Correlation Coefficient	,365**	,431**	,247*	,242*	,879**	,929**	1,000	,697**	,686**	,704**	,642**	,736**	,671**	,591**	,640**	,879**		
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,012	,014	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
MASC Somatic/Vegetativ	Correlation Coefficient	,318**	,433**	,203*	,251*	,828**	,896**	,697**	1,000	,708**	,720**	,643**	,650**	,564**	,641**	,502**	,809**		
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,039	,011	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
MASC Evitarea lezarii	Correlation Coefficient	,348**	,532**	,064	,305**	,877**	,773**	,686**	,708**	1,000	,947**	,973**	,615**	,545**	,549**	,591**	,866**		
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,520	,002	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	

Tabel 12 (Continuare). Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și rezultatele la aplicarea MASC

		abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	Neglijare	MASC total	MASC Simptome fizice	MASC Tensiune/Neliniste	MASC Somatic/Vegetativ	MASC Evitarea lezării	MASC Perfectionism	MASC Coping Anxios	MASC Anxietate sociala	MASC Umilire/Respingere	MASC Frica de performanta	MASC Separare/Panica	MASC Indexul Tulburării Anxioase
MASC Perfectionism	Correlation Coefficient	,292**	,519**	,095	,249*	,879**	,787**	,704**	,720**	,947**	1,000	,862**	,643**	,564**	,598**	,642**	,871**
	Sig. (2-tailed)	,003	,000	,341	,011	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
MASC Coping Anxios	Correlation Coefficient	,414**	,511**	,031	,293**	,841**	,714**	,642**	,643**	,973**	,862**	1,000	,598**	,528**	,530**	,550**	,828**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,759	,003	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
MASC Anxietate sociala	Correlation Coefficient	,328**	,250*	,171	,314**	,848**	,759**	,736**	,650**	,615**	,643**	,598**	1,000	,920**	,842**	,598**	,842**
	Sig. (2-tailed)	,001	,011	,085	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
MASC Umilire/Respingere	Correlation Coefficient	,292**	,202*	,185	,245*	,759**	,678**	,671**	,564**	,545**	,564**	,528**	,920**	1,000	,605**	,498**	,742**
	Sig. (2-tailed)	,003	,041	,062	,013	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
MASC Frica de performanta	Correlation Coefficient	,203*	,263**	,137	,272**	,755**	,665**	,591**	,641**	,549**	,598**	,530**	,842**	,605**	1,000	,560**	,761**
	Sig. (2-tailed)	,040	,007	,169	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
MASC Separare/Panica	Correlation Coefficient	,292**	,353**	,167	,250*	,750**	,643**	,640**	,502**	,591**	,642**	,550**	,598**	,498**	,560**	1,000	,740**
	Sig. (2-tailed)	,003	,000	,092	,011	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	,000
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
MASC Indexul Tulburării Anxioase	Correlation Coefficient	,388**	,520**	,210*	,328**	,980**	,930**	,879**	,809**	,866**	,871**	,828**	,842**	,742**	,761**	,740**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,033	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 13 Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și rezultatele la aplicarea DAT

		abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	neglijare	DAT Trauma	DAT Depresie	DAT Anxietate	DAT Stima de sine	DAT Agresivitate	DAT Nervozitate	
Spearman's rho	abuz fizic	Correlation Coefficient	1,000	,384**	,065	-,142	,421**	,272**	,412**	,219*	,103	,424**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,515	,152	,000	,005	,000	,026	,301	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	abuz emotional	Correlation Coefficient	,384**	1,000	,191	-,094	,584**	,543**	,439**	,398**	,319**	,488**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,054	,343	,000	,000	,000	,000	,001	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	abuz sexual	Correlation Coefficient	,065	,191	1,000	-,161	,158	,141	,159	,127	,170	,131
		Sig. (2-tailed)	,515	,054	.	,103	,111	,156	,108	,203	,086	,186
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	neglijare	Correlation Coefficient	-,142	-,094	-,161	1,000	-,087	,269**	,235*	,358**	,076	,217*
		Sig. (2-tailed)	,152	,343	,103	.	,380	,006	,017	,000	,448	,027
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	DAT Trauma	Correlation Coefficient	,421**	,584**	,158	-,087	1,000	,388**	,379**	,132	,215*	,396**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,111	,380	.	,000	,000	,184	,029	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	DAT Depresie	Correlation Coefficient	,272**	,543**	,141	,269**	,388**	1,000	,600**	,426**	,192	,591**
		Sig. (2-tailed)	,005	,000	,156	,006	,000	.	,000	,000	,052	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	DAT Anxietate	Correlation Coefficient	,412**	,439**	,159	,235*	,379**	,600**	1,000	,402**	,118	,926**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,108	,017	,000	,000	.	,000	,235	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	DAT Stima de sine	Correlation Coefficient	,219*	,398**	,127	,358**	,132	,426**	,402**	1,000	,202*	,409**
		Sig. (2-tailed)	,026	,000	,203	,000	,184	,000	,000	.	,041	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
DAT Agresivitate	Correlation Coefficient	,103	,319**	,170	,076	,215*	,192	,118	,202*	1,000	,120	
	Sig. (2-tailed)	,301	,001	,086	,448	,029	,052	,235	,041	.	,228	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
DAT Nervozitate	Correlation Coefficient	,424**	,488**	,131	,217*	,396**	,591**	,926**	,409**	,120	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,186	,027	,000	,000	,000	,000	,228	.	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 14: Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și rezultatele la aplicarea KID SCID

		abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	neglijare	Kid Scid - Episod depresiv major	Kid Scid - Tulburare distimica	Kid Scid - Anxietate de separare	Kid Scid - Fobie sociala	Kid Scid - Tulburare de stres posttraumatic	Kid Scid - Tulburare obsesiv compulsiva	Kid Scid - Tulburare anxietate generalizata	Kid Scid - Panica	Kid Scid - Tulburare de adaptare	
Spearman's rho	abuz fizic	Correlation Coefficient	1,000	,384**	,065	-,142	,171	,050	,232*	,234*	,367**	,121	,179	,179	,211*
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,515	,152	,084	,615	,018	,018	,000	,134	,071	,070	,033
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	abuz emotional	Correlation Coefficient	,384**	1,000	,191	-,094	,338**	,249*	,311**	,076	,393**	,095	,099	,281**	,247*
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,054	,343	,000	,011	,001	,447	,000	,340	,322	,004	,012
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	abuz sexual	Correlation Coefficient	,065	,191	1,000	-,161	,070	-,067	-,135	,081	,197*	,165	,100	,010	-,127
		Sig. (2-tailed)	,515	,054	.	,103	,482	,504	,175	,417	,046	,095	,317	,917	,201
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	neglijare	Correlation Coefficient	-,142	-,094	-,161	1,000	,180	,201*	,141	,031	-,077	-,174	,066	,074	,134
		Sig. (2-tailed)	,152	,343	,103	.	,069	,042	,156	,755	,439	,078	,505	,456	,178
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Kid Scid - Episod depresiv major	Correlation Coefficient	,171	,338**	,070	,180	1,000	,419**	,253*	,197*	,213*	,177	,198*	,203*	,221*
		Sig. (2-tailed)	,084	,000	,482	,069	.	,000	,010	,047	,031	,074	,045	,040	,025
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Kid Scid - Tulburare distimica	Correlation Coefficient	,050	,249*	-,067	,201*	,419**	1,000	-,044	-,059	,128	,015	,163	,158	,162
		Sig. (2-tailed)	,615	,011	,504	,042	,000	.	,660	,556	,196	,877	,101	,110	,102
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Kid Scid - Anxietate de separare	Correlation Coefficient	,232*	,311**	-,135	,141	,253*	-,044	1,000	,259**	,342**	-,031	,056	,145	,277**
		Sig. (2-tailed)	,018	,001	,175	,156	,010	,660	.	,008	,000	,758	,577	,145	,005
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	

Tabel 14 (Continuare): Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și rezultatele la aplicarea KID SCID

		abuz fizic	abuz emotional	abuz sexual	neglijare	Kid Scid - Episod depresiv major	Kid Scid - Tulburare distimica	Kid Scid Anxietate de separare	Kid Scid - Fobie sociala	Kid Scid - Tulburare de stres posttraumatic	Kid Scid - Tulburare obsesiv compulsiva	Kid Scid - Tulburare anxietate generalizata	Kid Scid - Panica	Kid Scid - Tulburare de adaptare	
Spearman's rho	Kid Scid - Fobie sociala	Correlation Coefficient	,234*	,076	,081	,031	,197*	-,059	,259**	1,000	,167	,280**	,240*	,338**	,305**
		Sig. (2-tailed)	,018	,447	,417	,755	,047	,556	,008	.	,092	,004	,015	,000	,002
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Kid Scid - Tulburare de stres posttraumatic	Correlation Coefficient	,367**	,393**	,197*	-,077	,213*	,128	,342**	,167	1,000	,149	,148	,269**	,212*
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,046	,439	,031	,196	,000	,092	.	,132	,137	,006	,031
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Kid Scid - Tulburare obsesiv compulsiva	Correlation Coefficient	,121	,095	,165	-,174	,177	,015	-,031	,280**	,149	1,000	-,024	,129	,108
		Sig. (2-tailed)	,134	,340	,095	,078	,074	,877	,758	,004	,132	.	,808	,194	,278
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Kid Scid - Tulburare de anxietate generalizata	Correlation Coefficient	,179	,099	,100	,066	,198*	,163	,056	,240*	,148	-,024	1,000	,180	,222*
		Sig. (2-tailed)	,071	,322	,317	,505	,045	,101	,577	,015	,137	,808	.	,068	,024
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	Kid Scid - Panica	Correlation Coefficient	,179	,281**	,010	,074	,203*	,158	,145	,338**	,269**	,129	,180	1,000	,200*
		Sig. (2-tailed)	,070	,004	,917	,456	,040	,110	,145	,000	,006	,194	,068	.	,043
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
Kid Scid - Tulburare de adaptare	Correlation Coefficient	,211*	,247*	-,127	,134	,221*	,162	,277**	,305**	,212*	,108	,222*	,200*	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,033	,012	,201	,178	,025	,102	,005	,002	,031	,278	,024	,043	.	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 15. Experimentul de constatare - Corelații între rezultatele obținute la aplicarea DAT și la testele TSCC, CDI, MASC

			DAT Trauma	DAT Depresie	DAT Anxietate	DAT Agresivitate	DAT Nervozitate	TSCC - Anxiety	TSCC - Depresion	TSCC - Anger	MASC total	CDI total
Spearman's rho	DAT Trauma	Correlation Coefficient	1,000	,368**	,262**	,037	,382**	,398**	,343**	,238*	,308**	,335**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,008	,713	,000	,000	,000	,015	,002	,001
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	DAT Depresie	Correlation Coefficient	,368**	1,000	,268**	,157	,275**	,254**	,514**	,116	,299**	,588**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,011	,113	,011	,010	,000	,245	,002	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	DAT Anxietate	Correlation Coefficient	,262**	,268**	1,000	,078	,492**	,617**	,259**	,178	,558**	,273**
		Sig. (2-tailed)	,008	,011	.	,432	,000	,000	,009	,072	,000	,007
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	DAT Agresivitate	Correlation Coefficient	,037	,157	,078	1,000	,012	,115	,001	,579**	,122	,012
		Sig. (2-tailed)	,713	,113	,432	.	,907	,247	,992	,000	,218	,906
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	DAT Nervozitate	Correlation Coefficient	,382**	,275**	,492**	,012	1,000	,486**	,310**	,054	,595**	,305**
		Sig. (2-tailed)	,000	,011	,000	,907	.	,000	,000	,591	,000	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	TSCC - Anxiety	Correlation Coefficient	,398**	,254**	,617**	,115	,486**	1,000	,483**	,225*	,648**	,366**
		Sig. (2-tailed)	,000	,010	,000	,247	,000	.	,000	,022	,000	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	TSCC - Depresion	Correlation Coefficient	,343**	,514**	,259**	,001	,310**	,483**	1,000	,152	,288**	,774**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,009	,992	,000	,000	.	,126	,001	,000
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	TSCC - Anger	Correlation Coefficient	,238*	,116	,178	,579**	,054	,225*	,152	1,000	,261**	,336**
		Sig. (2-tailed)	,015	,245	,072	,000	,591	,022	,126	.	,008	,001
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
MASC total	Correlation Coefficient	,308**	,299**	,558**	,122	,595**	,648**	,288**	,261**	1,000	,347**	
	Sig. (2-tailed)	,002	,002	,000	,218	,000	,000	,001	,008	.	,000	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
CDI total	Correlation Coefficient	,335**	,588**	,273**	,012	,305**	,366**	,774**	,336**	,347**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,007	,906	,000	,000	,000	,001	,000	.	
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 16. Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și rezultatele la aplicarea YSQ

		abuz fizic	abuz emoțional	abuz sexual	Neglijare	ED	AB	MA	SI	DS	FA	DI	VH	EM	ET	IS	SB	SS	AS	NP	EI	US	PU		
S p e a r m a n' s r h o	abuz fizic	Correlation Coefficient	1,000	,384**	,065	-,142	,037	-,030	,290**	,249*	,266**	,285**	,216*	-,105	-,023	,037	,180	,004	-,072	,039	,212*	-,160	,201*	,157	
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,515	,152	,707	,763	,003	,011	,007	,003	,028	,292	,816	,711	,069	,967	,467	,697	,031	,105	,042	,114	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103
	abuz emoțional	Correlation Coefficient	,384**	1,000	,191	-,094	-,008	-,105	,523**	,312**	,318**	,305**	,219*	-,001	-,007	,002	,115	,243*	,068	,126	,328**	-,044	,184	,247*	
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,054	,343	,938	,292	,000	,001	,001	,002	,027	,990	,945	,987	,248	,013	,495	,206	,001	,660	,063	,012	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
	abuz sexual	Correlation Coefficient	,065	,191	1,000	-,161	,054	-,033	,296**	,180	,253**	,228*	,032	,171	,321**	-,072	-,064	-,012	-,033	-,044	,027	,279**	-,003	,210*	
		Sig. (2-tailed)	,515	,054	.	,103	,591	,741	,002	,069	,010	,021	,745	,084	,001	,470	,523	,907	,742	,662	,784	,004	,974	,033	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
	neglijare	Correlation Coefficient	-,142	-,094	-,161	1,000	,522**	,620**	-,007	,071	,216*	,175	,078	,160	-,140	-,146	,180	-,087	-,037	-,019	-,150	,001	,042	,083	
		Sig. (2-tailed)	,152	,343	,103	.	,000	,000	,945	,474	,028	,077	,435	,107	,159	,142	,069	,384	,709	,848	,132	,991	,673	,403	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
	Deprivare Emotivă	Correlation Coefficient	,037	-,008	,054	,522**	1,000	,526**	-,061	,061	,260**	,237*	,065	,032	-,050	-,102	,064	-,046	-,098	-,026	-,063	-,029	-,040	,110	
		Sig. (2-tailed)	,707	,938	,591	,000	.	,000	,538	,544	,008	,016	,515	,746	,618	,307	,519	,646	,327	,794	,528	,771	,691	,267	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
	Abandon/Instabilitate	Correlation Coefficient	-,030	-,105	-,033	,620**	,526**	1,000	-,094	,149	,156	,319**	,094	,236*	-,042	-,152	,276**	-,080	-,065	,008	-,121	,000	,048	,125	
		Sig. (2-tailed)	,763	,292	,741	,000	,000	.	,345	,132	,115	,001	,346	,016	,670	,126	,005	,422	,513	,939	,223	,998	,631	,209	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
	Neîncredere/Abuz	Correlation Coefficient	,290**	,523**	,296**	-,007	-,061	-,094	1,000	,186	,252*	,137	,257**	-,121	,043	,012	,017	,163	-,067	,037	,226*	,039	,077	,131	
		Sig. (2-tailed)	,003	,000	,002	,945	,538	,345	.	,060	,010	,166	,009	,223	,670	,901	,861	,100	,501	,709	,022	,696	,442	,188	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
	Izolare Socială/Instrainare	Correlation Coefficient	,249*	,312**	,180	,071	,061	,149	,186	1,000	,383**	,448**	,291**	,129	,114	-,213*	-,061	-,161	,095	,019	,121	,091	,185	,121	
		Sig. (2-tailed)	,011	,001	,069	,474	,544	,132	,060	.	,000	,000	,003	,193	,251	,031	,541	,105	,339	,849	,224	,358	,061	,222	
		N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	
Defect/Rusine	Correlation Coefficient	,266**	,318**	,253**	,216*	,260**	,156	,252*	,383**	1,000	,202*	,052	,079	-,029	-,053	,073	,049	,035	-,042	,070	-,081	-,010	,245*		
	Sig. (2-tailed)	,007	,001	,010	,028	,008	,115	,010	,000	.	,041	,604	,425	,772	,596	,463	,626	,724	,675	,484	,417	,923	,013		
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103		
Esec	Correlation Coefficient	,285**	,305**	,228*	,175	,237*	,319**	,137	,448**	,202*	1,000	,200*	,015	,148	-,033	,178	,047	-,140	,006	,008	,033	,017	,058		
	Sig. (2-tailed)	,003	,002	,021	,077	,016	,001	,166	,000	,041	.	,043	,878	,137	,738	,071	,637	,158	,954	,937	,739	,864	,561		
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103		
Dependentă/Incompe-tenta	Correlation Coefficient	,216*	,219*	,032	,078	,065	,094	,257**	,291**	,052	,200*	1,000	-,017	,155	-,058	-,084	,000	,026	-,017	,151	,036	,113	,057		
	Sig. (2-tailed)	,028	,027	,745	,435	,515	,346	,009	,003	,604	,043	.	,869	,119	,559	,396	,999	,793	,868	,128	,720	,256	,567		
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103		

Tabel 16 (Continuare). Experimentul de constatare - Corelații între tipul și gravitatea abuzului și rezultatele la aplicarea YSQ

		abuz fizic	abuz emoțional	abuz sexual	Neglijare	ED	AB	MA	SI	DS	FA	DI	VH	EM	ET	IS	SB	SS	AS	NP	EI	US	PU
Vulnerabilitate	Correlation Coefficient	-,105	-,001	,171	,160	,032	,236*	-,121	,129	,079	,015	-,017	1,000	-,024	-,267**	,169	-,070	-,141	,185	,093	-,002	,170	-,064
	Sig. (2-tailed)	,292	,990	,084	,107	,746	,016	,223	,193	,425	,878	,869	.	,806	,006	,089	,485	,157	,061	,348	,985	,085	,519
Protectivism/ Ego Infantil	Correlation Coefficient	-,023	-,007	,321**	-,140	-,050	-,042	,043	,114	-,029	,148	,155	-,024	1,000	,017	-,147	,042	,019	,187	,030	,173	,033	,008
	Sig. (2-tailed)	,816	,945	,001	,159	,618	,670	,670	,251	,772	,137	,119	,806	.	,868	,139	,672	,849	,059	,760	,080	,737	,935
Revendicare/ Grando-manie	Correlation Coefficient	,037	,002	-,072	-,146	-,102	-,152	,012	-,213*	-,053	-,033	-,058	-,267**	,017	1,000	-,079	,083	-,044	-,012	-,099	-,128	-,153	,062
	Sig. (2-tailed)	,711	,987	,470	,142	,307	,126	,901	,031	,596	,738	,559	,006	,868	.	,430	,404	,659	,902	,319	,197	,122	,534
Autocontrol	Correlation Coefficient	,180	,115	-,064	,180	,064	,276**	,017	-,061	,073	,178	-,084	,169	-,147	-,079	1,000	,031	-,189	,179	,054	-,183	,083	,233*
	Sig. (2-tailed)	,069	,248	,523	,069	,519	,005	,861	,541	,463	,071	,396	,089	,139	,430	.	,755	,056	,071	,588	,064	,405	,018
Subjugare	Correlation Coefficient	,004	,243*	-,012	-,087	-,046	-,080	,163	-,161	,049	,047	,000	-,070	,042	,083	,031	1,000	-,061	,249*	,171	-,051	-,150	-,049
	Sig. (2-tailed)	,967	,013	,907	,384	,646	,422	,100	,105	,626	,637	,999	,485	,672	,404	,755	.	,541	,011	,084	,608	,130	,624
Auto-sacrificiu	Correlation Coefficient	-,072	,068	-,033	-,037	-,098	-,065	-,067	,095	,035	-,140	,026	-,141	,019	-,044	-,189	-,061	1,000	-,058	,112	-,118	,065	,058
	Sig. (2-tailed)	,467	,495	,742	,709	,327	,513	,501	,339	,724	,158	,793	,157	,849	,659	,056	,541	.	,558	,259	,236	,515	,564
Cautarea Aprobării	Correlation Coefficient	,039	,126	-,044	-,019	-,026	,008	,037	,019	-,042	,006	-,017	,185	,187	-,012	,179	,249*	-,058	1,000	,140	,077	,053	-,148
	Sig. (2-tailed)	,697	,206	,662	,848	,794	,939	,709	,849	,675	,954	,868	,061	,059	,902	,071	,011	,558	.	,157	,438	,595	,136
Negativism/ Pasivitate	Correlation Coefficient	,212*	,328**	,027	-,150	-,063	-,121	,226*	,121	,070	,008	,151	,093	,030	-,099	,054	,171	,112	,140	1,000	-,030	,006	,008
	Sig. (2-tailed)	,031	,001	,784	,132	,528	,223	,022	,224	,484	,937	,128	,348	,760	,319	,588	,084	,259	,157	.	,766	,951	,935
Inhibiție Emoțională	Correlation Coefficient	-,160	-,044	,279**	,001	-,029	,000	,039	,091	-,081	,033	,036	-,002	,173	-,128	-,183	-,051	-,118	,077	-,030	1,000	,046	-,061
	Sig. (2-tailed)	,105	,660	,004	,991	,771	,998	,696	,358	,417	,739	,720	,985	,080	,197	,064	,608	,236	,438	,766	.	,643	,543
Standarde nerealiste	Correlation Coefficient	,201*	,184	-,003	,042	-,040	,048	,077	,185	-,010	,017	,113	,170	,033	-,153	,083	-,150	,065	,053	,006	,046	1,000	,119
	Sig. (2-tailed)	,042	,063	,974	,673	,691	,631	,442	,061	,923	,864	,256	,085	,737	,122	,405	,130	,515	,595	,951	,643	.	,232
Penalizare	Correlation Coefficient	,157	,247*	,210*	,083	,110	,125	,131	,121	,245*	,058	,057	-,064	,008	,062	,233*	-,049	,058	-,148	,008	-,061	,119	1,000
	Sig. (2-tailed)	,114	,012	,033	,403	,267	,209	,188	,222	,013	,561	,567	,519	,935	,534	,018	,624	,564	,136	,935	,543	,232	.
	N	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103	103

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabel 17: Test Kruskal Wallis - Experimentul de constatare, TSCC în funcție de vârstă

	TSCC - Anxiety	TSCC - Depression	TSCC - Anger	TSCC - Posttraumatic Stress	TSCC - Dissociation
Chi-Square	4,617	3,554	,650	5,306	4,597
df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,329	,470	,957	,257	,331

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: varsta

Tabel 18: Test Kruskal Wallis - Experimentul de constatare , KID SCID în funcție de vârstă

	KS - Episod depresiv major	KS - Tulburare distimica	KS - Anxietate de separare	KS - Fobie sociala	KS - PTSD	KS - Tulb. O-C	KS - Tulb. Anx. generalizata	KS - Panica	KS - Tulburare adaptare
Chi-Square	4,183	2,148	1,125	2,265	2,236	1,591	8,780	1,361	3,090
df	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,382	,709	,890	,687	,692	,810	,067	,851	,543

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: varsta

Tabel 19: Test Kruskal Wallis - Experimentul de constatare, MASC în funcție de vârstă

	MASC total	MASC Indexul Tulburării Anxioase	MASC Simptome fizice	MASC Tensiune/Nelinistele	MASC Somatic/Vegetative	MASC Evitarea lezării
Chi-Square	7,600	5,641	10,226	9,239	7,309	6,656
df	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,132	,201	,037	,055	,120	,155

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: varsta

Tabel 19 (Continuare): Test Kruskal Wallis - Experimentul de constatare, MASC în funcție de vârstă

	MASC Perfectionism	MASC Coping Anxios	MASC Anxietate sociala	MASC Umilire/ Respingere	MASC Frica de performanta	MASC Separare/ Panica
Chi-Square	5,853	7,448	11,313	10,544	8,898	3,063
df	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,210	,114	,023	,032	,064	,547

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: varsta

Tabel 20: Test Kruskal Wallis - Experimentul de constatare, CDI în funcție de vârstă

	CDI total	CDI Relatii Interpersonale	CDI Sentimente Ineficienta	CDI Anhedonie	CDI Subestimare
Chi-Square	5,198	3,953	4,565	4,189	2,951
df	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,268	,412	,335	,381	,566

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: varsta

Tabel 21: Test Kruskal Wallis - Experimentul de constatare, YSQ în funcție de vârstă

	ED	AB	MA	SI	DS	FA	DI	VH	EM
Chi-Square	7,253	4,438	,766	3,705	2,585	2,717	3,815	5,503	1,389
df	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,123	,350	,943	,447	,629	,606	,432	,239	,846

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: varsta

Tabel 21 (Continuare): Test Kruskal Wallis - Experimentul de constatare, YSQ în funcție de vârstă

	ET	IS	SB	SS	AS	NP	EI	US	PU
Chi-Square	3,660	2,302	,761	4,388	4,206	1,787	,980	2,348	2,534
df	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Asymp. Sig.	,454	,680	,944	,356	,379	,775	,913	,672	,639

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: varsta

Tabel 22: Test Mann Whitney - Experimentul de constatare, TSCC în funcție de sex

	TSCC - Anxiety	TSCC - Depression	TSCC - Anger	TSCC - Posttraumatic Stress	TSCC - Dissociation
Mann-Whitney U	1227,500	1230,000	1242,000	1090,500	1191,000
Wilcoxon W	2452,500	2455,000	2467,000	2575,500	2676,000
Z	-,632	-,615	-,536	-1,538	-,875
Asymp. Sig. (2-tailed)	,527	,538	,592	,124	,382

a. Grouping Variable: sex

Tabel 23: Test Mann Whitney - Experimentul de constatare, KID SCID în funcție de sex

	KS - Ep. depresiv major	KS - Tulb. distimica	KS - Anx. separare	KS - Fobie sociala	KS - PTSD	KS - Tulb. O-C	KS - Tulb. Anx. Gen.	KS - Panica	KS - Tulb. Adapt.
Mann-Whitney U	1273,500	1188,500	1159,500	1277,000	1168,500	1316,000	1203,000	1282,000	1310,000
Wilcoxon W	2758,500	2673,500	2384,500	2502,000	2653,500	2541,000	2428,000	2507,000	2535,000
Z	-,387	-1,412	-1,235	-,409	-1,179	-,076	-1,155	-,411	-,098
Asymp. Sig. (2-tailed)	,699	,158	,217	,683	,238	,940	,248	,681	,922

a. Grouping Variable: sex

Tabel 24: Test Mann Whitney - Experimentul de constatare, MASC în funcție de sex

	MASC total	MASC Indexul Tulburarii Anxioase	MASC Simptome fizice	MASC Tensiune/ Neliniste	MASC Somatic/ Vegetativ	MASC Evitarea lezarii
Mann-Whitney U	1182,000	1186,500	1202,000	1174,000	1283,500	1137,000
Wilcoxon W	2407,000	2411,500	2427,000	2399,000	2508,500	2362,000
Z	-,932	-,905	-,804	-1,000	-,265	-1,233
Asymp. Sig. (2-tailed)	,351	,365	,421	,317	,791	,218

a. Grouping Variable: sex

Tabel 24 (Continuare): Test Mann Whitney - Experimentul de constatare, MASC în funcție de sex

	MASC Perfectionism	MASC Coping Anxios	MASC Anxietate sociala	MASC Umilire/ Respingere	MASC Frica de performanta	MASC Separare /Panica
Mann-Whitney U	1134,000	1148,000	1219,500	1259,000	1225,500	1114,000
Wilcoxon W	2359,000	2373,000	2444,500	2484,000	2450,500	2339,000
Z	-1,265	-1,165	-,691	-,430	-,658	-1,396
Asymp. Sig. (2-tailed)	,206	,244	,490	,667	,510	,163

a. Grouping Variable: sex

Tabel 25: Test Mann Whitney - Experimentul de constatare, CDI în funcție de sex

	CDI total	CDI Relatii Interpersonale	CDI Sentimente Ineficienta	CDI Anhedonie	CDI Subestimare
Mann-Whitney U	1281,500	1264,500	1310,500	1280,500	1154,500
Wilcoxon W	2506,500	2749,500	2795,500	2505,500	2379,500
Z	-,275	-,393	-,083	-,283	-1,130
Asymp. Sig. (2-tailed)	,784	,694	,934	,778	,259

a. Grouping Variable: sex

Tabel 26: Test Mann Whitney - Experimentul de constatare, YSQ în funcție de sex

	ED	AB	MA	SI	DS	FA	DI	VH	EM
Mann-Whitney U	1056,500	1035,500	1098,000	1305,500	1225,500	1071,000	1291,000	1288,500	1306,000
Wilcoxon W	2281,500	2260,500	2583,000	2530,500	2710,500	2296,000	2776,000	2773,500	2791,000
Z	-1,789	-1,941	-1,520	-,118	-,657	-1,701	-,218	-,234	-,117
Asymp. Sig. (2-tailed)	,074	,052	,128	,906	,511	,089	,828	,815	,907

a. Grouping Variable: sex

Tabel 26 (Continuare): Test Mann Whitney - Experimentul de constatare, YSQ în funcție de sex

	ET	IS	SB	SS	AS	NP	EI	US	PU
Mann-Whitney U	1293,500	1094,000	1238,000	1134,500	1131,500	1172,000	1261,000	1195,500	1164,500
Wilcoxon W	2778,500	2319,000	2723,000	2619,500	2356,500	2657,000	2746,000	2680,500	2649,500
Z	-,204	-1,589	-,581	-1,309	-1,275	-1,006	-,426	-,869	-1,060
Asymp. Sig. (2-tailed)	,839	,112	,562	,190	,202	,315	,670	,385	,289

a. Grouping Variable: sex

Tabel 27: Test Mann-Whitney diferențe grup experimental/grup control, faza test, TSCC

	TSCC - Anxiety	TSCC - Depression	TSCC - Anger	TSCC - Posttraumatic Stress	TSCC - Dissociation
Mann-Whitney U	478,500	543,500	573,000	487,000	396,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	,673	,166	,068	,584	,427

a. Grouping Variable: lot

Tabel 29: Test Mann-Whitney diferențe grup experimental/grup control, faza test, KID SCID

	KS - Ep. Depresiv major	KS - Tulb. distimica	KS - Anx. separare	KS - Fobie sociala	KS - PTSD	KS - Tulb. O-C	KS - Anx. Gen.	KS - Panica	KS - Tulb. Adapt.
Mann-Whitney U	465,000	520,000	525,000	405,000	412,500	465,000	512,500	450,000	479,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	,797	,124	,194	,351	,523	,690	,229	1,000	,624

a. Grouping Variable: lot

*Tabel 30: Test Mann-Whitney diferențe grup experimental/grup control,
faza test, MASC*

	MASC total	MASC Indexul Tulburarii Anxioase	MASC Simptome fizice	MASC Tensiune/ Neliniste	MASC Somatic/ Vegetativ	MASC Evitarea lezarii
Mann-Whitney U	468,000	470,000	479,500	479,500	474,500	477,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	,790	,766,	,660	,658	,712	,689

a. Grouping Variable: lot

*Tabel 30 (Continuare): Test Mann-Whitney diferențe grup experimental/grup control,
faza test, MASC*

	MASC Perfectionism	MASC Coping Anxios	MASC Anxietate sociala	MASC Umilire/ Respingere	MASC Frica de performanta	MASC Separare/ Panica
Mann-Whitney U	459,500	484,000	439,000	484,000	404,500	426,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	,887	,613	,869	,607	,493	,720

a. Grouping Variable: lot

*Tabel 31: Test Mann-Whitney diferențe grup experimental/grup control,
faza test, CDI*

	CDI total	CDI Relatii Interpersonale	CDI Sentimente Ineficienta	CDI Anhedonie	CDI Subestimare
Mann-Whitney U	506,500	526,500	521,500	504,000	1458,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	,403	,249	,288	,417	,898

a. Grouping Variable: lot

Tabel 32: TSCC, grup experimental, test/retest

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TSCC - Anxiety	30	58,57	11,196	39	79
TSCC - Depression	30	54,70	9,653	37	78
TSCC - Anger	30	52,37	8,592	35	70
TSCC - Posttraumatic Stress	30	56,33	9,803	41	77
TSCC - Dissociation	30	56,97	5,391	47	66
TSCC - Anxiety R	30	48,80	6,646	35	60
TSCC - Depression R	30	43,80	6,744	35	60
TSCC - Anger R	30	45,67	6,099	35	57
TSCC - Posttraumatic Stress R	30	46,93	6,384	39	63
TSCC - Dissociation R	30	47,70	4,170	39	55

Tabel 33: Test Wilcoxon diferențe test-retest pentru grupul experimental TSCC

	TSCC - Anxiety	TSCC - Depression	TSCC - Anger	TSCC - PTS	TSCC - Dissociation
Z	-4,686 ^b	-4,785 ^b	-4,628 ^b	-4,569 ^b	-4,706 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Tabel 34: KID SCID, grup experimental, test/retest

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Kid Scid - Episod depresiv major	30	1,53	,507	1	2
Kid Scid - Tulburare distimica	30	1,83	,461	1	3
Kid Scid - Anxietate de separare	30	1,50	,509	1	2
Kid Scid - Fobie sociala	30	1,27	,450	1	2
Kid Scid - Tulburare de stres posttraumatic	30	1,50	,509	1	2
Kid Scid - Tulburare obsesiv compulsiva	30	1,10	,305	1	2
Kid Scid - Tulburare de anxietate generalizata	30	1,70	,535	1	3
Kid Scid - Panica	30	1,10	,305	1	2
Kid Scid - Tulburare de adaptare	30	1,47	,571	1	3
Kid Scid - Episod depresiv major R	30	1,17	,379	1	2
Kid Scid - Tulburare distimica R	30	1,37	,490	1	2
Kid Scid - Anxietate de separare R	30	1,23	,430	1	2
Kid Scid - Fobie sociala R	30	1,13	,346	1	2
Kid Scid - Tulburare de stres posttraumatic R	30	1,17	,379	1	2
Kid Scid - Tulburare obsesiv compulsiva R	30	1,03	,183	1	2
Kid Scid - Tulburare de anxietate generalizata R	30	1,30	,466	1	2
Kid Scid - Panica R	30	1,03	,183	1	2
Kid Scid - Tulburare de adaptare R	30	1,20	,407	1	2

Tabel 35: Test Wilcoxon diferențe test-retest pentru grupul experimental KID SCID

	Kid Scid - Episod depresiv major	Kid Scid - Tulburare distimica	Kid Scid - Anxietate de separare	Kid Scid - Fobie sociala	Kid Scid - Tulburare de stres posttraumatic	Kid Scid - Tulburare obsesiv compulsiva	Kid Scid - Tulburare de anxietate generalizata	Kid Scid - Panica	Kid Scid - Tulburare de adaptare
Z	-3,317 ^b	-3,500 ^b	-2,828 ^b	-2,000 ^b	-3,162 ^b	-1,414 ^b	-3,207 ^b	-1,414 ^b	-2,828 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,000	,005	,046	,002	,157	,001	,157	,005

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Tabel 36: MASC, grup experimental, test/retest

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MASC total	30	42,77	13,305	21	75
MASC Simptome fizice	30	9,43	4,264	4	19
MASC Tensiune/Neliniste	30	4,60	2,268	2	10
MASC Somatic/Vegetativ	30	4,83	2,245	2	10
MASC Evitarea lezarii	30	16,17	4,632	7	23
MASC Perfectionism	30	7,37	2,205	3	11
MASC Coping Anxios	30	8,80	2,592	4	13
MASC Anxietate sociala	30	9,80	3,800	3	18
MASC Umilire/Respingere	30	5,40	2,458	1	11
MASC Frica de performanta	30	4,40	1,714	2	7
MASC Separare/Panica	30	7,37	2,859	1	16
MASC Indexul Tulburarii Anxioase	30	10,97	3,548	5	20
MASC total R	30	37,50	10,546	20	58
MASC Simptome fizice R	30	6,60	1,632	4	11
MASC Tensiune/Neliniste R	30	3,43	1,382	2	8
MASC Somatic/Vegetativ R	30	3,63	1,273	2	7
MASC Evitarea lezarii R	30	13,57	3,626	8	21
MASC Perfectionism R	30	6,30	1,368	3	9
MASC Coping Anxios R	30	7,20	1,448	4	11
MASC Anxietate sociala R	30	8,07	1,893	4	12
MASC Umilire/Respingere R	30	4,67	1,688	1	8
MASC Frica de performanta R	30	4,07	1,172	2	7
MASC Separare/Panica R	30	5,73	1,081	3	8
MASC Indexul Tulburarii Anxioase R	30	8,90	,995	7	11

*Tabel 37: Test Wilcoxon diferențe test-retest pentru grupul experimental
MASC*

	MASC total	MASC Simptome fizice	MASC Tensiune/ Neliniste	MASC Somatic/ Vegetativ	MASC Evitarea lezarii	MASC Perfectionism
Z	-4,505 ^b	-4,058 ^b	-3,690 ^b	-3,594 ^b	-3,795 ^b	-3,501 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Tabel 37 (Continuare): Test Wilcoxon diferențe test-retest pentru grupul experimental MASC

	MASC Coping Anxios	MASC Anxietate sociala	MASC Umilire/Respingere	MASC Frica de performanta	MASC Separare/Panica R	MASC Indexul Tulburarii Anxioase
Z	-3,741 ^b	-3,399 ^b	-2,142 ^b	-1,754 ^b	-3,276 ^b	-3,350 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,001	,032	,079	,001	,001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Tabel 38: CDI, grup experimental, test/retest

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
CDI total	30	16,33	9,282	5	32
CDI Relatii Interpersonale	30	2,77	1,591	0	5
CDI Sentimente Ineficienta	30	5,50	3,989	0	12
CDI Anhedonie	30	5,30	3,142	0	12
CDI Subestimare	30	2,67	1,668	0	6
CDI total R	30	8,80	2,952	4	17
CDI Relatii Interpersonale R	30	2,27	1,202	0	5
CDI Sentimente Ineficienta R	30	3,60	1,923	0	7
CDI Anhedonie R	30	3,47	1,525	0	6
CDI Subestimare R	30	1,57	1,073	0	3

Tabel 39: Test Wilcoxon diferențe test-retest pentru grupul experimental - CDI

	CDI total R - CDI total	CDI Relatii Interpersonale R - CDI Relatii Interpersonale	CDI Sentimente Ineficienta R - CDI Sentimente Ineficienta	CDI Anhedonie R - CDI Anhedonie	CDI Subestimare R - CDI Subestimare
Z	-4,296 ^b	-2,878 ^b	-3,495 ^b	-3,646 ^b	-3,444 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,004	,000	,000	,001

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Tabel 40: TSCC, grup control, test/retest

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
TSCC - Anxiety	30	59,90	8,185	47	79
TSCC - Depression	30	57,87	8,792	40	74
TSCC - Anger	30	55,00	5,632	47	65
TSCC - Posttraumatic Stress	30	57,53	7,999	41	77
TSCC - Dissociation	30	56,03	5,696	45	69
TSCC - Anxiety R	30	59,27	7,674	40	69
TSCC - Depression R	30	58,30	8,400	40	75
TSCC - Anger R	30	54,33	5,785	43	64
TSCC - Posttraumatic Stress R	30	55,43	7,855	39	69
TSCC - Dissociation R	30	54,23	7,864	39	72

Tabel 41: Test Wilcoxon diferențe test-retest pentru grupul de control - TSCC

	TSCC - Anxiety	TSCC - Depression	TSCC - Anger	TSCC - Posttraumatic Stress	TSCC - Dissociation
Z	-1,077 ^b	-1,101 ^b	-1,624 ^b	-1,472 ^b	-1,123 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,282	,271	,104	,141	,262

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Tabel 42: KID SCID, grup control, test/retest

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Kid Scid - Episod depresiv major	30	1,57	,504	1	2
Kid Scid - Tulburare distimica	30	2,00	,371	1	3
Kid Scid - Anxietate de separare	30	1,67	,479	1	2
Kid Scid - Fobie sociala	30	1,17	,379	1	2
Kid Scid - Tulburare de stres posttraumatic	30	1,43	,568	1	3
Kid Scid - Tulburare obsesiv compulsiva	30	1,13	,346	1	2
Kid Scid - Tulburare de anxietate generalizata	30	1,83	,379	1	2
Kid Scid - Panica	30	1,10	,305	1	2
Kid Scid - Tulburare de adaptare	30	1,53	,571	1	3
Kid Scid - Episod depresiv major R	30	1,60	,498	1	2
Kid Scid - Tulburare distimica R	30	1,97	,414	1	3
Kid Scid - Anxietate de separare R	30	1,77	,430	1	2
Kid Scid - Fobie sociala R	30	1,20	,407	1	2
Kid Scid - Tulburare de stres posttraumatic R	30	1,47	,629	1	3
Kid Scid - Tulburare obsesiv compulsiva R	30	1,13	,346	1	2
Kid Scid - Tulburare de anxietate generalizata R	30	1,90	,548	1	3
Kid Scid - Panica R	30	1,07	,254	1	2
Kid Scid - Tulburare de adaptare R	30	1,47	,629	1	3

Tabel 43: Test Wilcoxon diferențe test-retest pentru grupul de control - KID SCID

	Kid Scid - Episod depresiv major	Kid Scid - Tulburare distimica	Kid Scid - Anxietate de separare	Kid Scid - Fobie sociala	Kid Scid - Tulburare de stres posttraumatic	Kid Scid - Tulburare obsesiv compulsiva	Kid Scid - Tulburare de anxietate generalizata	Kid Scid - Panica	Kid Scid - Tulburare de adaptare
Z	-,378 ^b	-,577 ^c	-1,000 ^b	-,447 ^b	-,447 ^b	,000 ^d	-,816 ^b	-1,000 ^c	-,707 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	,705	,564	,317	,655	,655	1,000	,414	,317	,480

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

d. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Tabel 44: MASC, grup control, test/retest

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
MASC total	30	43,23	11,107	21	65
MASC Simptome fizice	30	9,73	3,930	5	18
MASC Tensiune/Neliniste	30	4,80	2,188	2	9
MASC Somatic/Vegetativ	30	4,93	2,016	2	10
MASC Evitarea lezarii	30	16,63	4,206	7	23
MASC Perfectionism	30	7,50	1,978	3	11
MASC Coping Anxios	30	9,13	2,432	4	13
MASC Anxietate sociala	30	9,70	3,334	4	17
MASC Umilire/Respingere	30	5,60	2,044	2	10
MASC Frica de performanta	30	4,10	1,561	2	7
MASC Separare/Panica	30	7,17	2,520	1	12
MASC Indexul Tulburarii Anxioase	30	11,00	2,889	5	16
MASC total R	30	44,90	11,115	21	63
MASC Simptome fizice R	30	9,23	3,350	5	17
MASC Tensiune/Neliniste R	30	5,17	2,102	2	9
MASC Somatic/Vegetativ R	30	5,17	2,036	2	9
MASC Evitarea lezarii R	30	16,60	4,288	6	23
MASC Perfectionism R	30	6,90	2,139	3	12
MASC Coping Anxios R	30	8,97	2,632	4	15
MASC Anxietate sociala R	30	9,67	2,771	5	15
MASC Umilire/Respingere R	30	5,83	2,102	2	9
MASC Frica de performanta R	30	3,93	1,639	1	8
MASC Separare/Panica R	30	6,37	2,008	3	11
MASC Indexul Tulburarii Anxioase R	30	11,17	3,130	5	16

Tabel 45: Test Wilcoxon diferențe test-retest pentru grupul de control - MASC

	MASC total	MASC Simptome fizice	MASC Tensiune/Neliniste	MASC Somatic/Vegetativ	MASC Evitarea lezarii	MASC Perfectionism
Z	-2,203 ^b	-1,126 ^b	-,1071 ^c	-,603 ^b	-,328 ^b	-1,197 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,028	,260	,281	,547	,743	,231

Tabel 45 (continuare): Test Wilcoxon diferențe test-retest pentru grupul de control - MASC

	MASC Coping Anxios	MASC Anxietate sociala	MASC Umilire/ Respingere	MASC Frica de performanta	MASC Separare/ Panica	MASC Indexul Tulburarii Anxioase
Z	-510 ^c	-,095 ^c	-,526 ^c	-,816 ^b	-1,768 ^b	-,727 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,610	,924	,599	,415	,077	,467

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

d. The sum of negative ranks equals the sum of positive ranks.

Tabel 46: CDI, grup control, test/retest

Descriptive Statistics					
	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
CDI total	30	18,40	8,637	5	32
CDI Relatii Interpersonale	30	2,70	1,622	0	5
CDI Sentimente Ineficienta	30	6,57	3,559	0	12
CDI Anhedonie	30	5,90	2,940	2	12
CDI Subestimare	30	2,70	1,622	0	5
CDI total R	30	18,80	8,612	6	32
CDI Relatii Interpersonale R	30	3,40	1,734	0	6
CDI Sentimente Ineficienta R	30	6,40	3,400	0	12
CDI Anhedonie R	30	5,93	2,840	2	13
CDI Subestimare R	30	3,17	1,984	0	6

Tabel 47: Test Wilcoxon diferență test-retest pentru grupul de control - CDI

	CDI total R - CDI total	CDI Relatii Interpersonale R - CDI Relatii Interpersonale	CDI Sentimente Ineficienta R - CDI Sentimente Ineficienta	CDI Anhedonie R - CDI Anhedonie	CDI Subestimare R - CDI Subestimare
Z	-2,233 ^b	-4,041 ^b	-1,342 ^c	-,164 ^b	-2,074 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,026	,000	,180	,869	,038

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

Tabel 48: Test Mann-Whitney diferențe grup experimental/grup control, faza retest, TSCC

Test Statistics ^a					
	TSCC - Anxiety R	TSCC - Depression R	TSCC - Anger R	TSCC - Posttraumatic Stress R	TSCC - Dissociation R
Mann-Whitney U	195,500	114,000	159,000	177,500	221,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,001

a. Grouping Variable: lot

Tabel 49: Test Mann-Whitney diferențe grup experimental/grup control, faza retest, KID - SCID

Test Statistics ^a									
	Kid Scid - Episod depresiv major R	Kid Scid - Tulburare distimica R	Kid Scid - Anxietate de separare R	Kid Scid - Fobie sociala R	Kid Scid - Tulburare de stres posttraumatic R	Kid Scid - Tulburare obsesiv compulsiva R	Kid Scid - Tulburare de anxietate generalizata R	Kid Scid - Panica R	Kid Scid - Tulburare de adaptare R
Mann-Whitney U	255,000	199,000	210,000	420,000	340,000	405,000	211,500	435,000	354,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,492	,038	,165	,000	,557	,076

a. Grouping Variable: lot

Tabel 50: Test Mann-Whitney diferențe grup experimental/grup control, faza retest, MASC

	MASC total R	MASC Simptome fizice R	MASC Tensiune/Neliniste R	MASC Somatic/Vegetativ R	MASC Evitarea lezării R	MASC Perfectionism R
Mann-Whitney U	223,000	221,000	228,000	250,500	242,500	369,500
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,001	,001	,003	,002	,227

Tabel 50 (continuare): Test Mann-Whitney diferențe grup experimental/grup control, faza retest, MASC


	MASC Coping Anxios R	MASC Anxietate sociala R	MASC Umilire/Respingere R	MASC Frica de performanta R	MASC Separare/Panica R	MASC Indexul Tulburării Anxioase R
Mann-Whitney U	253,000	294,000	304,500	413,000	368,000	225,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003	,020	,030	,575	,214	,001

Tabel 51: Test Mann-Whitney diferențe grup experimental/grup control, faza retest, CDI

	CDI total R	CDI Relatii Interpersonale R	CDI Sentimente Ineficienta R	CDI Anhedonie R	CDI Subestimare R
Mann-Whitney U	163,000	265,000	223,500	232,500	248,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,005	,001	,001	,002

a. Grouping Variable: lot

ANEXA 3. INSTRUMENTE DE EVALUARE UTILIZATE



TSCC™

TSCC Foaie de răspuns
John Briere, PhD

Instrucțiuni

Itemii de pe această foaie de răspuns descriu lucruri pe care copiii uneori le cred, le simt sau le fac. Citește fiecare item, apoi încercuiește de câte ori îți se întâmplă încercuind numărul corespunzător.

Încercuiește **0** dacă nu ți se întâmplă **niciodată**. ① 1 2 3
Încercuiește **1** dacă ți se întâmplă **uneori**. 0 ① 2 3
Încercuiește **2** dacă ți se întâmplă **adesea**. 0 1 ② 3
Încercuiește **3** dacă ți se întâmplă **aproape întotdeauna**. 0 1 2 ③

De exemplu, dacă **uneori** întârzii la școală, vei încercui **1** pentru acest item, astfel:

Întârzii la școală. 0 ① 2 3

Dacă faci o greșeală sau vrei să-ți modifice răspunsul, nu șterge. Marchează cu un „X” răspunsul greșit, și apoi încercuiește răspunsul corect astfel:

Întârzii la școală. 0 ① ~~2~~ 3

Figura A3. 1: TSCC - Trauma Symptom Checklist for Children (1)

Nume	Vârsta	Gen	Nr. de identificare	Rasa	Data					
						<table border="1"> <thead> <tr> <th>Niciodată adevărată</th> <th>Uneori adevărată</th> <th>Adesea adevărată</th> <th>Aproape întotdeauna adevărată</th> </tr> </thead> </table>	Niciodată adevărată	Uneori adevărată	Adesea adevărată	Aproape întotdeauna adevărată
Niciodată adevărată	Uneori adevărată	Adesea adevărată	Aproape întotdeauna adevărată							
1. Visez urât sau am coșmaruri.....	0	1	2	3						
2. Mi-e frică de faptul că s-ar putea întâmpla ceva rău.....	0	1	2	3						
3. Îmi apar brusc în minte imagini sau idei înspăimântătoare.....	0	1	2	3						
4. Simt nevoia să spun cuvinte obscene.....	0	1	2	3						
5. Pretind că sunt altcineva.....	0	1	2	3						
6. Mă cert prea mult.....	0	1	2	3						
7. Mă.....	0	1	2	3						
8. Îmi.....	0	1	2	3						
9. Mă.....	0	1	2	3						
10. Îmi.....	0	1	2	3						
11. Încep.....	0	1	2	3						
12. Îmi.....	0	1	2	3						
13. Simt.....	0	1	2	3						
14. Plâng.....	0	1	2	3						
15. Mă.....	0	1	2	3						
16. Mă.....	0	1	2	3						
17. Mă.....	0	1	2	3						
18. Mă.....	0	1	2	3						
19. Simt.....	0	1	2	3						
20. Simt.....	0	1	2	3						
21. Simt.....	0	1	2	3						
22. Mă.....	0	1	2	3						
23. Mă.....	0	1	2	3						
24. Îmi.....	0	1	2	3						
25. Îmi.....	0	1	2	3						
26. Se.....	0	1	2	3						

0 = Niciodată adevărată
 1 = Uneori adevărată
 2 = Adesea adevărată
 3 = Aproape întotdeauna adevărată

Figura A3. 2: TSCC - Trauma Symptom Checklist for Children (2)

27. Mă simt rău din cauza asta.	0	1	2	3
28. Simt că mă simt rău din cauza asta.	0	1	2	3
29. Simt că sunt rău din cauza asta.	0	1	2	3
30. Uit să fac lucrurile din cauza asta.	0	1	2	3
31. Mă simt rău din cauza asta.	0	1	2	3
32. Mă simt rău din cauza asta.	0	1	2	3
33. Îmi este frică.	0	1	2	3
34. Nu am putut să fac lucrurile din cauza asta.	0	1	2	3
35. Mă simt rău din cauza asta.	0	1	2	3
36. Se simte rău din cauza asta.	0	1	2	3
37. Simt că sunt rău din cauza asta.	0	1	2	3
38. Mă simt rău din cauza asta.	0	1	2	3
39. Îmi este frică din cauza asta.	0	1	2	3
40. Mă simt rău din cauza asta.	0	1	2	3
41. Îmi este frică din cauza asta.	0	1	2	3
42. Simt că sunt rău din cauza asta.	0	1	2	3
43. Îmi este frică din cauza asta.	0	1	2	3
44. Am anghină din cauza asta.	0	1	2	3
45. Simt că sunt rău din cauza asta.	0	1	2	3
46. Am anghină din cauza asta.	0	1	2	3
47. Mă simt rău din cauza asta.	0	1	2	3
48. Încep să plâng din cauza asta.	0	1	2	3
49. Mă simt rău din cauza asta.	0	1	2	3
50. Îmi este frică din cauza asta.	0	1	2	3
51. Îmi este frică din cauza asta.	0	1	2	3
52. Vreau să mă simt rău.	0	1	2	3
53. Visez că sunt rău.	0	1	2	3
54. Mă deprim din cauza asta.	0	1	2	3

0 = Niciodată adevărată
1 = Uneori adevărată
2 = Adesea adevărată
3 = Aproape întotdeauna adevărată

PAR Psychological Assessment Resources, Inc. • 16204 N. Florida Avenue • Lutz, FL 33549 • 1.800.331.8378 • www.parinc.com
Copyright © 1989, 1995 by Psychological Assessment Resources, Inc. All rights reserved. May not be reproduced in whole or in part in any form or by any means without written permission of Psychological Assessment Resources, Inc. This form is printed in green and purple ink on carbonless paper. Any other version is unauthorized.

987 Reorder #RO- 3274

Figura A3. 3: TSCC - Trauma Symptom Checklist for Children (3)

CDI
INVENTARUL DE DEPRESIE

Instrucțiuni: Aici se află o serie de propoziții care descriu ce simți sau ce gândești. Din fiecare grup tu va trebui să alegi afirmația care te descrie cel mai bine, așa cum ai fost tu în ultima vreme, în ultimele 2 săptămâni. Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Tu trebuie doar să însemeni cu un X propoziția care corespunde cel mai bine modului în care te-ai simțit în ultima vreme.

1. Câteodată sunt supărat(ă).
C. Deseori sunt supărat(ă).
Sunt supărat(ă) mereu.
2. Mie n-o să-mi reușească niciodată nimic.
B. Nu sunt prea sigur(ă) dacă o să-mi reușească oeva în viață.
Cred că o să-mi reușească orice am să încerc.
3. Fac bine majoritatea treburilor pe care le am de făcut.
B. Nu-mi reușesc unele lucruri pe care trebuie să le fac.
Nu reușesc să fac bine nimic.
4. Mă distrează o mulțime de lucruri.
C. Unele lucruri mă distrează, câteodată.
Nu mă distrează niciodată nimic.
5. Sunt n-
D. Sunt a-
Din că-
6. Uneori
C. Sunt ir-
Sunt si-
7. Nu mă
D. Nu pre-
Îmi pla-
8. Tot ce
D. Din vin-
De obi-
9. Nu mi-
D. Mă gă-
De mu-
10. Îmi vin
C. Adese-
Rareori
11. Toate
C. Deseo-
Mă pic-
12. Îmi pla
A. Câteoc-
Îmi pla
13. Pe mir
B. Pe mir
Îmi fac
14. Îmi pla
D. Nu-mi
Cred c-
15. Îmi vin
B. Câteoc-
Pentru
16. În fiec-
C. De cât-
De obi-
17. Uneori mă simt oboșt(ă).
B. Deseori mă simt oboșt(ă).
Tot timpul sunt oboșt(ă).

18. N-am deloc poftă de mâncare.
C. Câteodată nu am poftă de mâncare.
Mănânc destul de bine.
19. Nu mă
C. Mă în-
Tot tin-
20. Nu mă
A. Câteo-
Tot tin-
21. La șoc
A. Rareo-
De m-
22. Am fo-
B. Am c-
Nu an-
23. La șoc
B. Notele
Am de-
24. Niciod-
C. Dacă i-
Sunt li-
25. Pe mi-
A. Nu sui-
Sunt s-
26. Nu po-
B. Adese-
Niciod-
27. Mă înțeleg bine cu cei din jurul meu.
A. Adesea ajung să mă cert cu ceilalți.
Mereu îmi vine să mă cert cu cineva.

Figura A3. 4: CDI - Child Depression Inventory

MASC
John March, MD, MPH

Nume/Identificator: _____ Vârsta _____ Gen: Masculin Feminin
(Încercuiește o variantă)

Data nașterii: ____ / ____ / ____ Nivel educațional: _____
Zi Lună An

Acest chestionar pune întrebări despre felul în care te-ai simțit, ai gândit sau ai acționat în ultimul timp. Te rugăm ca pentru fiecare întrebare să marchezi numărul care arată cât de des este acel enunț adevărat pentru tine. Dacă un enunț este adevărat pentru tine deseori, marchează 3. Dacă este adevărat uneori, marchează 2. Dacă este adevărat doar rareori, marchează 1. Dacă un enunț nu este niciodată adevărat pentru tine, marchează 0. În acest chestionar nu există răspunsuri corecte sau greșite, răspunde doar despre felul în care te-ai simțit în ultimul timp.

În continuare sunt prezentate două exemple care îți arată cum să completezi chestionarul.
În Exemplul A, dacă rareori ești speriat de câini, vei marca 1, arătând prin acest lucru că enunțul este adevărat pentru tine doar rareori. În Exemplul B, dacă furtunile cu tunete și fulgere te sperie uneori, vei marca 2, arătând astfel că acest enunț este uneori adevărat pentru tine.

	Nicodată adevărat pentru mine	Rareori adevărat pentru mine	Uneori adevărat pentru mine	Deseori adevărat pentru mine
Exemplul A Căinii mă sperie.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exemplul B Furtunile cu tunete și fulgere mă sperie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Acum încearcă să răspunzi singur la întrebările următoare. Nu uita să completezi întrebările de pe pagina următoare.

	Nicodată adevărat pentru mine	Rareori adevărat pentru mine	Uneori adevărat pentru mine	Deseori adevărat pentru mine
1. Mă simt tensionat(ă) sau nervos (nervoasă).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. De obicei oer permisiunea pentru a face un lucru.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Mă îngrijorez că ceilalți oameni răd de mine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Mă	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Idei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Trei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Înce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Îmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Înce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Am	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Înai	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Mă	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Mă	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Te rugăm să întorci pagina. Întrebările continuă pe pagina următoare.

MHS Multi-Health Systems, Inc. Suite 700, 60 Industrial Parkway, Cheshire, CT 06112, United States
© 2015, Multi-Health Systems, Inc. Reproscrit și publicat în România sub licență de DSD Consultants Group, SRL. Toate drepturile sunt rezervate, inclusiv asupra textelor și a tuturor elementelor. Nici o parte a acestui text, în orice formă, poate fi reprodusă sau transmisă în orice formă, electronică, mecanică sau fizică, în orice mod, inclusiv prin intermediul sistemelor de stocare și recuperare de informații sau prin orice altă metodă de reproducere electronică, fără permisiunea prealabilă și expresă în scris a editurii.

MASC
John March, MD, MPH

	Nicodată adevărat pentru mine	Rareori adevărat pentru mine	Uneori adevărat pentru mine	Deseori adevărat pentru mine
16. Mă tem că alți oameni vor crede că sunt prost (proastă).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. În timpul nopții țin lumina aprinsă.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Am dureri în piept.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Evit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mă	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Înce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Mă	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Evit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Îniri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Evit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mă	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Înce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Mă	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Mă	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Îmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Dacă	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Dev	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Vrei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Îmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Veri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Îmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Îmi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Sim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mulțumim că ai completat acest chestionar.

MHS Multi-Health Systems, Inc. Suite 700, 60 Industrial Parkway, Cheshire, CT 06112, United States
© 2015, Multi-Health Systems, Inc. Reproscrit și publicat în România sub licență de DSD Consultants Group, SRL. Toate drepturile sunt rezervate, inclusiv asupra textelor și a tuturor elementelor. Nici o parte a acestui text, în orice formă, poate fi reprodusă sau transmisă în orice formă, electronică, mecanică sau fizică, în orice mod, inclusiv prin intermediul sistemelor de stocare și recuperare de informații sau prin orice altă metodă de reproducere electronică, fără permisiunea prealabilă și expresă în scris a editurii.

Figura A3. 5: MASC - Multidimensional Anxiety Scale for Children

KID-SCID	•Tulburarea de Stres Posttraumatic•	Tulburări Anxioase	F 16																																																	
TULBURAREA DE STRES POSTTRAUMATIC																																																				
Uneori oamenilor li se întâmplă lucruri care sunt foarte înfricoșătoare sau supărătoare – lucruri care nu se întâmplă la majoritatea oamenilor și sunt atât de rele încât oricine ar fi speriat sau foarte supărat. Ție ți s-a întâmplat vreodată așa ceva? (FOLOȘIȚI AMORSELE TRAUMATICE SPECIFICE DE LA PAGINA 23, DACĂ ESTE NECESAR. PREZENTAȚI TOATE EVENIMENTELE TRAUMATICE MENȚIONATE, ÎNREGISTRAȚI DETALIILE MAI JOS.) DACĂ „NU”, LA TOATE CELE DE MAI SUS BIFAȚI AICI ____ ȘI TRECEȚI LA GAD, F. 22.																																																				
Nr. eveniment	Scurtă descriere	Data (Luna/An)																																																		
CRITERII PENTRU STRESUL POSTTRAUMATIC																																																				
<p>Codați pe baza descrierii de mai sus.</p> <p>DACĂ NU SE ȘTIE: Când s-a întâmplat acel lucru, ai fost foarte speriat/ă? Ai simțit că nu poți scăpa, ca și cum ai fi blocat/ă sau prins/ă în capcană? Ți-a spus cineva cum ai reacționat când ți s-a întâmplat acel lucru?</p> <p>PENTRU PĂRINTE: A fost comportamentul copilului dumneavoastră foarte dezorganizat sau agitat?</p>	<p>A. Copilul a fost expus unui eveniment traumatic în care ambele din cele care urmează sunt prezente:</p> <p>(1) copilul a experiențiat, a fost martor ori a fost confruntat cu un eveniment sau evenimente care au implicat moartea efectivă, amenințarea cu moartea ori o vătămare serioasă sau o periclitare a integrității corporale proprii ori a altora</p> <p>(2) răspunsul copilului a implicat o frică intensă, neputință sau oroare. Notă: la copii, aceasta poate fi exprimată printr-un comportament dezorganizat sau agitat.</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>3</td></tr> <tr><td>↑</td><td></td><td>↑</td></tr> <tr><td>TRECEȚI LA "GAD" F. 23</td><td></td><td>Criteria A satisfăcute</td></tr> </table>	?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT				?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT				?	1	3	↑		↑	TRECEȚI LA "GAD" F. 23		Criteria A satisfăcute	
?	1	2	3																																																	
COP																																																				
PAR																																																				
ALT																																																				
OPT																																																				
?	1	2	3																																																	
COP																																																				
PAR																																																				
ALT																																																				
OPT																																																				
?	1	3																																																		
↑		↑																																																		
TRECEȚI LA "GAD" F. 23		Criteria A satisfăcute																																																		
? = informație inadecvată 1 = absent sau fals 2 = sub prag 3 = nivel prag sau adevărat																																																				

KID-SCID	•Tulburarea de Stres Posttraumatic•	Tulburări Anxioase	F 17																				
Tulburarea de Stres Posttraumatic																							
Acum îți voi pune unele întrebări despre cum te-a/te-au afectat (evenimentul/ evenimentele)		B. Evenimentul traumatic este reexperimentat persistent într-unul (sau mai multe) din următoarele moduri:																					
Ai fost deranjat/ă de gânduri despre (acest eveniment/oricare dintre aceste evenimente) chiar și atunci când încerci să nu te gândești la ele?		(1) amintiri stresante recurente și intruzive ale evenimentului, incluzând imagini, gânduri sau percepții. Notă: la copii mici poate surveni un joc repetitiv în care sunt exprimate teme sau aspecte ale traumei																					
<p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT			
?	1	2	3																				
COP																							
PAR																							
ALT																							
OPT																							
<p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p>		<p>(2) vise stresante recurente ale evenimentului. Notă: La copii, pot exista vise terifiante fără un conținut recunoscutibil</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT			
?	1	2	3																				
COP																							
PAR																							
ALT																							
OPT																							
<p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p>		<p>(3) acțiune și simțire, ca și cum evenimentul traumatic ar fi fost recurent (include sentimentul retrării experienței, iluzii, halucinații și episoade disociative de flashback, INCLUSIV CELE CARE SURVIN LA DEȘTEPTAREA DIN SOMN SAU CÂND ESTE INTOXICAT). Notă: La copiii mici poate surveni reconstituirea traumei specifice</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT			
?	1	2	3																				
COP																							
PAR																							
ALT																							
OPT																							
<p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p> <p>Ți-a revenit în minte în momente când erai liniștit și nu te așteptai să îți revină în minte?</p>		<p>(4) distres psihologic intens la expunerea la stimuli interni sau externi care simbolizează sau se aseamănă cu un aspect al evenimentului traumatic</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT			
?	1	2	3																				
COP																							
PAR																							
ALT																							
OPT																							
? = informație inadecvată 1 = absent sau fals 2 = sub prag 3 = nivel prag sau adevărat																							

Figura A3. 6: KID SCID - Tulburarea de Stres posttraumatic (1)

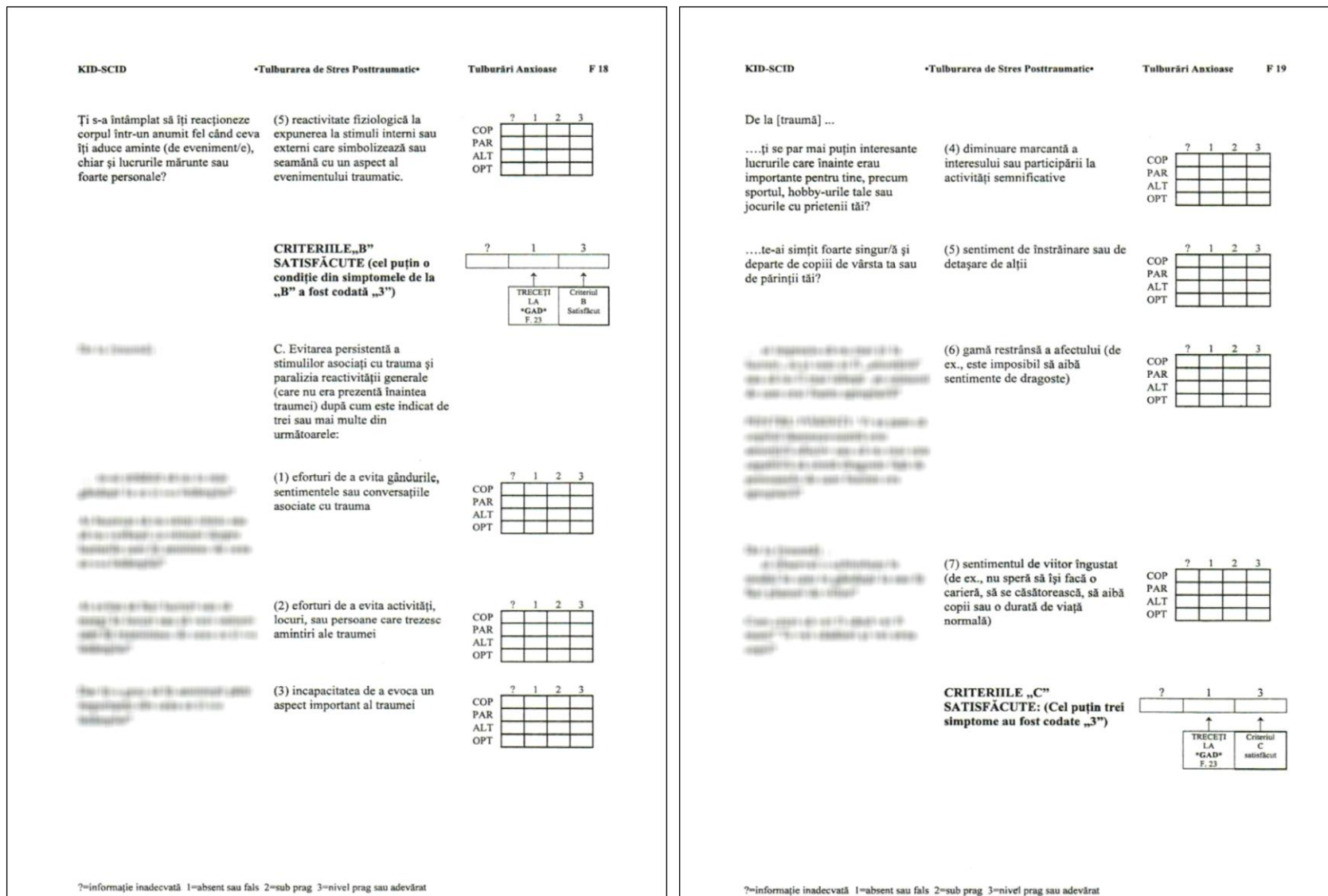


Figura A3. 7: KID SCID - Tulburarea de Stres posttraumatic (2)

KID-SCID	•Tulburarea de Stres Posttraumatic•	Tulburări Anxioase	F 20																				
De la [traumă] ...	D. Simptome persistente de excitație crescută (care nu erau prezente înainte de traumă), după cum este indicat de două (sau de mai multe) dintre următoarele:																						
... ai avut probleme cu somnul? (Ce fel de probleme?)	(1) dificultăți în adormire sau în a rămâne adormit	<table border="1"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT				
?	1	2	3																				
COP																							
PAR																							
ALT																							
OPT																							
	(2) iritabilitate sau accese de furie	<table border="1"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT				
?	1	2	3																				
COP																							
PAR																							
ALT																							
OPT																							
	(3) dificultate în concentrare	<table border="1"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT				
?	1	2	3																				
COP																							
PAR																							
ALT																							
OPT																							
	(4) hipervigilantă	<table border="1"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT				
?	1	2	3																				
COP																							
PAR																							
ALT																							
OPT																							
	(5) răspuns de tresărire exagerat	<table border="1"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT				
?	1	2	3																				
COP																							
PAR																							
ALT																							
OPT																							
? = informație inadecvată 1 = absent sau fals 2 = sub prag 3 = nivel prag sau adevărat																							

KID-SCID	•Tulburarea de Stres Posttraumatic•	Tulburări Anxioase	F 21																				
De la traumă	(6) reactivitate fiziologică la evenimente care simbolizează sau se aseamnă cu un aspect al evenimentului traumatic (de ex., un copil care a fost bătut în lift transpiră brusc când intră în orice lift).	<table border="1"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>COP</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAR</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OPT</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	?	1	2	3	COP				PAR				ALT				OPT				
?	1	2	3																				
COP																							
PAR																							
ALT																							
OPT																							
	CRITERIILE „D” SATISFĂCUTE: (Cel puțin două SIMPTOME „D” au fost codate „3”)	<table border="1"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>3</td></tr> <tr><td>↑</td><td></td><td>↑</td></tr> <tr><td>TRECETI LA *GAD* F. 21</td><td></td><td>Criteriul D Satisfăcut</td></tr> </table>	?	1	3	↑		↑	TRECETI LA *GAD* F. 21		Criteriul D Satisfăcut												
?	1	3																					
↑		↑																					
TRECETI LA *GAD* F. 21		Criteriul D Satisfăcut																					
	E. Durata perturbării – simptomele de la criteriile B,C și D – este de mai mult de o lună.	<table border="1"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>3</td></tr> <tr><td>↑</td><td></td><td>↑</td></tr> <tr><td>TRECETI LA *GAD* F. 21</td><td></td><td>Criteriul E Satisfăcut</td></tr> </table>	?	1	3	↑		↑	TRECETI LA *GAD* F. 21		Criteriul E Satisfăcut												
?	1	3																					
↑		↑																					
TRECETI LA *GAD* F. 21		Criteriul E Satisfăcut																					
	F. Perturbarea cauzează un distres sau o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.	<table border="1"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>3</td></tr> <tr><td>↑</td><td></td><td>↑</td></tr> <tr><td>TRECETI LA *GAD* F. 21</td><td></td><td>Criteriul F Satisfăcut</td></tr> </table>	?	1	3	↑		↑	TRECETI LA *GAD* F. 21		Criteriul F Satisfăcut												
?	1	3																					
↑		↑																					
TRECETI LA *GAD* F. 21		Criteriul F Satisfăcut																					
	CRITERIILE A, B, C, D, E și F PENTRU STRESUL POSTTRAUMATIC SUNT CODATE „3”	<table border="1"> <tr><td>?</td><td>1</td><td>3</td></tr> <tr><td>↑</td><td></td><td>↑</td></tr> <tr><td>TRECETI LA *GAD* F. 21</td><td></td><td>Tulburare de Stres Post-traumatic</td></tr> </table>	?	1	3	↑		↑	TRECETI LA *GAD* F. 21		Tulburare de Stres Post-traumatic												
?	1	3																					
↑		↑																					
TRECETI LA *GAD* F. 21		Tulburare de Stres Post-traumatic																					
	Codați vârsta la instalarea tulburării.																						
? = informație inadecvată 1 = absent sau fals 2 = sub prag 3 = nivel prag sau adevărat																							

Figura A3. 8: KID SCID - Tulburarea de Stres posttraumatic (3)

Item

William Knaus

**Scala de convingeri raționale pentru copii
CSRB-B**

Instrucțiuni: Fiecare afirmație are trei răspunsuri posibile. Alege răspunsul care crezi că ți se potrivește cel mai bine și încercuiește-l pe foaia de răspuns.

1. Când cineva vorbește urât despre prietenul tău cel mai bun sau despre mama ta:

- a. trebuie să te bați cu acea persoană;
- b. trebuie să-l îndepărtezi;
- c. poți să te gândești înainte să acționezi.

2. Dacă nu poți răspunde la întrebarea

7. Dacă nu poți învăța lecția de prima dată:

- a. ar fi mai bine să renunți pentru că nu vei reuși niciodată să o înveți;
- b. înseamnă că e prea grea pentru tine;
- c. ai nevoie de mai mult timp pentru a repeta.

8. Când cineva te necăjește, tu:

13. Când te descurci bine la școală înseamnă că:

- a. ești o persoană bună;
- b. cunoști foarte bine lecția;
- c. ai avut noroc;

16. Dacă o persoană crede că „este rău că nu am obținut ce am vrut” se va simți:

- a. furioasă;
- b. dezamăgită;
- c. emotivă (anxioasă);

11

Figura A3. 9: CSRB - Scala de convingeri raționale pentru copii

Item James P. Connell

Scala multidimensională de percepție a controlului la copii SMPCC

Instrucțiuni: Această scală măsoară atribuiri cauzale pe care le fac diferite persoane. Citește cu atenție următoarele afirmații. Alege apoi, pentru fiecare afirmație unul dintre următoarele răspunsuri care corespunde cel mai bine atitudinii tale față de situațiile descrise:

Fals
Puțin adevărat
În cea mai mare parte adevărat
Adevărat

1. Când câștig într-un joc, de multe ori nu pot să înțeleg de ce am câștigat.
2. Când nu am succes, de obicei este vina mea.
3. Cea mai bună cale de a obține note bune este să-l fac pe profesor să mă placă.
13.

13. De multe ori nu înțeleg de ce mi se întâmplă lucruri bune.
14. Dacă nu mă descurc la școală este numai vina mea.
15. Dacă vreau să fiu o persoană importantă în clasa mea, trebuie să-i fac pe copiii cunoscuți să mă placă.

24. Când pierd la un joc în aer liber, se datorează adversarului care a fost mai bun în acel joc.
25. Când câștig la joc în aer liber, de multe ori nu știu de ce am câștigat.

37. Când mi se întâmplă lucruri bune, de cele mai multe ori mi se pare că nu există nici un motiv ca ele să se manifeste.
38. Dacă iau note proaste este numai vina mea.

13

Figura A3. 10: SMPCC - Scala multidimensională de percepție a controlului la copii

6

Item

Jeffrey Young și Gary Brown

Chestionarul schemelor cognitive Young YSQ-S3

Instrucțiuni: Mai jos sunt înșirate o serie de afirmații pe care o persoană le poate face pentru a se descrie pe sine însăși. Citiți cu atenție fiecare afirmație și decideți cât de bine vă descrie (hotărâți cât de bine se potrivește în cazul dumneavoastră). În cazul în care nu sunteți sigur asupra unei afirmații bazati-vă răspunsul pe ceea ce simțiți că este mai potrivit pentru dumneavoastră și nu pe ceea ce credeți că este adevărat. Alegeți apoi calificativul potrivit pentru fiecare afirmație, evaluând gradul în care aceasta vi se potrivește. Marcați cu "X" pe foaia de răspuns calificativul ales, în spațiul corespunzător fiecărei întrebări.

Complet neadevărat în ceea ce mă privește
 În cea mai mare parte neadevărat în ceea ce mă privește
 Mai mult adevărat decât neadevărat
 Destul de adevărat în ceea ce mă privește
 În cea mai mare parte adevărat în ceea ce mă privește
 Mă descrie perfect

1. În general nu am avut pe cineva care să se îngrijească de mine, căreia (căruia) să-i împărtășesc din viața mea, sau căreia (căruia) să-i pese mult de tot de ceea ce se întâmplă cu mine.

2. M-am agățat de cei apropiați mie pentru că m-am temut că mă vor părăsi.

10. Nu mă simt capabil(ă) să mă descurc singur(ă) în fiecare zi a vieții mele.

11. Nu pot scăpa de sentimentul că ceva rău este pe cale să se întâmple.

12. Nu am fost în stare să mă despart de părinții mei în felul în care o fac ceilalți de vârsta mea.

19. Trebuie să fiu cel mai bun în tot ce fac; nu accept să fiu al doilea dintre cei mai buni.

20. Am probleme când trebuie să accept „nu” ca și răspuns când vreau ceva de la ceilalți.

21. Nu mă pot motiva să îndeplinesc sarcini plictisitoare și de rutină.

22. ...

23. ...

24. ...

25. ...

26. ...

27. ...

28. ...

29. ...

30. ...

31. ...

32. ...

33. ...

34. ...

35. ...

36. ...

37. Simt că nu am altă posibilitate decât să implicăm în viața și problemele celuiilalt.

38. Să am bani și să știu lume bună mă face să fiu mai valoros (valoroasă).

39. Mă îngrijorez de faptul că o decizie greșită poate duce la dezastru.

40. În general nu accept scuzele altora. Ei nu sunt doritori să accepte responsabilități și să ...

41. ...

42. ...

43. ...

44. ...

45. ...

46. ...

47. ...

48. ...

49. ...

50. ...

51. ...

52. ...

53. ...

54. ...

55. ...

56. Mă gândesc des la greșelile pe care le fac și sunt furios(furiosă) pe mine.

57. Majoritatea celorlalți sunt mai capabili decât mine în domeniile profesionale și în realizări.

Figura A3. 11: YSQ - Chestionarul schemelor cognitive Young (1)

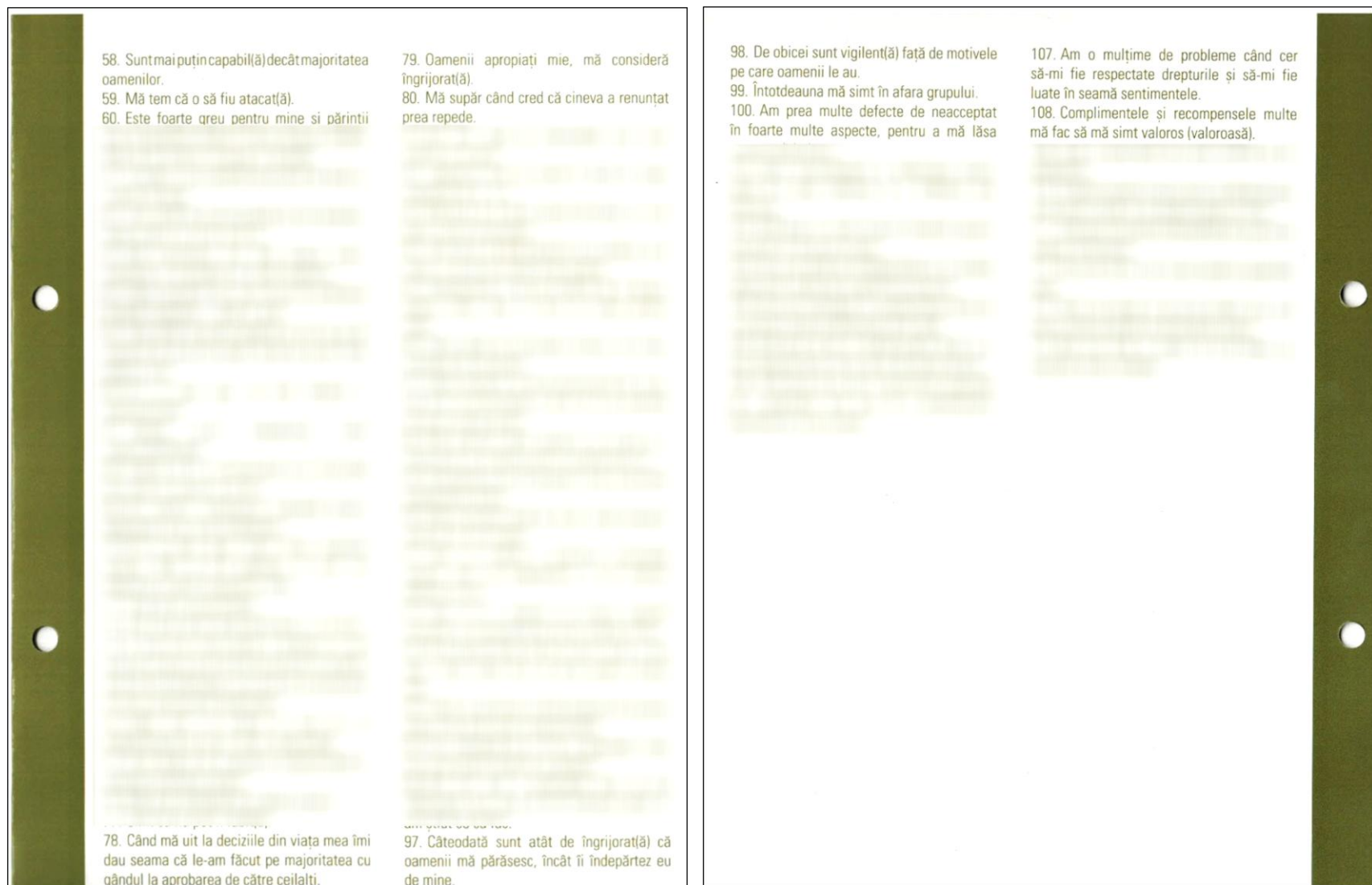


Figura A3. 12: YSQ - Chestionarul schemelor cognitive Young (2)

ANEXA 4. Povești terapeutice utilizate pe parcursul programului de intervenție psihoterapeutică

După *Sempronia Filipoi, Basme terapeutice pentru copii și părinți* [47])

Pățania iepurelui Fliti cu leul cel fioros. Odată, demult, viețuia un leu mare care credea că el este regele junglei. Cele mai multe animale din pădure îl respectau sau chiar le era un pic frică de el, pentru că se purta ca orice leu. Numai că la un moment dat, leului i s-a întâmplat ceva. El a devenit tot mai tiranic, mai afurisit, mai rău și într-un cuvânt a început să-i asuprească pe cei din pădure. Îi teroriza pe toți, îi zgâria, își bătea joc de ei. Animalelor din pădure a început să le fie foarte frică. Viața lor se schimbase cu totul, atât de frică le era. Pur și simplu se temeau să adoarmă, ori să mai iasă din vizuinile lor. Unele dintre ele au început să viseze coșmaruri îngrozitoare, iar altele nici nu mai puteau mânca.

Se pare că leului nu-i păsa de toate astea. Continua să-i chinuie, să-i asuprească și să îi înfricoșeze pe toți. De fapt, leul se purta așa urât din cauză că în sinea lui se simțea tare slab și credea că singurul mod în care ar putea să pară puternic era să-i forțeze pe ceilalți să facă lucruri pe care ei nu doreau să le facă și să bage frica în ei.

Numai că trăia în pădure, sătul de toate astea până peste urechi, amărâțul și zdrențarosul iepure Fliti. El se săturase să le tot audă pe celelalte animale că se văicăresc despre leu și să le vadă toată ziua așa de pleoștite și nedormite din cauza viselor de groază pe care le aveau noaptea. De altfel iepurele Fliti fusese primul care se speriasc groaznic de leu, dar până la urmă a reușit să scape puțin de teamă.

Într-o zi, Fliti le-a anunțat pe celelalte animale: "Mă duc să-i dau o lecție acestui leu, să-i fie de învățătură". "Bine, dar cum vrei să faci?" l-au întrebat animalele. "Doar tu ești numai un biet iepure fără apărare. N-ai nici colți ascuțiți, nici gheare puternice ca leul. Și la urma urmei nici nu poți alerga chiar așa de tare".

"N-are importanță" a răspuns spre mirarea tuturor iepurele Fliti. "Am reușit să-mi găsesc propria putere și m-am hotărât să-i dau acestui leu o lecție de o să mă țină minte cât o să mai trăiască!"

Tuturor celorlalte animale li s-a făcut mai frică decât niciodată. Erau absolut sigure că temutul leu îl va sfâșia pe iepurele Fliti. Dar Fliti nu dădea nici o atenție fricii lor. El s-a apucat să sape o groapă foarte adâncă drept pe cărarea pe care obișnuia să treacă leul dimineața la plimbare. Se străduia să sape cu propriile lui labe atât de repede cât putea. Toată ziua a lucrat și numai târziu, noaptea și-a terminat treaba.

Groapa era foarte adâncă și Fliti a acoperit-o cu frunze și cu tot felul de uscături, ba chiar cu un copăcel, în așa fel ca să nu se observe deloc că acolo ar fi o groapă. Fără să aibă

știre de nimic, a doua zi leul a venit să se plimbe, așa cum făcea în fiecare dimineață. Ca de obicei era prost dispus, bombănind, înjurând, răcnind și sperindu-le foarte pe biete animale, Dar Fliti privea la el și tremura foarte puțin.

Plimbându-se, leul a pășit peste frunzișul cu care era acoperită groapa și cu un zgomot puternic s-a prăbușit în ea. Iepurele Fliti săpase groapa așa de adâncă încât era absolut imposibil de ieșit din ea. Cum l-a văzut pe leu căzând în groapă, Fliti s-a dus la marginea ei și l-a privit.

"Tu, leule, n-ai înțeles totuși ce înseamnă să fii puternic", i-a spus el foarte liniștit leului. Să știi că puterea nu înseamnă să ai colții fioroși sau ghearele ascuțite. Nu înseamnă că ești puternic nici dacă îi faci pe alții să tremure de frică înaintea ta, sau dacă îți bați joc de ei, făcându-i să se simtă buni de nimic. Adevărata putere vine din interiorul fiecăruia. Dacă îți dădeai seama de asta, n-ai fi stat acum aici pe fundul gropii. Când o să pricepi ce înseamnă să fii puternic cu adevărat, vei fi în stare să găsești o soluție ca să ieși din groapa asta.". Și zicând acestea, iepurele Fliti a plecat țopăind mai departe.

Iepurica Richi învață să spună "NU"

Într-o pădure minunată de frumoasă trăia odată iepurica Richi împreună cu părinții ei. Era o iepurică tare drăguță și cât era ziua de lungă țopăia pe lângă mama ei și se simțea foarte fericită. Într-o zi mama ei i-a spus: "Eu trebuie să mă duc până la marginea pădurii să văd dacă găsesc ceva trifoi pentru cină. Tu rămâi aici pentru că mă întorc imediat". Se știe că iepurii se dau în vânt după trifoi, așa că, deși iepuricăi Richi nu-i plăcea că mama pleacă, nu voia nici să rămână flămândă. Și-a luat rămas bun de la iepuroaică și s-a uitat după ea cum pleacă spre marginea pădurii.

La început iepurica se simțea destul de bine de una singură, dar așa cum vine ghinionul de obicei, iată că s-a întâmplat să treacă pe acolo un vulpoi mare și rău. El a început să-i spună lui Richi să facă anumite lucruri pe care ea nu voia să le facă. Biata iepurica era tare încurcată pentru că ea totdeauna obișnuia să asculte și să facă ceea ce îi cereau adulții să facă. Dar de această dată simțea că nu trebuie deloc să facă ceea ce îi cerea vulpoiul. În plus își aducea aminte foarte bine că mama ei îi spunea adesea că este o iepurica tare isteată și deșteaptă.

Deodată și-a dat seama ce anume să-i spună vulpoiului celui rău. Așa că a început să strige cât se putea de tare: "NU! NU! OPREȘTE-TE !" și cu cât striga mai tare, cu atât glasul ei devenea tot mai puternic. Așa că striga mai departe: "NU VREAU! STAI! NU FACE ASTA! OPREȘTE-TE!".

Vulpoiul cel rău se răstia la iepurica și încerca să fie aspru și să o forțeze să facă ce voia el, dar iepurica nu voia deloc și striga întruna. Deși îi era teribil de frică, striga și iar striga: "NU! NU! NU!", cât putea de tare.

Într-un târziu, văzând că nu reușește nimic, vulpoiul cel mare și rău a plecat. Iepurica Richi era încă foarte înspăimântată, dar parcă acum se simțea altfel. Ea a făcut descoperirea că deși era mult mai mică în comparație cu vulpoiul, era totuși puternică în cu totul alt fel decât el. Când mămica ei s-a întors acasă, iepurica i-a povestit tot ce s-a întâmplat. Mama ei a fost foarte mulțumită pentru că iepurica i-a spus absolut tot ce s-a întâmplat și a îmbrățișat-o din toate puterile. Când s-au dus la culcare mama ei încă mai zâmbea fericită că iepurica Richi era mai deșteaptă ca vulpoiul cel mare și rău.

Fluturele din plasa păianjenului

Trăia odată, demult, un păianjen. Ca toți păianjenii și-a țesut și el o plasă mare. Scopul lui era să prindă toate insectele, gâzele sau fluturii care din nefericire pentru ei treceau pe acolo. Păianjenul nu era prost, așa că știind că insectelor le plac florile, a avut grijă să-și întindă plasa tocmai între două tufe pline de flori parfumate, Fiind sigur că era foarte bine făcută și așezată capcana lui, păianjenul s-a ascuns liniștit în spatele plasei și se uita atent cine va cădea în ea.

După cum știm, dacă nu sunt acoperite cu stropi de rouă sau picuri de ploaie care să strălucească în lumină ca niște bijuterii, plasele păianjenilor sunt invizibile pentru ochii celor mai multe insecte. Acest lucru făcea plasa păianjenului și mai periculoasă pentru gâzele naive și neștiutoare care picau în ea pentru că nu observau deloc această capcană distrugătoare, sau o vedeau prea târziu. Desigur unele gâze știau că există păianjeni și chiar îi și văzuseră, dar neînțelegând cum își duc ei viața, nimereau drept în plasele lor. Atunci erau repede înfășurate cu un fir lipicios și erau ținute în viață până când păianjenii se hotărâu să se folosească de ele, să le mănânce. În această privință toți păianjenii sunt la fel, Sunt foarte mândri de plasele pe care le întind și nu se simt deloc vinovați că își duc viața procedând în acest fel.

Într-o zi a trecut pe acolo un fluturaș albastru, care tocmai căuta nectar dulce în florile unei tufe colorate. Fără să bănuiască ceva rău, fluturașul a fost atras de felul cum strălucea plasa subțire pe care cădea o rază de soare și bineînțeles fără să vrea s-a prins drept în ea. Îngrozit, fluturașul a încercat să se elibereze, luptându-se, zbatându-se din toate puterile. Dar cu cât se zvârcolea mai tare plasa se lipea de el și mai mult. Păianjenul care știa cum se zbat de frică victimele sale, făcuse în așa fel încât plasa să se strângă cu atât mai tare, cu cât se luptau mai mult să scape.

Din fericire, s-a potrivit să treacă prin apropiere o mămăruță bătrână și plină de experiență, care cunoștea multe despre păianjeni. Ea s-a hotărât să-l ajute pe fluturaș să scape. Păianjenul era foarte ocupat cu țesutul pânzei. Nu dădea prea multă atenție fluturașului, fiind sigur că era prostuț și prea neajutorat ca să scape, iar plasa bine făcută oricum nu-i dădea voie să se elibereze. Îngrijorată mămăruța zbură mai aproape de fluturaș și îi șopti: "Nu te mai zbate, nu te mai lupta cu plasa. Asta o face să se strângă și mai tare peste tine". "Dar îmi este atât de frică", s-a văicărit fluturașul. "Atunci folosește-ți frica în așa fel încât să-ți dea putere". Iar apoi a continuat: "Încearcă să înțelegi felul cum ești prins în plasă și folosește-ți gura ca să te eliberezi singur. Descurcă-te. AI ACEASTA PUTERE DE A TE ELIBERA SINGUR."

Auzind aceste cuvinte, fluturașul s-a liniștit și a încetat să se mai zbată cu disperare în plasă. Luând aminte la vorbele mămăruței, s-a gândit cum să facă un plan ca să scape. A încercat să-și amintească tot ceea ce știa pentru ca să găsească un mod de a se elibera. Și a reușit. Odată scăpat, a observat că din păcate, aripioarele lui fuseseră îndoite, șifonate și zdrențuite câtă vreme se luptase cu plasa. Însă, cu timpul, fluturașul a reușit singur să-și vindece rănilile și suferința pe care i-o provocase plasa păianjenului. Nu după mult, era din nou ca înainte, un fluturaș întreg, fără cusur, frumos și albastru, căruia îi plăcea să culeagă polen din florile colorate. Bineînțeles că acum știa foarte bine că există în această lume și păianjeni răi, care întind plase și capcane periculoase. Acum fluturașul nostru era mai deștept decât păianjenii, avea mai multă experiență și putea să zboare liber unde voia.

ANEXA 5. Suport teoretic pentru activitățile de psihoeucație

(Adaptare după *Salvați Copiii* -

Ghid de bune practici pentru prevenirea abuzului asupra copilului [136])

Copilul este o ființă cu însușiri calitativ diferite de cele ale adultului și are în mod legitim dreptul de a ocupa o poziție privilegiată și de a se bucura de un tratament specific. Sănătatea, dezvoltarea și educația copilului trebuie să fie în centrul preocupărilor familiei.

Familia rămâne grupul social vital în asigurarea îngrijirii, protecției și educației copilului. În contextul schimbărilor sociale, se constată o diversificare a modelelor familiale: frecvența crescândă a concubinajelor, creșterea numărului divorțurilor, a familiilor cu un singur părinte, opțiunea unor femei de a avea copii în afara căsătoriei, noile forme coexistând cu modelul "clasic" al familiei conjugale.

Dezvoltarea personalității copilului este rezultatul unui ansamblu de factori: familiali, școlari, comunitari. Factorii familiali sunt ca proximitate și importanță cei care asigură dezvoltarea unei personalități armonioase, securizarea fizică, afectivă și materială a copilului.

Mediul familial se constituie din:

- membrii familiei între care există relații complexe, de a căror funcționalitate depinde eficiența și succesul în dezvoltarea, direcționarea și integrarea socială a copilului;
- spațiul de locuit cu totalitatea dotărilor de care dispune, care pot sau nu să răspundă nevoilor familiei.

Indiferent de modul de organizare, mediul familial întemeiat pe un sistem de interacțiuni afective intense este apt de a reacționa la trebuințele copilului, de a participa și favoriza elaborarea personalității, a imaginii de sine și despre lume.

Familia este cea mai în măsură să răspundă nevoilor copilului. Aceasta este din punct de vedere afectiv cea mai adecvată trebuințelor lui, pentru că numai relațiile afective și sentimentele de dragoste îl fac pe părinte să înțeleagă și să intuiască copilul și starea lui. În familie, copilul își poate satisface nevoile sale primare, își poate manifesta frustrările inevitabile, temperate de dragostea părinților. În familie copilul poate să-și investească toate resursele emoționale, pentru că asigurarea unui mediu afectiv va constitui garanția pentru o dezvoltare armonioasă.

Familia este mediul esențial care poate influența dezvoltarea și destinul copilului prin *securitate materială, dragoste și educație*.

Profioniștii în domeniu au stabilit 10 reguli educative în familie:

1. Să-ți iubești copilul, să-l accepți așa cum este, să te bucuri, să nu-l jignești, să nu-l pedepsești pe nedrept, să nu-l umilești, să-i dai prilejul să te iubească.

2. Să-ți protejezi copilul, să-l aperi de pericolele fizice și sufletești, la nevoie sacrificându-ți propriile interese, chiar cu riscul propriei vieți.

3. Să fii un bun exemplu pentru copilul tău, astfel încât el să trăiască într-o familie în care domnește cinstea, modestia, armonia.

4. Să te joci cu copilul tău.

5. Să lucrezi cu copilul tău.

6. Să lași copilul să dobândească singur experiența de viață, chiar dacă suferă, deoarece copilul supraprotejat, ferit de orice pericol, ajunge uneori un invalid social.

7. Să-i arăți copilului limitele libertății umane.

8. Să-l înveți să fie ascultător.

9. Să aștepți de la copilul tău numai aprecierile pe care le poate da, conform gradului de maturizare și experienței sale.

10. Să-i oferi copilului tău trăiri cu valoare de amintiri, serbări în familie, excursii, călătorii, vacanțe, spectacole, manifestări sportive, deoarece copilul se hrănește, ca și adultul, din trăiri care îi dau prilejul să cunoască lumea.

Dezvoltarea copilului în perioada de școlar mic. Perioada de școlar mic constituie o perioadă de tranziție între copilăria preșcolară și pubertate și nu este lipsită de manifestări tensionale, stări conflictuale, conduite accentuate, schimbări fundamentale ale personalității copilului, care generează probleme de adaptare permanentă și solicită răspunsuri adecvate din partea părinților. Începutul vieții școlare este evenimentul major al acestei perioade, căreia trebuie să îi facă față atât copilul, cât și familia.

Caracteristici generale și posibile probleme:

1. Dezvoltare fizică accelerată, forța musculară în continuă creștere, modificări de înălțime și greutate. *Problemă:* Efortul fizic și intelectual determinat de ritmul trepidant al activității școlare favorizează instalarea stării de oboseală, cu notele ei de variație individuală de la un copil la altul.

2. Adaptarea la mediul școlar modifică substanțial regimul de muncă și de viață, introduce un orar strict, anumite planuri și programe cu valoare structurantă pentru activitate. Neconcordanța între nivelul de pregătire internă pentru școală și solicitările mediului școlar generează disonanțe și copilul resimte insatisfacție de pe urma noii sale poziții sociale, de școlar.

3. Deprinderile devin obișnuințe, continuă să se întărească deprinderile de autoservire (legate de activitățile vestimentare, sanitare, alimentare) și încep să se formeze noi categorii de deprinderi legate de caracteristicile activităților școlare (deprinderea de calcul numeric, de a folosi corect componentele grafice și sonore ale cuvintelor etc.). Un copil poate să-și fi format deprinderea de a scrie, citi, calcula, dar nu și obișnuința de efectuare sistematică a sarcinilor în care sunt implicate aceste acte. De asemenea, poate să-și fi format obișnuința să scrie, să citească, să-și facă temele, dar stăpânește în mică măsură pricepera de a realiza eficient aceste activități.

4. Se pun bazele concepției despre lume și viață care modifică esențial optica școlarului asupra realității înconjurătoare. Interacționând și comunicând cu ceilalți, școlarul mic ajunge să exerseze și să cunoască simțul dreptății, al demnității personale și al adevărului. La această vârstă atitudinile interpersonale din grupuri sunt puternic determinate de criteriul reușitei la învățatură, considerată valoarea cea mai importantă, elevul cel mai bun la învățatură fiind persoana preferată în mod deosebit.

5. Se dezvoltă trăirile intelectuale, generate de învățare, ca activitate de cunoaștere, cu greutățile, reușitele și eșecurile ei. Perspectiva reușitei devine atrăgătoare, plăcută, contribuind la curiozitate intelectuală, dorința de a cunoaște, de a ști mai mult.

6. Socializarea conduitei. Contradicția dintre dorințele copilului și posibilitățile sale limitate de realizare trebuie diminuată prin dezvoltarea inițiativei, implicării personale în activitate, stimularea competiției, dar și a cooperării. Relația cu părinții rămâne cea mai însemnată în socializarea școlarului mic. Cei mai mulți copii se orientează după părinți în observarea și aprecierea faptelor celorlalți. Admirația sau oprobriul sunt puternic modelate de influențele culturale, religioase, dar mai ales familiale.

7. Imaginea de sine se formează prin preluarea de la părinți și de la cei din jur a atitudinilor, exigențelor, interdicțiilor și așteptărilor acestora, așa cum le interpretează copilul. Imaginile parentale interiorizate de către copil îi oferă siguranță și îi sporesc independența. Mediul școlar este unul mai rece și mai puțin protector, care zdruncină copilului credința că el este centrul lumii și imaginea de sine se restructurează continuu într-o competiție care schimbă criteriile de referință: inteligența, abilitățile fizice, vestimentația, sociabilitatea etc. imaginea de sine este sursa încrederii în sine, o calitate esențială pentru dezvoltarea resurselor interioare pentru realizarea pe toate planurile.

8. Vârsta școlară se distinge prin latență sexuală, dar se semnalează primele variații comportamentale produse de deosebirea dintre sexe, care fac ca, treptat, fetele și băieții să se separe spontan. Copiii își manifestă timpuriu curiozitatea pentru propriul corp și interesul

pentru organele genitale. Educația sexuală trebuie începută timpuriu, pentru a ajuta copilul să înțeleagă dezvoltarea sexuală, reproducerea, intimitatea, imaginea corporală, rolul social corespunzător sexului. Cunoașterea sexuală pe care o manifestă copiii este doar o parte a nevoii lor de cunoaștere a ceea ce îi înconjoară. Educația sexuală deficitară sau absența ei poate conduce la sentimente de vinovăție, rușine, neintegrare socială, viață sexuală incompletă și nesatisfăcătoare la maturitate. Copiii au fantezii sexuale și se angajează în jocuri de explorare a corpului, dar neștiind că este ceva natural, se simt vinovați, iar acest lucru îi poate face să creadă că sexualitatea este ceva rău și nu se vor simți niciodată confortabil față de corpul lor sau sexualitatea lor.

Anumite atitudini și comportamente ale părinților constituie abuz sau neglijare a copilului:

- solicitările neadaptate la posibilitățile copilului, care determină epuizare, suferință și eșec;
- obligarea copilului să efectueze activități prelungite (scris, citit, socotit);
- privarea de joc;
- ignorarea nevoilor emoționale;
- implicarea copilului în activități fizice epuizante;
- etichetarea, jignirea, umilirea;
- transformarea copilului în dădacă pentru frații mai mici;
- insecurizarea materială (lipsa hranei, rechizitelor, hainelor) și afectivă (reproșuri, ceartă, lipsă de comunicare),
- necunoașterea prietenilor, preocupărilor, abilităților și dorințelor copilului.

ANEXA 6. Activități în grupul de consiliere pentru părinți

(Adaptare după Agenția Națională Antidrog - Ghid de bune practici pentru consilierii școlari [2])

Nevoile copilului. Părinți sunt informați cu privire la dezvoltarea somatică, psihică și socială a copiilor aflați la nivelul de vârstă al celor incluși în program, utilizând materialul prezentat anterior. Terapeutul încurajează discuții cu privire la particularitățile copiilor, răspunde la întrebările părinților sau îi invită pe ceilalți membri ai grupului să ofere răspunsuri.

Copiii învață ceea ce trăiesc. Părinții sunt rugați să citească poezia scrisă de Dorothy Law Nolte (sau li se proiectează pe un ecran), după care sunt invitați să discute ce au trăit când au citit-o, ce comportament ar dori să schimbe în relația cu copilul

- Dacă trăiesc în critică și cicăleală, copiii învață să condamne;
- Dacă trăiesc în ostilitate, copiii învață să fie agresivi;
- Dacă trăiesc în teamă, copiii învață să fie anxioși;
- Dacă trăiesc înconjurați de milă, copiii învață autocompătămirea;
- Dacă trăiesc înconjurați de ridicol, copiii învață să fie timizi;
- Dacă trăiesc în gelozie, copiii învață să simtă invidia;
- Dacă trăiesc în rușine, copiii învață să se simtă vinovați;
- Dacă trăiesc în încurajare, copiii învață să fie încrezători;
- Dacă trăiesc în toleranță, copiii învață răbdarea;
- Dacă trăiesc în laudă, copiii învață prețuirea;
- Dacă trăiesc în acceptare, copiii învață să iubească;
- Dacă trăiesc în aprobare, copiii învață să se placă pe sine;
- Dacă trăiesc înconjurați de recunoaștere, copiii învață că este bine să ai un țel;
- Dacă trăiesc împărțind cu ceilalți, copiii învață să fie generoși;
- Dacă trăiesc în onestitate, copiii învață respectul pentru adevăr;
- Dacă trăiesc în corectitudine, copiii învață să fie drepecți;
- Dacă trăiesc în bunăvoință și considerație, copiii învață respectul;
- Dacă trăiesc în siguranță, copiii învață să aibă încredere în ei și în ceilalți;
- Dacă trăiesc în prietenie, copiii învață că e plăcut să trăiești pe lume.

Children see, children do. Este proiectat clipul educațional, după care părinții sunt provocați să identifice comportamentele imitative ale copiilor și să găsească modalitatea prin care pot oferi acestora exemple pozitive.

Ce fel de părinte sunt?. Părinții sunt rugați să-și imagineze următoarea situație: „Copilul dvs. a fost prins de către profesorul de serviciu bătând un coleg. Acesta vă sună și vă invită la școală ca să vă spună ce a făcut copilul. Cum reacționați?”.

1. *Îmi pedepsesc imediat copilul și îi trag o bătaie zdravănă, ca să se învețe minte și să nu mai bată altădată copiii, să vadă și el ce înseamnă să fii bătut. Îl ameninț cu o pedeapsă și mai mare dacă mă mai face de rușine. Îi spun că e un nerușinat, un derbedeu, îl fac în toate felurile, ca să-i intre bine în cap și să nu mai facă așa ceva.*

2. *Mă preocup dacă copilul este bine, dacă a fost cumva rănit în bătaie. Eventual îl duc la doctor să îi facă un consult amănunțit și să mă asigur că nu are nimic... De ce s-a luat la bătaie? O fi și vina mea că nu l-am supravegheat suficient? Discut cu copilul și sunt de acord să îl iert de data aceasta, pentru că a fost prima oară.*

3. *Îi spun „Nerușinatule! Te aduc eu pe calea cea bună!”, și întrucât fapta este foarte gravă, nu mai stau la discuții cu el și îl pedepsesc 3 luni fără bani de buzunar. A doua zi, pentru că a luat o notă bună la școală, îl iert pentru ce a făcut cu o zi înainte și îi dau bani să-și cumpere ceva, pentru a-l încuraja să învețe și mai bine.*

4. *Nu a făcut mare lucru. Exagerează profesorii. Toți copiii fac prostii din când în când și e mai bine să-i bată el pe alții decât să vină el acasă bătut. Așa învață să se descurce în viață. Voi discuta altă dată cu copilul pentru că am atâtea probleme, că numai de asta nu-mi ardea mie acum.*

5. *Vorbesc cu copilul față în față, acasă, în liniște, încercând să înțeleg ce anume l-a determinat să ajungă la bătaie. Încerc să îi înțeleg motivele, după care îi voi spune că acestea nu îi dau dreptul să lovească pe cineva. Vom căuta împreună argumente care fac acest comportament inacceptabil. După aceasta, îi stabilesc o pedeapsă rezonabilă, (după faptă și răsplată) pe măsura greșelii și îi voi spune că e de datoria lui să vorbească cu celălalt copil, să-și ceară scuze dacă a greșit și să se împace.*

Părinții sunt rugați să bifeze varianta de răspuns care se potrivește cel mai bine cu ceea ce ar face în situația prezentată. După alegerea variantei de răspuns, rugăm părinții să se grupeze în funcție de opțiunile lor (cei care au bifat în dreptul lui 1 - o grupă, în dreptul lui 2 - altă grupă etc.) și le solicităm să identifice care sunt consecințele stilului lor parental asupra educației copilului (avantaje și dezavantaje). Apoi, fiecare echipă va prezenta pe scurt concluziile sale grupului. Terapeutul va interveni pentru a puncta eventualele avantaje sau dezavantaje care nu au fost menționate, concluzionând care sunt cele 5 stiluri parentale:

1. *Părintele hiperautoritar. Controlează tot timpul copilul, fără a-l sprijini suficient, îl sancționează, îl critică și îl ceartă pentru orice greșală, oricât de mică. Vrea să ajungă cineva*

în viață, așa că nu trebuie să-i iasă din cuvânt. Copilul trebuie să respecte tot ce a stabilit părintele că altfel e pedepsit aspru. Prin centrarea excesivă a părintelui pe reguli și norme, acest stil parental conferă părintelui o falsă impresie de confort și siguranță. Copilul este timid, fricos, nu are inițiativă, nu prea știe să comunice cu ceilalți. Îi este frică de eșec, îi e teamă să nu dezamăgească și trăiește cu convingerea că ar fi putut să facă lucrurile mai bine. Dacă e criticat permanent, copilul va greși, va eșua și nu va avea încredere în propriile forțe, simțindu-se mai slab, mai nepregătit decât ceilalți copii. Relația dintre părinte și copil este unidirecțională, ca un drum cu sens unic!

2. *Părintele hiperprotectiv.* Oferă copilului sprijin în toate situațiile, chiar și când ar trebui să-l lase să se descurce singur. Răsfață exagerat copilul, este posesiv și exagerat de implicat în viața acestuia. Îi este foarte frică de un pericol care s-ar putea să apară în orice moment în care copilul nu e supravegheat. De multe ori este nehotărât, neștiind care e cea mai bună decizie pentru copilul său. De obicei mama are acest rol, influențând dezvoltarea armonioasă a personalității copilului. Copilul va deveni tot mai dependent de adulții din jur, mai fricos când va fi confruntat cu situații și experiențe noi și mai puțin dornic să facă ceva singur. Dacă e lăsat să-și asume responsabilități, va fi incapabil să devină un adult responsabil, va avea o slabă încredere în forțele proprii și în ceilalți. Relația dintre părinte și copil este controlată numai de părinte!

3. *Părintele inconsecvent* Când controlează excesiv copilul, când îl lasă de capul lui, acum îl ceartă și îl pedepsește, iar după 5 minute îi pare rău că l-a certat și îl iartă. Copilul este foarte stresat, este confuz și se teme în permanență că va greși. Copilul se adaptează cu greu și confundă deseori realitatea cu fantezia. Relația dintre părinte și copil este foarte fragilă, ca un drum cu suișuri și coborâșuri.

4. *Părintele dezinteresat, indiferent.* Nu controlează copilul și nici nu-l protejează. Consideră că oricum copilul se descurcă și singur. Copilul ia singur decizii, nu știe cum să își controleze comportamentul, are un autocontrol slab, poate avea probleme de sănătate. Relația dintre părinte și copil este inexistentă, fiecare face ce vrea!

5. *Părintele democrat.* Controlează suficient copilul fixând reguli clare, sprijină copilul și îl încurajează să fie independent, discută acțiunile cu copilul. Copilul știe să se descurce singur, are deprinderi sociale, este încrezător în forțele proprii, este responsabil. Relația dintre părinte și copil este stabilă și bine sudată!

Comunicarea eficientă cu copilul. Părinților li se prezintă următoarea situație: "Primiți un telefon de la doamna dirigintă care vă spune că l-a prins pe copilul dvs. fumând în curtea

școlii, în timpul unei ore de curs. Cum reacționați?". Răspunsurile sunt centrate pe o foaie de flipchart. Tipuri de răspunsuri posibile:

1. „Tu întotdeauna îmi faci probleme”, „tu niciodată nu ești cuminte”, „nici nu înveți, nici nu ajuți în casă, nu faci nimic!” (generalizare).

2. „Ești un chiulangiu și un derbedeu (este criticată persoana în loc să fie criticat comportamentul).

3. Strig, ridic vocea pentru a mă impune, pentru a mă face auzit.

4. „Nenorocitul, numai prostii faci, ești un nemernic, vin la școală și te fac de râs în fața clasei...” (Copilul este acuzat, insultat, făcut de rușine, amenințat).

5. „Eu știu că tu chiulești tot timpul de la școală ca să fumezi cu toți golarii de pe stradă...” (a ghici, a face presupuneri).

6. „Până și tu ai putut să o faci. Nici nu te-a dus mintea să te ascunzi. Cum de numai pe tine te prinde că faci prostii?” (sarcasm sau ironie).

Părinți sunt rugați să identifice comportamente alternative. În cazul în care nu reușesc, sunt ajutați de terapeut:

1. Definim clar motivul discuției: „Doamna dirigintă m-a sunat și mi-a spus că ai fumat în curtea școlii în timpul unei ore de curs. Tu ce poți să îmi spui despre acest lucru?” Ascultăm ce are copilul de spus.

2. Menționăm cum așteptăm să se comporte copilul. De exemplu: „Știi că am stabilit împreună că nu ai voie să fumezi și nici să lipsești de la ore”

3. Tratăm un singur subiect de fiecare dată, centrându-ne pe prezent. Nu amestecăm subiectele. Nu reproșăm alte comportamente ale copilului, care ne-au deranjat în trecut, evităm să cădem într-o „avalanșă” de învinuiri. De exemplu, nu îi reproșăm notele mici pe care le are.

4. Utilizăm persoana întâi pentru a ne referi la problemă, explicând cum ne simțim: „Sunt foarte dezamăgit (furios, îngrijorat) de faptul că ai lipsit de la ore și ai fumat”.

5. Verificăm dacă suntem înțeleși de copil. În cazul în care nu ne-a înțeles bine, vom explica același lucru, cu alte cuvinte.

6. Încurajăm copilul să își exprime punctul de vedere sau opinia.

Managementul conflictelor în familie. Participanții sunt rugați să se gândească la ultimul conflict (ceartă) din viața personală, familială sau socială în care au fost implicați, și să completeze o fișă de răspuns cu 4 ferestre: Cu ce am generat eu conflictul? Cu ce a generat celălalt conflictul? Cu ce am contribuit eu la rezolvarea conflictului? Cu ce a contribuit celălalt la rezolvarea conflictului? Consilierul solicită părinților să încerce să analizeze conflictul nu numai din perspectiva personală, ci și din perspectiva celeilalte persoane implicate.

În continuare, terapeutul prezintă părinților următoarea situație: "Mama ajunge acasă deja nervoasă din cauza faptului că a avut o discuție aprinsă la serviciu. Intrând în casă, constată că fiul său nu și-a făcut lecțiile, pentru că s-a jucat la calculator de când a venit de la școală, iar în camera sa este o dezordine de nedescris. Se înfurie, reproșându-i copilului că niciodată nu este în stare să facă ceva decât împins de la spate, că întotdeauna lasă pe ultimul moment temele sau curățenia din cameră, că așa este el mereu, un copil rău și neascultător, care o va face pe ea să se îmbolnăvească. Copilul, la rândul său ripostează, țipând că toată ziua îl cicălește, că nici ea nu este mereu lângă el să vadă și lucrurile bune pe care le face, de exemplu când a spălat vasele lăsate în chiuvetă. Conflictul degenează și copilul iese plângând din cameră".

Folosind trei scaune goale așezate în mijlocul încăperii, pe fiecare fiind scris „Mama”, „Copilul”, „Observatorul”, consilierul solicită un voluntar, care se mută pe rând pe fiecare din scaune și spune cum vede situația din perspectiva fiecărui personaj implicat, dar și dintr-o perspectivă neutră, cea a observatorului detașat care îi vede pe cei doi certându-se, cum se simte, ce ar gândi. Solicităm mai multe opinii și perspective diferite.

În final, se discută cu participanții ce comportamente ale mamei au dus la creșterea conflictului și ce ar putea face într-o situație asemănătoare pentru a diminua sau preveni creșterea intensității conflictului.

Reguli și pedepse. Consilierul discută cu participanții rolul regulilor și modul în care acestea sunt stabilite:

1. La început se stabilim o singură regulă. După ce copilul o înțelege și o respectă, mai putem introduce o nouă regulă, astfel încât să nu încărcăm copilul impunând brusc o serie de reguli noi.

2. Precizăm clar și explicăm copilului motivele pentru care este necesar să stabilim o regulă. Motivele trebuie să fie bine justificate, să nu fie arbitrare („uite-așa” sau „de-aia”), să nu se bazeze pe autoritate („pentru că așa spun eu care sunt tatăl tău”) și nici pe tradiție („pentru că așa e bine”).

3. Stabilim regula împreună cu copilul și luăm în considerare posibilitatea de a o negocia sau modifica, dacă aduce argumente suficiente. Totuși, dacă nu suntem de acord, ca părinți, ne asumăm responsabilitatea în educația copilului și impunem regulile pe care le considerăm potrivite.

4. Explicăm încă o dată copilului regula stabilită.

5. Stabilim împreună ce sancțiuni primește dacă încalcă regula.

6. Odată fixate, regulile nu se schimbă și respectarea lor este urmărită consecvent și permanent, pe cât posibil de ambii părinți. De asemenea, în cazul în care copiii nu respectă o regulă, ar fi de preferat ca ambii părinți să aplice sancțiunea prevăzută pentru încălcarea regulii. Nu pedepsim copilul de două ori pentru aceeași greșeală.

7. În cazul încălcării regulii aplicăm de fiecare dată pedeapsa stabilită!

8. Nu schimbăm regulile decât atunci când nu mai sunt valabile! Astfel, ora la care se poate întoarce acasă, timpul de joacă și de odihnă sau timpul alocat studiului trebuie să varieze și în funcție de vârsta copilului. Însă, nu pot fi schimbate în fiecare săptămână! Un semestru cel puțin sau un an școlar reprezintă o perioadă rezonabilă de valabilitate.

Terapeutul solicită prezența a doi voluntari care să joace rolul de tată sau mamă și fiu sau fiică și să reprezinte modul în care se comunică regula și sancțiunea într-o situație cu care s-au confruntat recent în familie. Cel care interpretează rolul copilului trebuie să încerce să se comporte așa cum crede că ar reacționa propriul copil. În final, celelalte persoane din grup vor aduce critici constructive. Dacă este necesar, scenariul poate fi repetat cu o altă diadă părinte-copil.

Sanctiuni. Consilierul discută cu participanții modul în care se stabilește și se aplică o sancțiune. Deși copiilor le sunt impuse reguli bine justificate, adaptate la comportamentul acestora, cu care și ei au fost de acord, uneori aceștia nu le respectă. Deși acest lucru este normal până la un punct, trebuie să fie sancționați de fiecare dată când încalcă o regulă. Dacă nu vor fi sancționați de fiecare dată, copiii vor fi și mai tentați să încalce regulile. Niciunui părinte nu îi face plăcere să își pedepsească copilul. Așa că, deseori, copilul nu este pedepsit dacă nu respectă o regulă, iar atunci când se văd obligați să o facă, părinții improvizează devenind inconsecvenți (o dată este pedepsit, altă dată nu, pentru același comportament) sau impunând pedepse foarte aspre. Atunci când este stabilită o regulă împreună cu copiii, este necesar să fie stabilită și pedeapsa pe care o primește în cazul în care o încalcă. Până nu demult se obișnuia lovirea copiilor atunci când trebuiau pedepsiți, atât acasă cât și la școală. Astăzi, la școală acest lucru, de obicei, nu se mai întâmplă; totuși, în multe familii, părinții continuă să aplice pedepse fizice copiilor. Din punct de vedere educativ, această modalitate de a corecta comportamentul copilului nu este indicată, deoarece: îl învață pe copil să folosească el însuși forța și violența fizică atunci când vrea să obțină ceva sau când dorește să-și rezolve conflictele cu ceilalți; poate avea consecințe negative, mai ales când părinții sunt foarte nervoși și nu se pot controla, atât pentru copil (leziuni grave, resentimente, tulburări emoționale etc.), cât și pentru părinți (remușcări, respingere socială, probleme juridice).

Când se stabilește o pedeapsă corespunzătoare încălcării unei reguli, este bine să se țină seama de următoarele:

1. Se aplică pedepse mici, de fiecare dată când se încalcă regula. Este mai eficient și mai ușor de realizat să se aplice pedepse mici, în mod consecvent (întotdeauna atunci când copilul are un comportament greșit), decât să se aplice pedepse severe în mod inconsecvent (o dată da, o dată nu).

2. Se aplică pedepse pe măsura gravității comportamentului. Ca să nu devină un abuz asupra copilului, intensitatea pedepsei trebuie să fie pe măsura gravității comportamentului pedepsit.

3. Se stabilește pedeapsa în funcție de comportamentul problemă. Acest lucru arată copiilor legătura dintre comportamentul problemă și consecințele acestuia (dacă... atunci...). De asemenea, pedeapsa are o mai mare valoare educativă, este mai ușor de înțeles și de acceptat de către copil.

4. Nu sunt pedepsiți în plus și alți membri ai familiei. Unele pedepse care pot fi impuse copiilor sunt de asemenea o pedeapsă pentru părinți și pentru ceilalți membri ai familiei. O pedeapsă de două săptămâni de stat în casă poate fi un chin și pentru părinți. Curând vor apărea rugăminți insistente, promisiuni de schimbare, discuții, negocieri.

5. Se urmărește eficiența pedepsei și nu revanșa. Pedepsirea unui comportament greșit ajută la corectarea comportamentului copilului. O pedeapsă a fost eficientă dacă se reduc consecințele sau se evită repetarea comportamentului, fără ca pedeapsa să aibă consecințe negative și nici „dureroase” pentru copil. Este suficient să fie doar „nerecompensatoare”.

Retragerea sau limitarea unui privilegiu (sau a accesului la un lucru apreciat) este o bună metodă de a asocia consecințe „nerecompensatoare” pentru încălcarea regulilor de către copii. Evident, privilegiul retras sau limitat trebuie să fie în funcție de controlul părinților și să fie suficient de apreciat de copii.

Când se comunică pedeapsa copilului, este important să se țină cont de următoarele aspecte:

1. Discuția se face cu un ton ferm, dar calm.
2. Dacă părintele observă că nu va respecta regula stabilită (se face târziu și încă nu a început să învețe, se apropie ora mesei și nu pune masa etc.), îi va da copilului două sau trei avertismente înainte de a-l pedepsi.
3. Se reamintește copilului regula și pedeapsa pentru încălcarea regulii stabilite.
4. Se aplică pedeapsa.
5. Nu se acceptă discuții și negocieri.

Este important ca părinții să pedepsească copiii de fiecare dată când încalcă regulile. Dar când copiii dau dovadă de responsabilitate și respectă regulile stabilite, trebuie să fie încurajați, să fie întărit comportamentul pozitiv, în special prin laudă și recunoaștere verbală. Recompensa materială trebuie să fie aplicată cu moderație, iar părintele trebuie să încerce să găsească și alte modalități de a recompensa faptele bune ale copilului.

Câteva modalități de a recompensa comportamentele dezirabile ale copiilor și respectarea regulilor stabilite de comun acord sunt:

- planul de recompensare cu puncte sau buline de diferite culori sau jetoane: copilul primește un punct sau jeton dacă a respectat regula și i se retrage punctul sau jetonul în caz contrar;

- transformarea jetoanelor sau punctelor în ceva ce-și dorește copilul, cum ar fi de exemplu, pentru 10 puncte acumulate copilul primește un bilet la film sau, împreună cu părinții, copilul își cumpără obiectul vestimentar dorit.

- asocierea comportamentelor dezirabile de către părinte cu o listă a dorințelor copilului; sunt importante recompensele mici care pot fi acordate frecvent (nu doar recompense materiale), cum ar fi întărirea sub forma unor facilități, activități plăcute, în aer liber, jocuri comune.

- fixarea numărului de puncte sau jetoane necesar unor recompense suplimentare, de exemplu pentru o bicicletă sau excursie sunt necesare un număr dublu de jetoane;

- realizarea unei liste cu dorințele copilului pentru o perioadă determinată de timp (un an școlar), precum și stabilirea punctajului sau numărului de jetoane pentru satisfacerea dorinței.

ANEXA 7. Activități pentru psihoterapia de familie

Deblocare și comunicare corporală [83]. Se lucrează în diade copil-părinte. Un membru al diadei va fi o oglindă care va reflecta imaginea celuilalt, va face toate gesturile și mișcărilor acestuia. Apoi rolurile se inversează.

Expresivitatea emoțională [83]. Se lucrează în diade copil-părinte. Copilul exprimă prin tot corpul, fără a folosi limbajul verbal, diferite stări emoționale precum bucurie, tristețe, furie etc., iar părinții ghicesc ce stare exprimă aceștia și răspund utilizând limbajul non-verbal. Apoi se inversează rolurile.

Desenul familiei. Toți membrii familiei sunt rugați să creeze împreună un desen al propriei familii. Ei vor putea conștientiza rolul în sistemul familial, relația mai mult sau mai puțin apropiată cu fiecare dintre membrii familiei.

Decentrarea emoțională și redescoperirea celuilalt [83]. Terapeutul propune participanților o inversiune de rol: copiii să devină părinți și părinții, copii. Pentru a-și intra cât mai bine în rol se pot folosi diverse materiale din dotarea cabinetului: măști, ochelari, baston etc. "Copiii" au sarcina de a-i pune pe "părinți" în situații cât mai dificile, iar aceștia trebuie să găsească mijloacele necesare de a depăși situația creată. În final sunt evaluate și discutate modurile în care fiecare și-a jucat rolul și trăirile de pe parcursul exercițiului.

Regulile familiei [139]. Terapeutul cere membrilor familiei să noteze toate regulile familiei lor, fără a discuta dacă sunt corecte sau nu sau dacă sunt respectate. După ce a fost realizată o listă cu regulile familiei, participanții încearcă să descopere care dintre acestea sunt încă valabile și care nu. În cazul în care descoperă că o regulă este "demodată", li se propune să încerce să renunțe la ea și să o înlocuiască cu una mai adecvată momentului. Apoi, participanții se vor gândi cine stabilește regulile în familia lor, o persoană sau mai multe, de unde sunt luate regulile etc.

Sculptura familială [83]. Participanților li se propune să alcătuiască un grup statuar, astfel încât să se evidențieze percepțiile fiecărui membru despre propria familie. După alegerea poziției, participanții sunt rugați să analizeze cum se simt, ce simt față de partenera/partenerul lor, ce pot face în poziția aleasă, ce nu pot face, ce simt nevoia să facă. Terapeutul le propune o serie de variante:

1. Poziția "Facem față lumii împreună". Cei doi soți stau spate în spate, cu brațele înlănțuite. Privesc fiecare în jur, înfruntând lumea. Dacă unul dintre ei dorește să se miște, o poate face, cu condiția să nu dea drumul la mâini. Copilul sau copiii sunt invitați să se alăture grupului statuar, ocupând propriul loc. Participanții sunt provocați să își imagineze cum ar fi

dacă unul dintre ei ar vrea, de exemplu, să se așeze. Ei vor conștientiza că, deși, aparent, se simt protejați, poziția aleasă îi ține în lanțuți și se simt inconfortabil.

2. Poziția "stăpân-sclav". Este utilă pentru conștientizarea raporturilor dominare-submisie în relația maritală. Soția stă în picioare pe un scaun, cu un picior sprijinit pe spatele soțului, care stă în patru labe. După ce se autoobservă, schimbă rolurile. Copiii se își găsesc și ei propriul loc în grupul statuar. Participanții conștientizează că, dacă soțul supus încearcă să se târască în patru labe, efectul este destabilizarea celui dominator, care poate cădea de pe scaun. Ambii conștientizează cât de puțin se văd unul pe celălalt.

3. Poziția "Tu și numai tu". Stând față în față, cu brațele în lanțuite, ambii parteneri conștientizează relația excesiv de posesivă, fără limite personale, fără posibilitatea de a face ceva pe cont propriu.

4. Poziția "În cărca dragonului". Soțul stă în picioare, drept, iar soția stă în spatele lui, cu brațele înconjurându-i gâtul și pieptul. Dacă, la început, el poate să se simtă mândru și puternic, în timp sigur îi va fi din ce în ce mai greu. De asemenea, ea va constata că, dacă vrea să schimbe direcția, va trebui să își schimbe poziția. Partenerii pot inversa rolurile.

5. Poziția "Ne sprijinim unul pe celălalt". Partenerii stau față în față, sprijinindu-se reciproc pe palme. Dacă unul dintre ei dorește să se miște, celălalt riscă să cadă.

6. Poziția "Pe un piedestal". Soțul este așezat pe un scaun, iar soția la picioarele lui, pe podea. După ce își explorează trăirile, schimbă rolurile. Vor observa că nu se pot privi în ochi, nu pot comunica.

7. Poziția "Oscilație liberă". Stând față în față, cei doi parteneri se apropie atât cât le este confortabil. Se ating unul pe altul. Apoi se depărtează ușor și revin în poziția anterioară. Vor constata că este o poziție optimă, fiecare având atât intimitate cât și beneficiu maxim din relația de cuplu.

ANEXA 8. Exemple de profile TSCC și MASC

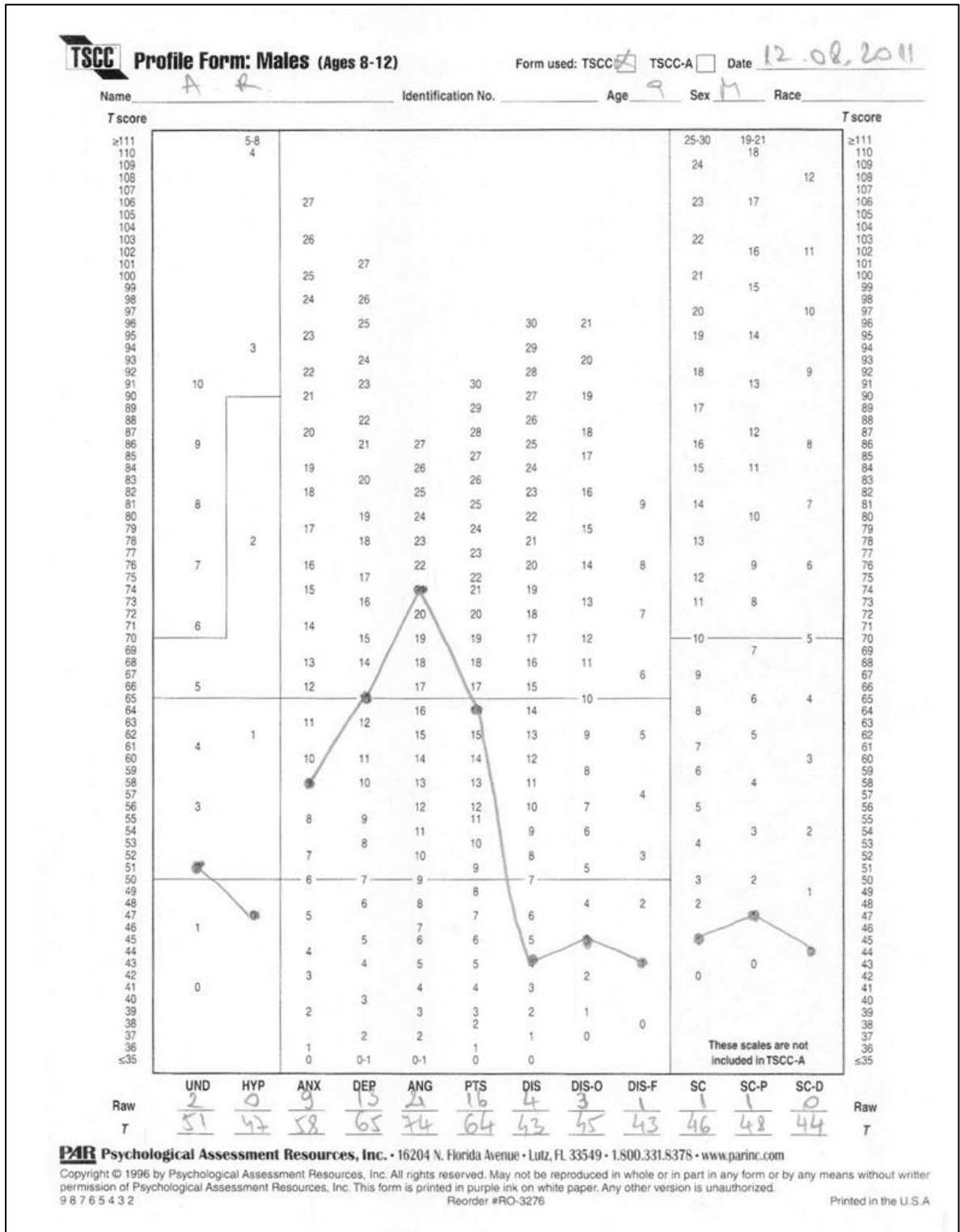
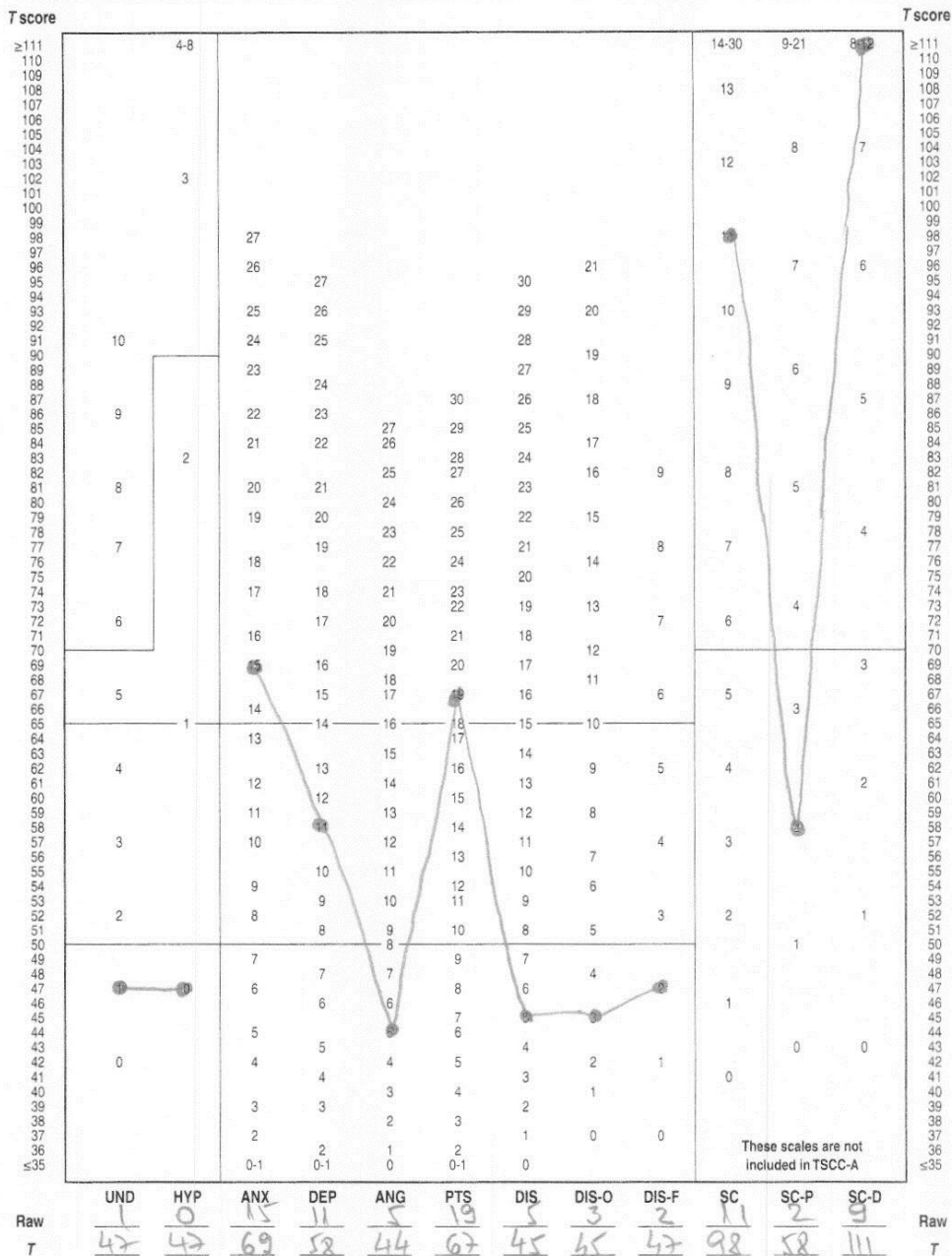


Figura A8.1. Profil TSCC băiat, 9 ani, abuz emoțional

TSCC Profile Form: Females (Ages 8-12)

Form used: TSCC TSCC-A Date 21.06.2010

Name C.T. Identification No. _____ Age 12 Sex F Race _____



PAR Psychological Assessment Resources, Inc. • 16204 N. Florida Avenue • Lutz, FL 33549 • 1.800.331.8378 • www.parinc.com

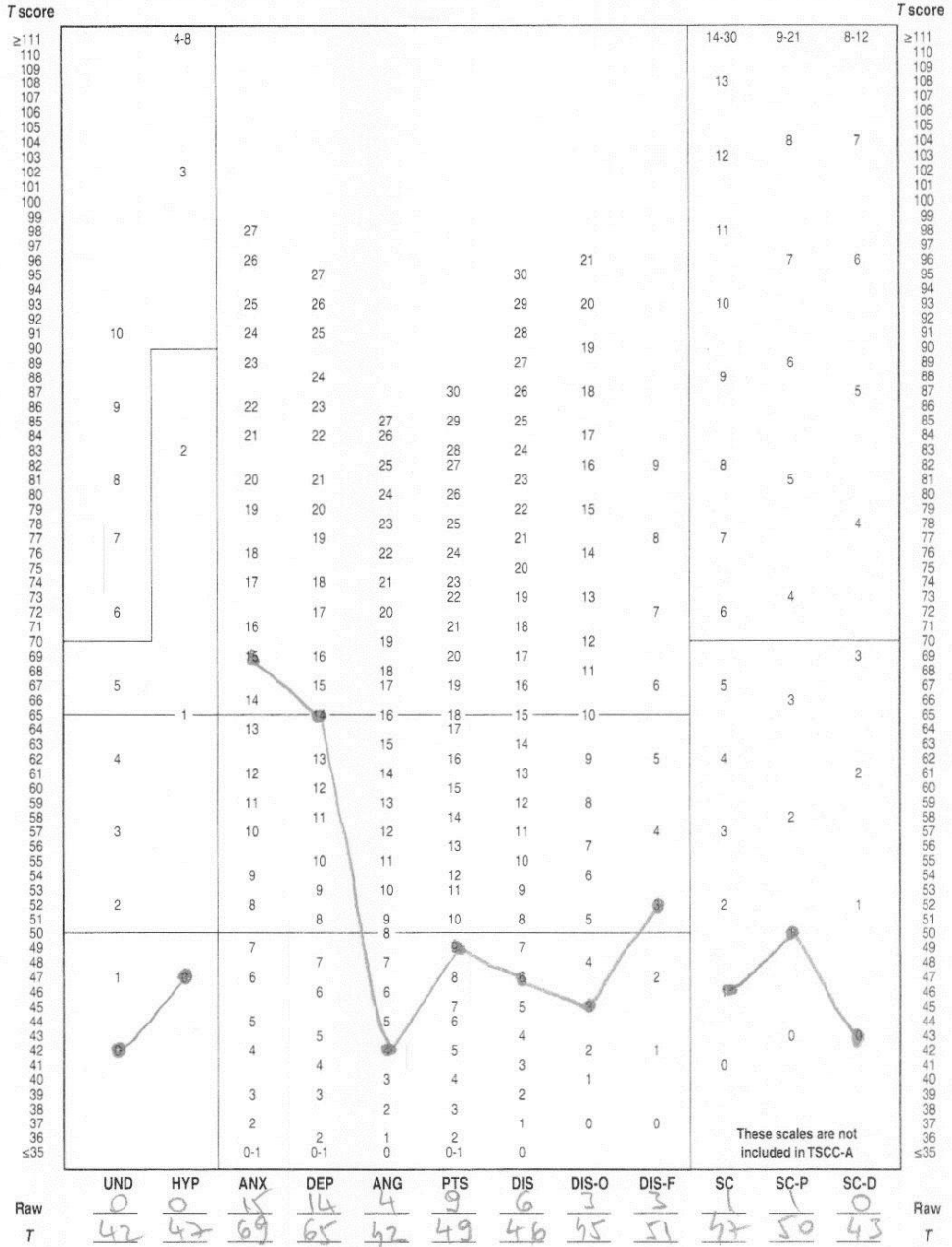
Copyright © 1996 by Psychological Assessment Resources, Inc. All rights reserved. May not be reproduced in whole or in part in any form or by any means with written permission of Psychological Assessment Resources, Inc. This form is printed in teal ink on white paper. Any other version is unauthorized.
9 8 7 6 5 4 3 2 Reorder #RO-3277 Printed in the U.S.

Figura A8.2. Profil TSCC fată, 12 ani, abuz sexual

TSSC Profile Form: Females (Ages 8-12)

Form used: TSSC TSSC-A Date 07.05.2010

Name TS Identification No. _____ Age 8 Sex F Race _____



PAR Psychological Assessment Resources, Inc. • 16204 N. Florida Avenue • Lutz, FL 33549 • 1.800.331.8378 • www.parinc.com
 Copyright © 1996 by Psychological Assessment Resources, Inc. All rights reserved. May not be reproduced in whole or in part in any form or by any means without written permission of Psychological Assessment Resources, Inc. This form is printed in teal ink on white paper. Any other version is unauthorized.
 9 8 7 6 5 4 3 2 Reorder #RO-3277 Printed in the U.S.

Figura A8.3. Profil TSSC băiat, 8 ani, abuz fizic și emoțional

Formularul MASC de trasare a profilului masculin

Pentru grupurile de vârstă, Coloana 1 este pentru intervalul de vârstă 8-11 ani, Coloana 2 este pentru intervalul de vârstă 12-15 ani și Coloana 3 este pentru intervalul de vârstă 16-19 ani.

Scor T	SIMPLOME FIZICE						EVITAREA LEZĂRII						ANXIETATE SOCIALĂ						TOTAL MASC			Indeksi Tulburării Anxioase			Scor T					
	Tensiuni/ Neliniște		Somnol/ Vegetativ		Total		Perfecționism		Coping Anxios		Total		Umbră/ Respirare		Frica de performanță		Total		Separarea/Paraliză			1	2			3				
100	15																	22	25				93-114	100-114				100		
99						29	35																92	99			25	28	99	
98	18							28	34														91	97-98					98	
97				16	18																		90	96	113-114				97	
96	14														15								88-89	95	112	24	27		96	
95								27															87	94	110-111				95	
94	17		15	17				32	36														86	92-93			109		94	
93								26															85	91	107-108	23	26		93	
92				18				31	35														84	90	106				92	
91	13	16						25	30														83-84	89-89	104-105			30	91	
90				14	16					34													82	88-89		103	22	25		90
89				17				24	29	33													81	87	101-102			29	89	
88								18															80	86	100		24		88	
87	12	15						23	28	32													78-79	85	98-99	21			87	
86																							77	83-84					86	
85				16				17	27	31													76	82	97			28	85	
84				14				14	22														75	81	96-96			23	85	
83	11							12		26	30												74	80	94	20		27	84	
82				15				16	21	29													73	79	92-93				83	
81																							72	78	91			22	82	
80																							71	77	89-90	19			81	
79																							70	76	88			26	80	
78																							69	75	86-87			21	79	
77																							68	74	85				78	
76																							67	73	83-84	18		24	77	
75																							66	72	82				76	
74	9																						65	71	81			23	75	
73																							64	70	80-81				74	
72																							63	69	79	17	19		73	
71																							62	68	77-78			22	72	
70																							61	67	76				71	
69	10																						60	66	74-75	16	16		70	
68																							59	65	73			21	69	
67																							58	64	72				68	
66	7	9																					57	63	71	15	17	20	67	
65																							56	62	70				66	
64																							55	61	69				65	
63																							54	60	68				64	
62																							53	59	67				63	
61																							52	58	66				62	
60																							51	57	65				61	
59																							50	56	64				60	
58																							49	55	63				59	
57																							48	54	62				58	
56																							47	53	61				57	
55																							46	52	60				56	
54																							45	51	59				55	
53																							44	50	58				54	
52																							43	49	57				53	
51																							42	48	56				52	
50																							41	47	55				51	
49																							40	46	54				50	
48																							39	45	53				49	
47																							38	44	52				48	
46																							37	43	51				47	
45																							36	42	50				46	
44																							35	41	49				45	
43																							34	40	48				44	
42																							33	39	47				43	
41																							32	38	46				42	
40																							31	37	45				41	
39																							30	36	44				40	
38																							29	35	43				39	
37																							28	34	42				38	
36																							27	33	41				37	
35																							26	32	40				36	
34																							25	31	39				35	
33																							24	30	38				34	
32																							23	29	37				33	
31																							22	28	36				32	
30																							21	27	35				31	
29																							20	26	34				30	
28																							19	25	33				29	
27																							18	24	32				28	
26																							17	23	31				27	
25																							16	22	30				26	
24																														

ANEXA 9. Mostre de desen - Testul Arborelui

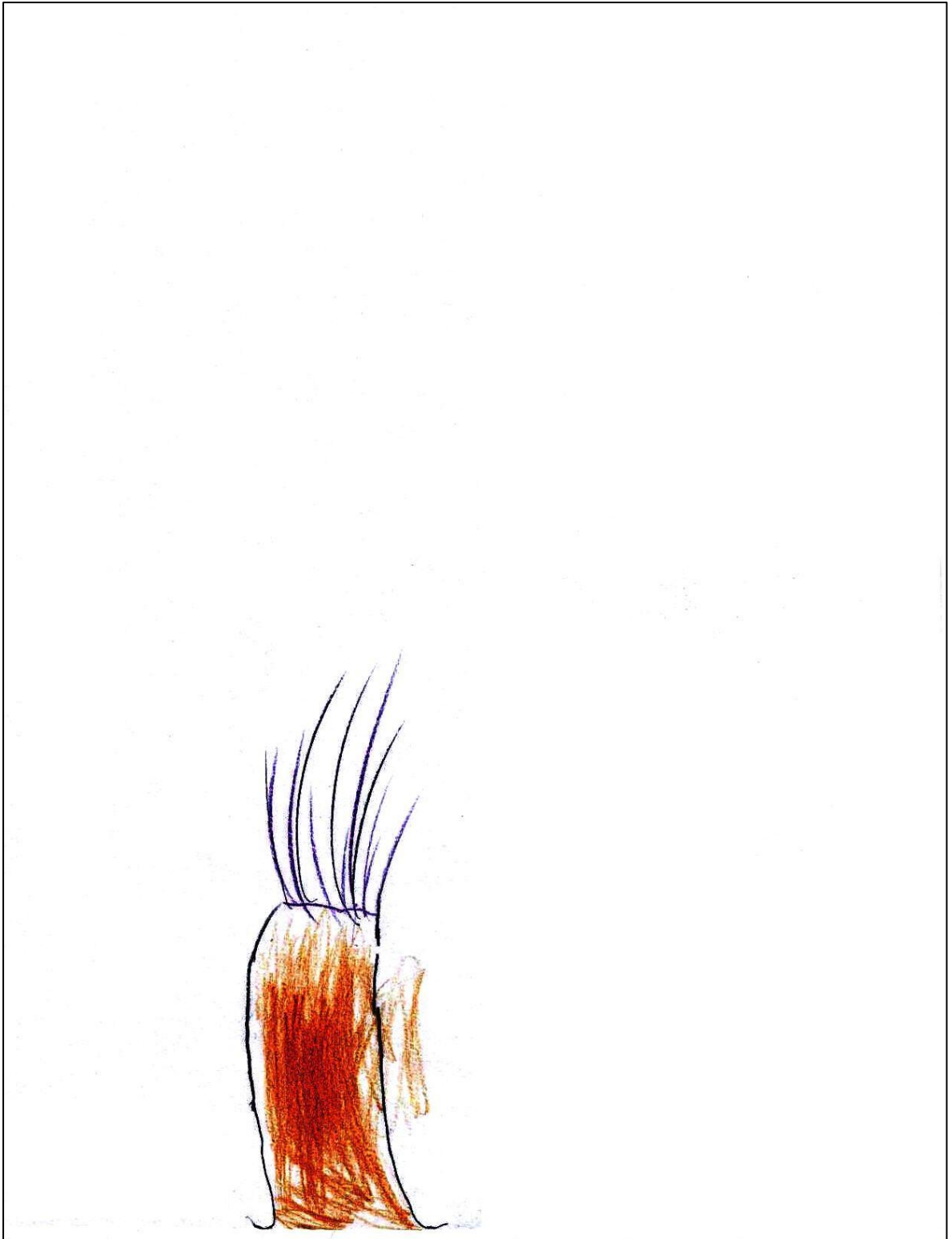


Figura A9.1. Testul Arborelui, copil 9 ani, abuz fizic și emoțional



Figura A9.2. Testul Arborelui, fetița 11 ani, neglijare

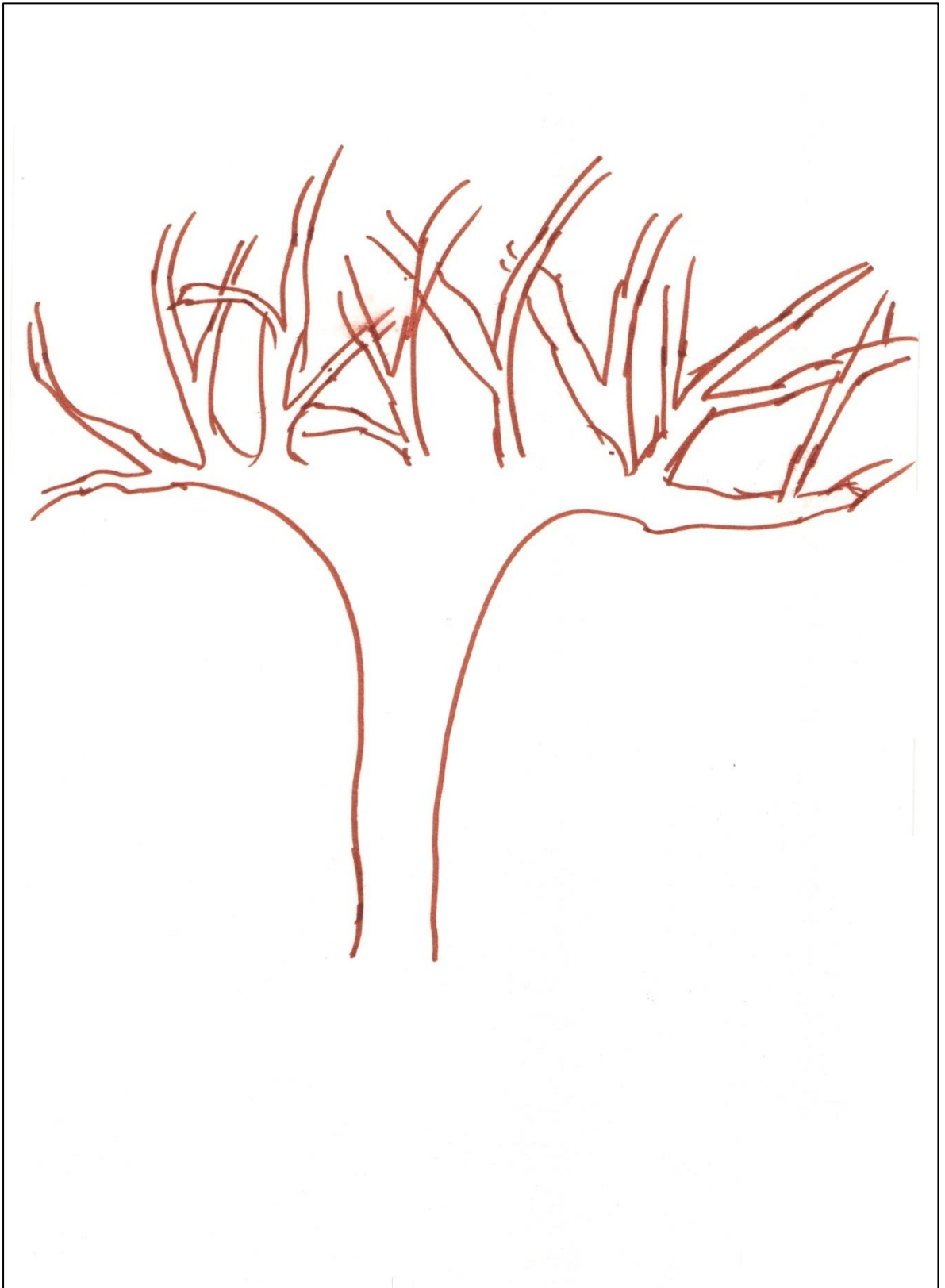


Figura A9.3. Testul Arborelui, fetiță 12 ani, abuz fizic

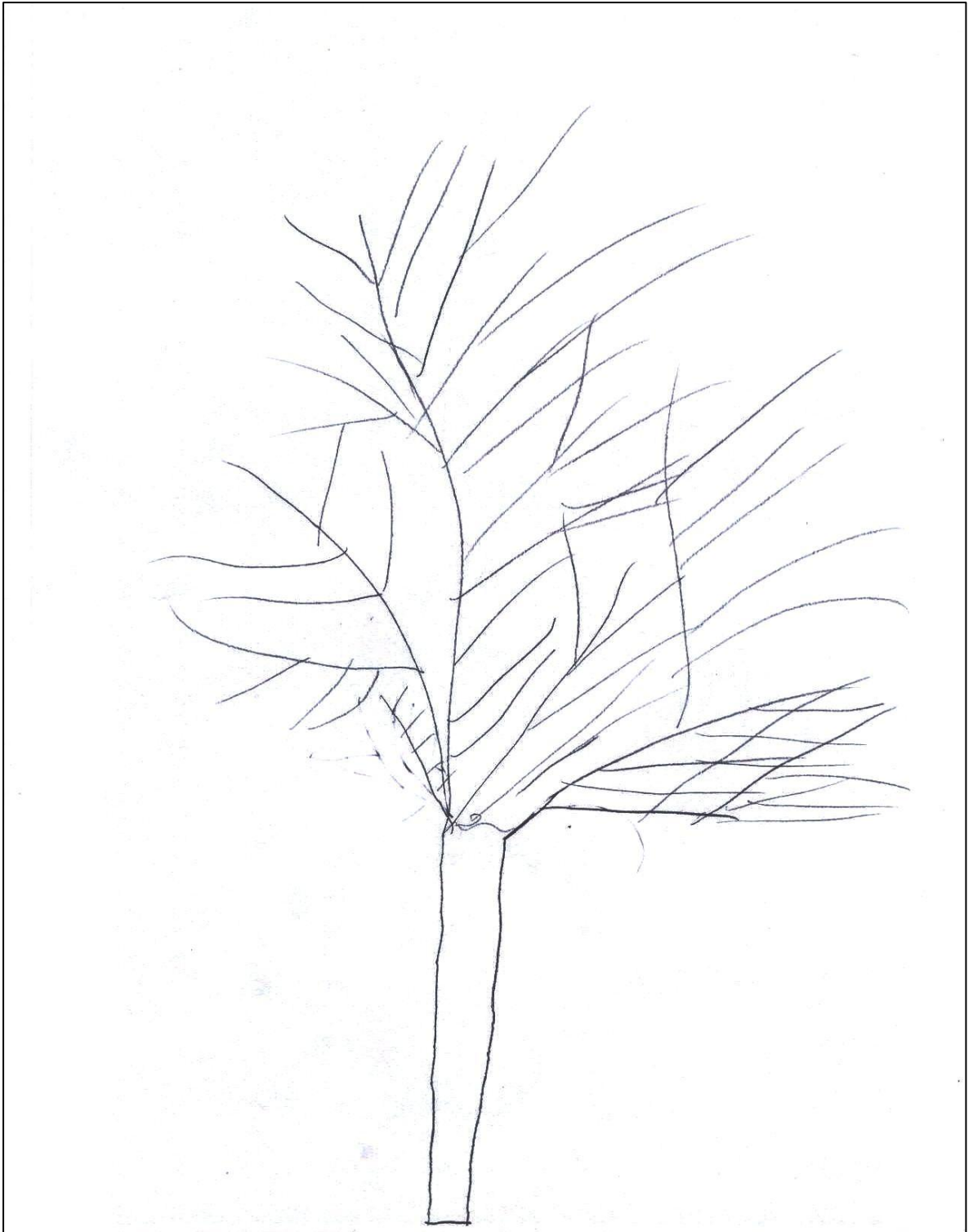


Figura A9.4. Testul Arborelui, băiat 9 ani, abuz emoțional

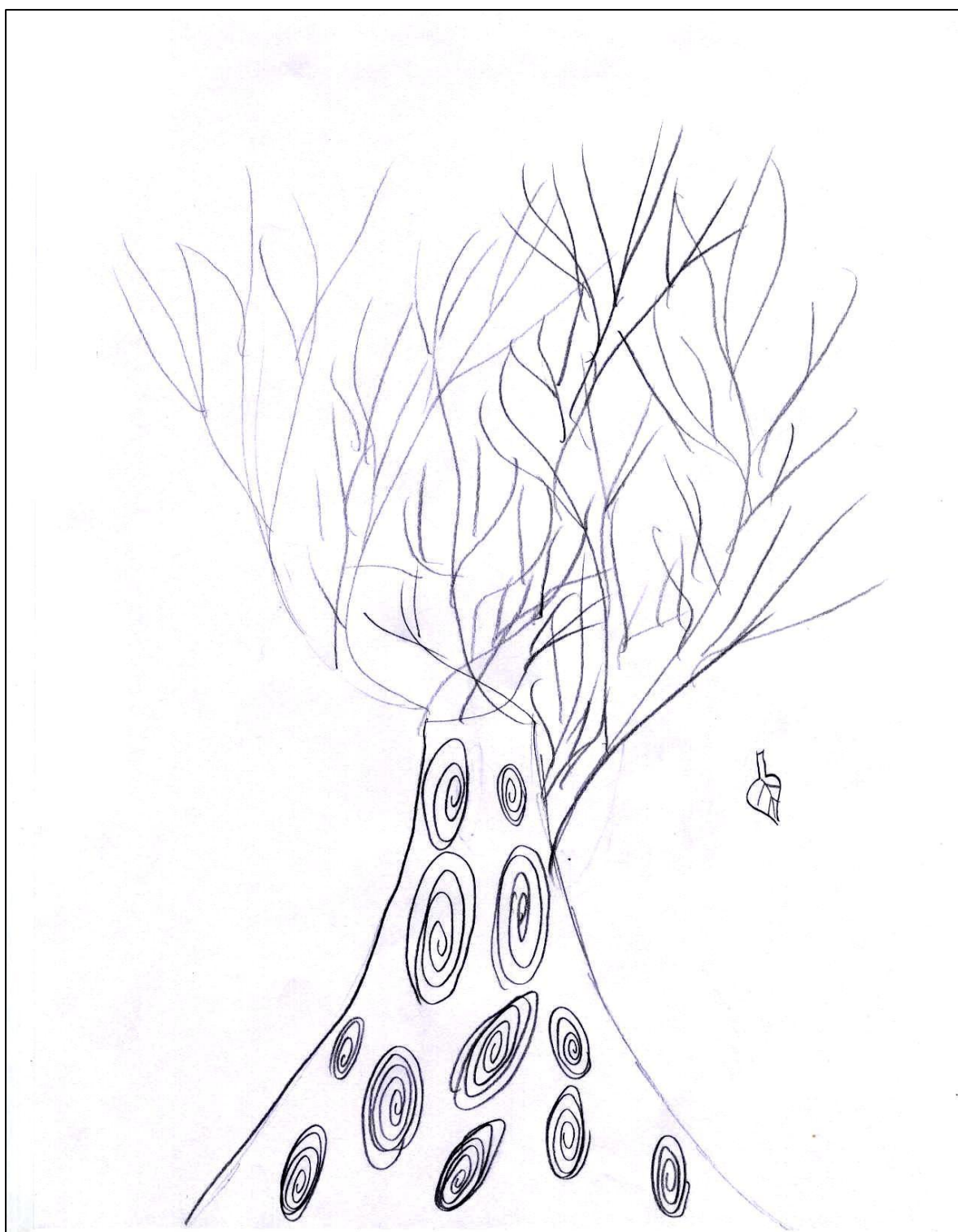


Figura A9.5. Testul Arborelui, fetiță, 9 ani, abuz fizic și emoțional

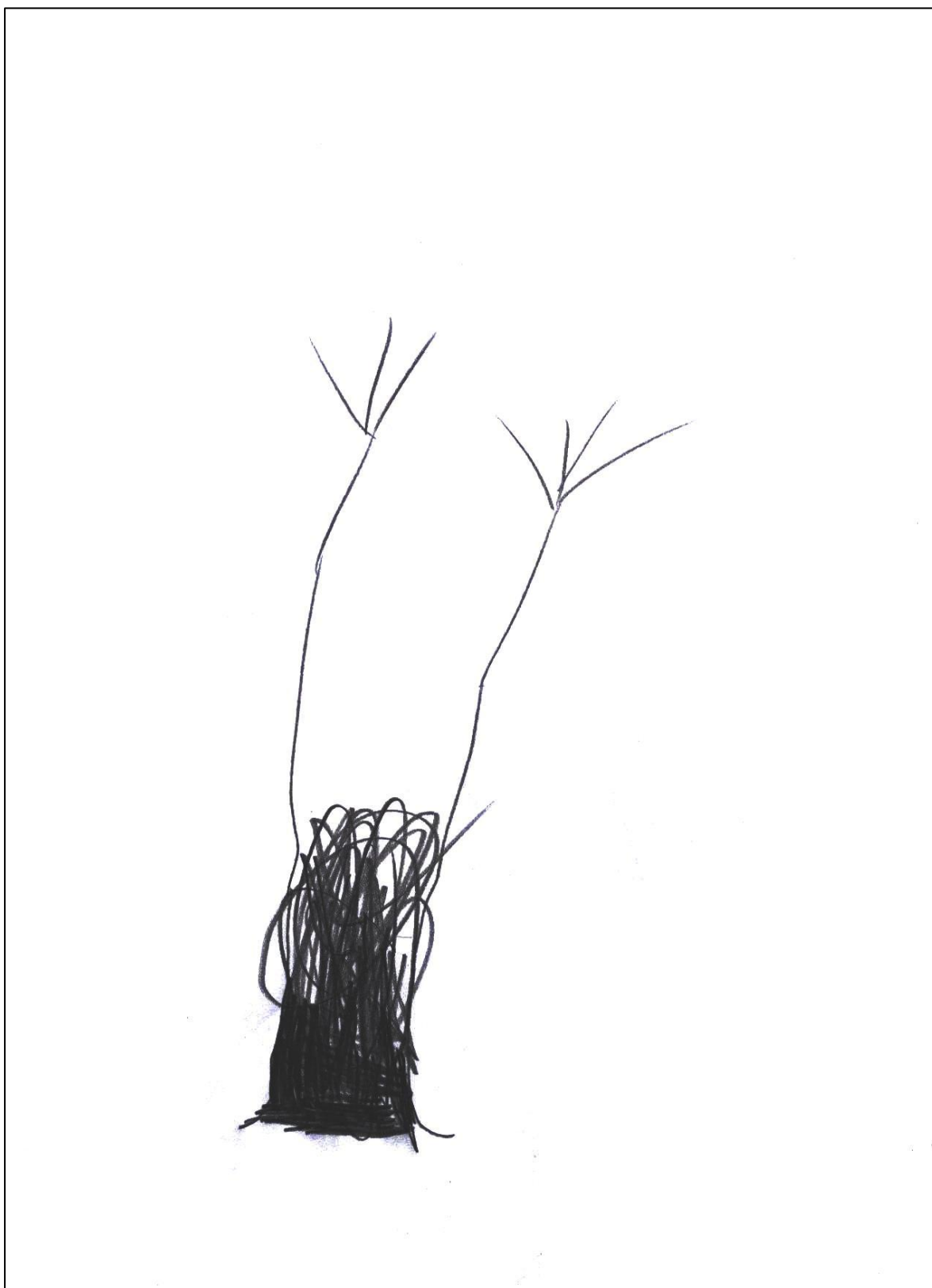


Figura A9.6. Testul Arborelui, băiat 10 ani, abuz fizic

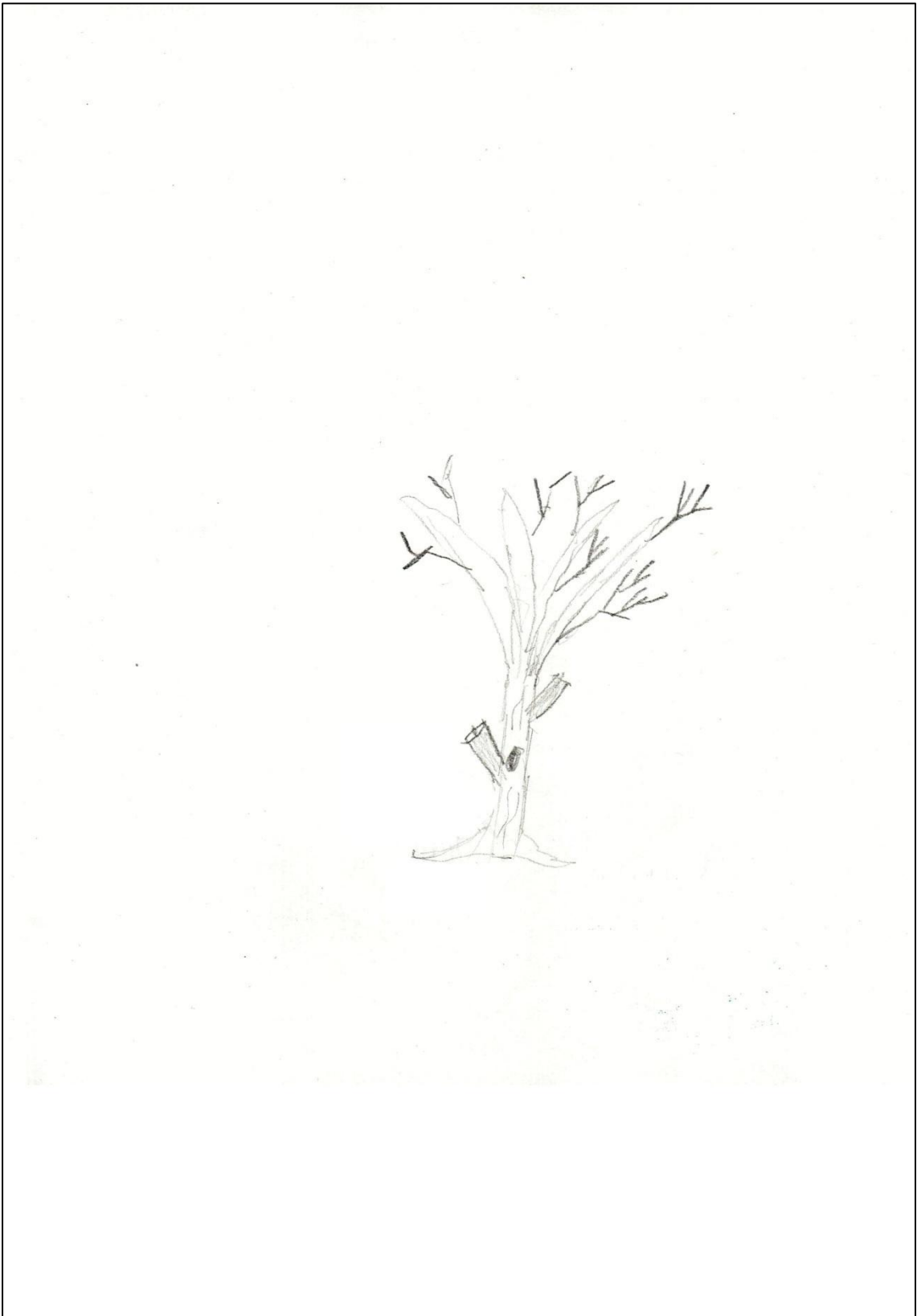
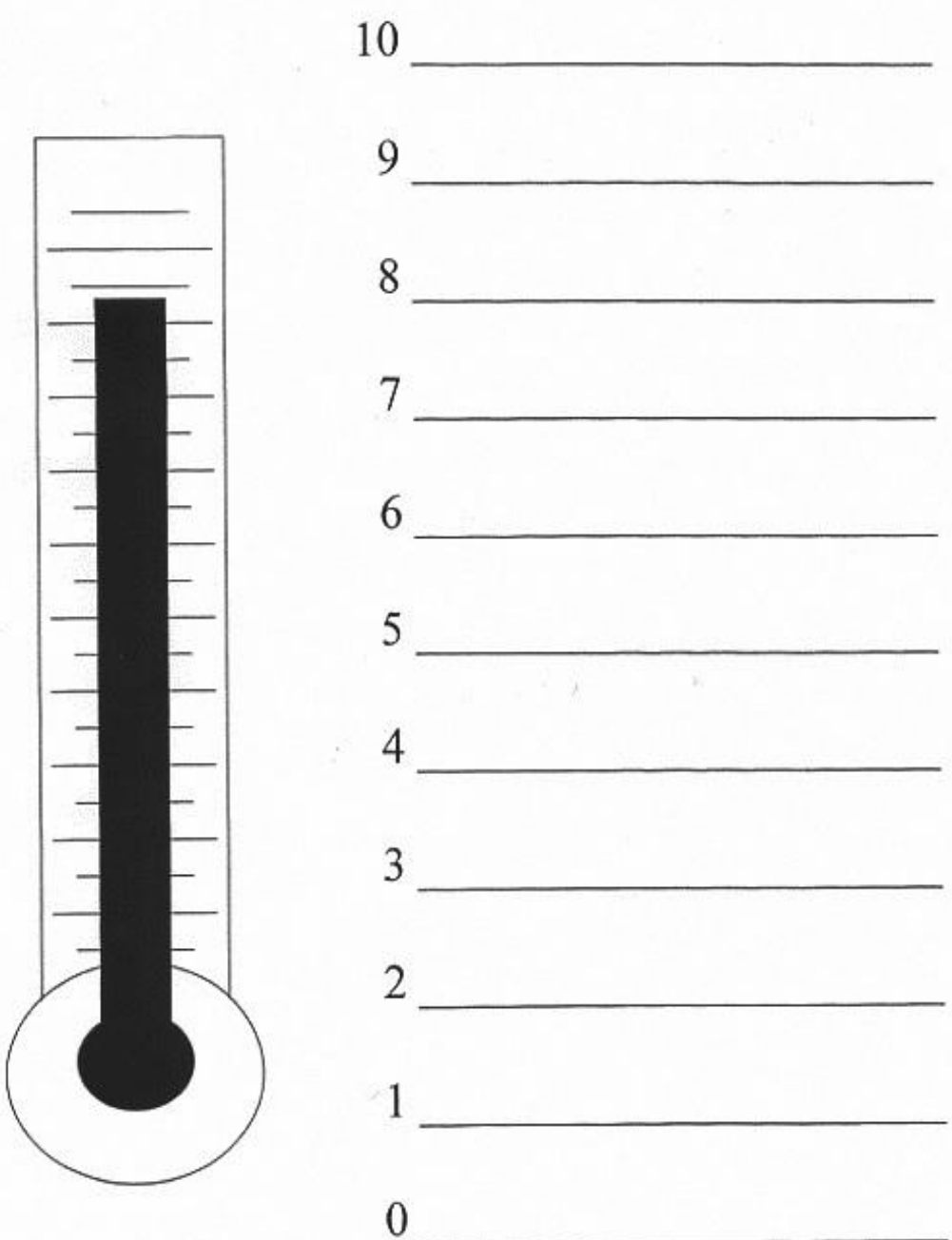


Figura A9.7. Testul Arborelui, băiat 11 ani, abuz sexual

ANEXA 10. FIȘE DE LUCRU

(Adaptate după *National Child Traumatic Stress Network, Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy web-based learning course* și *K. & D. Geldard*)

Termometrul emoțiilor



10 _____

9 _____

8 _____

7 _____

6 _____

5 _____

4 _____

3 _____

2 _____

1 _____

0 _____

Fișa A10.1. Termometrul emoțiilor

Ce emoții simțim...



Rușine



Vinovăție



Speranță



Furie

A series of horizontal lines for writing, organized into four groups corresponding to the emotions listed on the left. Each group contains seven lines.

Ce emoții simțim...



Bucurie



Tristețe



Neliniște



Frică

Fișa A10.3. Ce emoții simțim (2)

Identificarea emoțiilor



























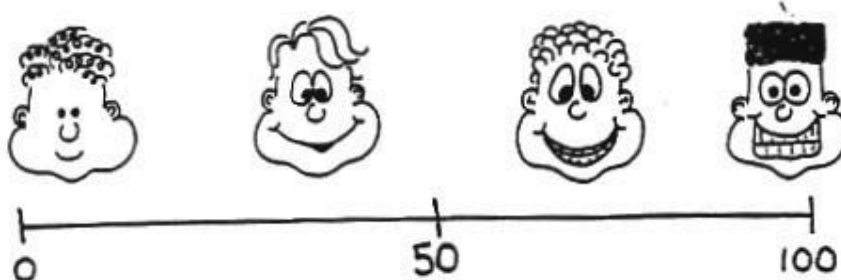




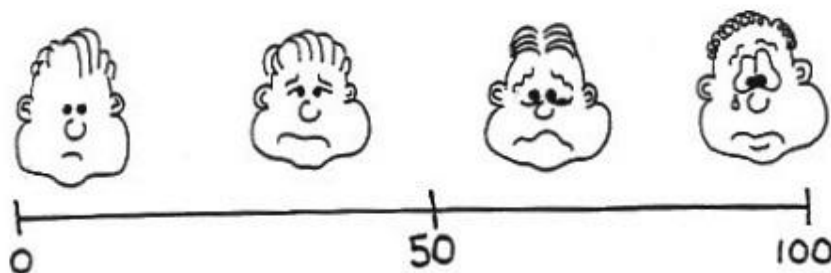


Fișa A10.4. Identificarea emoțiilor

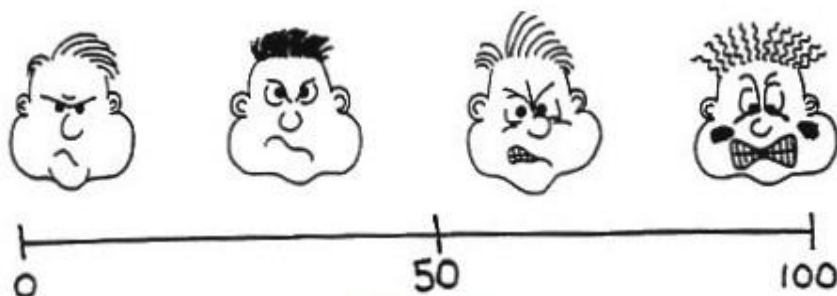
Scala emoțiilor



Bucurie



Tristețe



Furie

Fișa A10.5. Scala emoțiilor

GASEȘTE UN SENTIMENT

Desenează o linie de la propoziție la fața care arată cum te simți dacă

Animalul meu favorit
a fugit



Știu un secret îngrozitor
pe care nu-l spun nimănui



Mama vorbește
cu vecinul



Am auzit un zgomot
înteruptor
în miezul nopții

Nu mi s-a permis să rămân prea mult
acasă la prietenul meu



Am căzut de pe bicicletă
în fața prietenilor mei

Nu am învățat pentru
lucrare



Am copiat
la lucrare



Scrie ce faci cînd ești mînios:

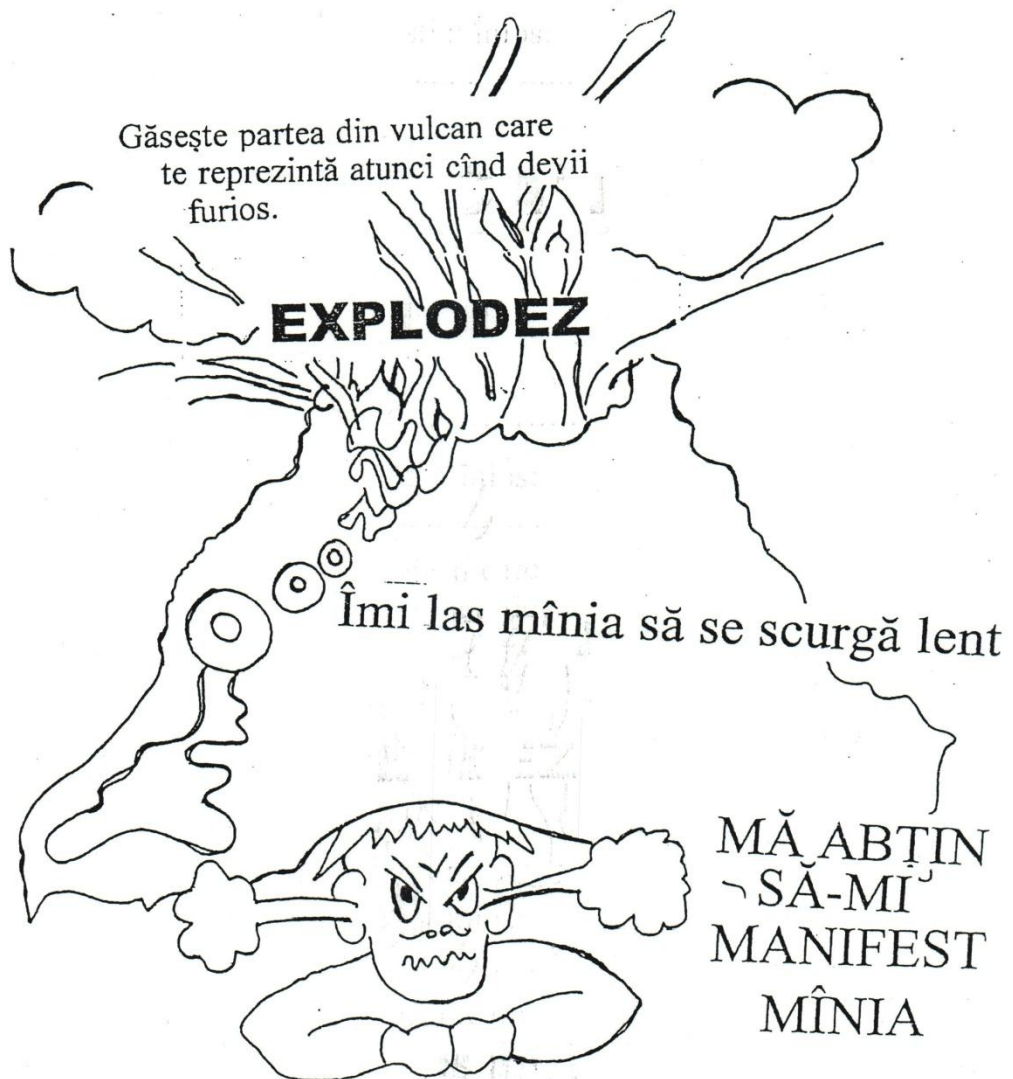
.....

VULCANUL

Ce te face pe tine să fii furios?

Devin furios cînd

Găsește partea din vulcan care
te reprezintă atunci cînd devii
furios.



Fișa A10.7. Vulcanul

Desenează-te pe tine însuși ... cum erai, cum ești acum, și cum vei fi în viitor



BĂTRÎNETE!



La fiecare etapă din viață scrie:

1. Ce ai realizat sau ce speri să realizezi.
2. Cine sau ce te ajută sau te-a ajutat să realizeze acele lucruri.
3. Marchează un X pentru a arăta unde ești acum



VÎRSTA ADULTĂ



LICEU



ȘCOALA PRIMARĂ



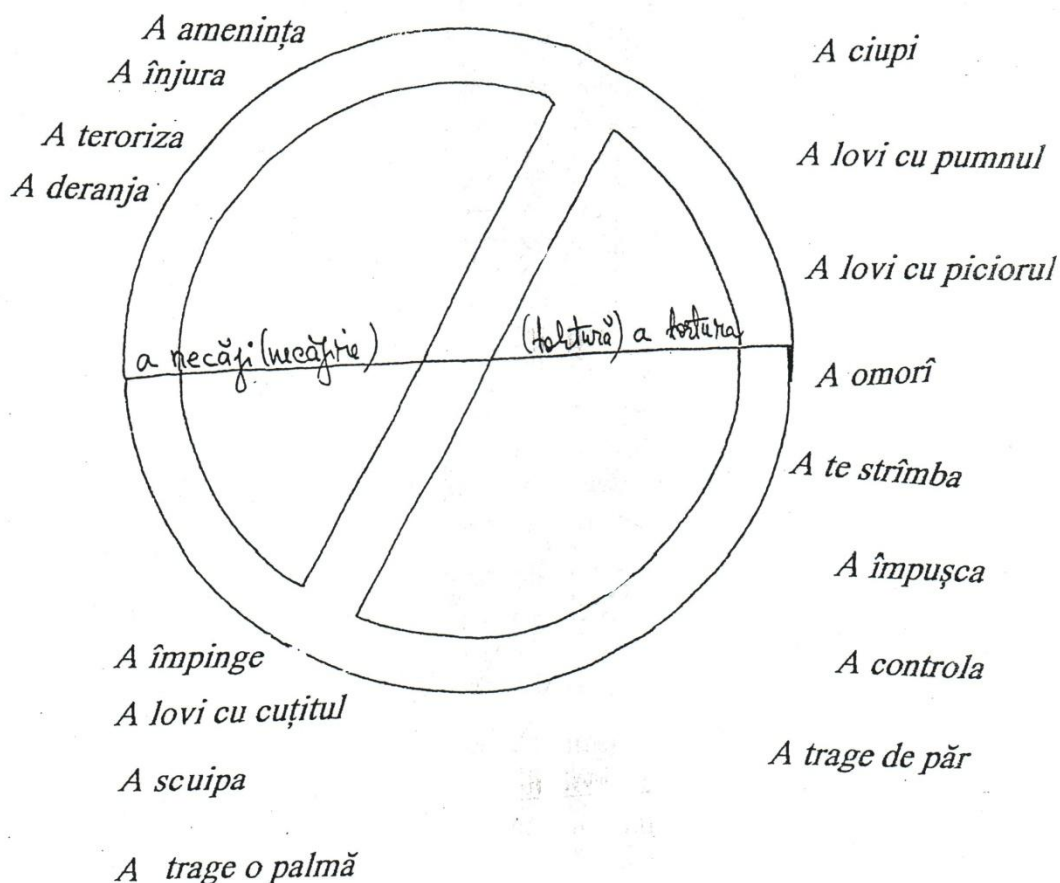
3 LUNI



Fișa A10.8. Trecut, prezent, viitor

ACTE TERORIZANTE

Cuvintele din afara cercului descriu acte abuzive, care terorizează. Scrie fiecare cuvânt de-a lungul liniei din interiorul cercului. Plasează cuvintele pe linie de la dreapta la stînga în funcție de cît de serios crezi că este abuzul.



- Ai observat că toate cuvintele sunt acum în interiorul simbolului care înseamnă "nu este permis"?
- Care dintre aceste comportamente au loc la școala ta?
- Poți să adaugi alte comportamente terorizante?
- CREZI CĂ POȚI SCHIMBA UȘOR ACESTE COMPORTAMENTE?

Fișa A10.9. Acte terorizante

A învăța să spui "Nu"

Potrivește răspunsul cu cerințele formulate! Unește-le cu o linie.

Hai să luăm
bicicleta lui Jim
ca să mergem
pînă la magazin
și ne întoarcem.

Nu fi laș. Tatăl
tău nu va ști.

Nu, trebuie să
merg direc
acasă, voi merg
fără tine.

N-ai vrea să
mă vizitezi
în week-
end?

Nu, eu plec,
la revedere!

Nu. Trebuie să
întreb mai întii

Nu vrei să mă
ajuu la teme?

Poți să-mi
împrumuți
tricoul tău?

Nu. Eu nu
merg, nu-mi
pasă ce crezi.

Hai să ne oprim
pe drum la casa
prietenilor mei.

Nu, îmi pare
rău. Sunt ocupat
Poate altădată.

Nu, părinții mei
nu acceptă.

Vreau să mă
oprese și să
vorbesc cu ei;
opreste!

Nu, tu poți face
dacă vrei, cu
nu!

Nu, nu sunt
foarte bun la
asta și nu sunt
capabil să te
ajut.

Fișa A10.10. A învăța să spui "NU"

ABATERI SI PEDEPSE!

Iată o listă de comportamente. Unele sunt mai grave decât altele. Abaterile cu adevărat grave vor avea probabil consecințe severe.

- Rearanjează lista ordonând abaterile de la cele mai rele la cele mai blânde.
- Pe lista ta, scrie pedeapsa sau consecința care crezi că este potrivită

Abateri	Lista mea	Consecințe
Omor		
A vorbi pe la spate		
A lovi		
A minți		
A fura		
A deranja		
A fi neascultător		
A teroriza		
A porecli		
A bîrfi		
A înșela		
A ține un secret		
A născoci povești		
A-ți schimba părerea		

Fișa A10.11. Abateri și pedepse

DECLARAȚIE PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnatul, Armand Veleanovici, declar pe proprie răspundere că materialele prezentate în teza de doctorat se referă la propriile activități și realizări, în caz contrar urmând să suport consecințele, în conformitate cu legislația în vigoare.

Armand Veleanovici

Semnătura

Data 1.02.2015



Curriculum vitae Europass



Informații personale

Nume / Prenume	Armand Cătălin Veleanovici
Adresă	Ilioara 2 bis, București, Romania
Telefon	+(4)0722427352
E-mail	armand.veleanovici@gmail.com
Naționalitate	română
Data nașterii	26 august 1968
Sex	M

Experiența profesională

Perioada	01.2008 - prezent
Funcția sau postul ocupat	Psiholog - coordonator Centru de Consiliere
Activități și responsabilități principale	Coordonarea activității de evaluare / consiliere psihologică / psihoterapie pentru copilul abuzat /neglijat
Numele și adresa angajatorului	DGASPC Sector 2 București
Tipul activității sau sectorul de activitate	Psihologie - Asistență Socială
Perioada	02.2006 - 01.2008
Funcția sau postul ocupat	Psiholog - Serviciul de Intervenție în Situații de Abuz, Neglijare, Trafic și Migrație
Activități și responsabilități principale	Evaluare / consiliere psihologică pentru copilul abuzat/neglijat
Numele și adresa angajatorului	DGASPC Sector 2 București
Tipul activității sau sectorul de activitate	Psihologie - Asistență Socială
Perioada	2005 - prezent
Funcția sau postul ocupat	Psiholog - Psihoterapeut
Activități și responsabilități principale	Psihologie clinică, Psihoterapie, Consiliere psihologică, Psihologia muncii și a transporturilor
Numele și adresa angajatorului	Cabinet Individual de Psihologie - practică privată
Tipul activității sau sectorul de activitate	Psihologie
Perioada	1992 - 2005
Funcția sau postul ocupat	Director executiv / referent resurse umane

Activități și responsabilități principale	Coordonarea activității de resurse umane și comerț intern
Numele și adresa angajatorului	UCG SA București
Tipul activității sau sectorul de activitate	Comerț
Educație și formare	
Perioada	2008 / 2012
Calificarea / diploma obținută	Doctorat in Psihologie
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Psihologie, Psihoterapie
Numele și tipul instituției de învățământ/ furnizorului de formare	Universitatea Pedagogică de Stat <i>Ion Creangă</i> Moldova
Perioada	2008 / 2010
Calificarea / diploma obținută	Specialist evaluare utilizând Testul <i>Rorschach</i>
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Evaluare psihologică, psihodiagnoză
Numele și tipul instituției de învățământ/ furnizorului de formare	Istituto Italiano di Studio e Ricerca Psicodiagnostica, Roma, Italia
Perioada	2005 / 2008
Calificarea / diploma obținută	Psihoterapeut
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Psihoterapie, psihodiagnostic si consiliere psihologica experientială
Numele și tipul instituției de învățământ/ furnizorului de formare	Societatea de Psihoterapie Experiențială Română
Perioada	2005 / 2007
Calificarea / diploma obținută	Master in Psihologie
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Psihologia Resurselor Umane
Numele și tipul instituției de învățământ/ furnizorului de formare	Universitatea <i>Titu Maiorescu</i> București
Perioada	2005 / 2007
Calificarea / diploma obținută	Master in Teologie
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Psihologia Religiei, Teologie
Numele și tipul instituției de învățământ/ furnizorului de formare	Institutul Teologic <i>Sf. Tereza</i> București
Perioada	2001 / 2005
Calificarea / diploma obținută	Licență în Științe Juridice
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Drept
Numele și tipul instituției de învățământ/ furnizorului de formare	Universitatea <i>Spiru Haret</i> București

Perioada	1993 / 2004																														
Calificarea / diploma obținută	Licență în Psihologie																														
Disciplinele principale studiate / competențe profesionale dobândite	Psihologie																														
Numele și tipul instituției de învățământ/ furnizorului de formare	Universitatea <i>Ecologică</i> București / Universitatea de Stat Oradea																														
Aptitudini și competențe personale																															
Limba(i) maternă(e)	română																														
Limba(i) străină(e) cunoscută(e)																															
Autoevaluare																															
<i>Nivel european (*)</i>																															
Limba engleză																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Înțelegere</th> <th colspan="4">Vorbire</th> <th colspan="2">Scriere</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Ascultare</th> <th colspan="2">Citire</th> <th colspan="2">Participare la conversație</th> <th colspan="2">Discurs oral</th> <th colspan="2">Exprimare scrisă</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B1</td> <td>Independent user</td> <td>B1</td> <td>Independent user</td> <td>B1</td> <td>Independent user</td> <td>B1</td> <td>Independent user</td> <td>B1</td> <td>Independent user</td> </tr> </tbody> </table>	Înțelegere				Vorbire				Scriere		Ascultare		Citire		Participare la conversație		Discurs oral		Exprimare scrisă		B1	Independent user	B1	Independent user	B1	Independent user	B1	Independent user	B1	Independent user
Înțelegere				Vorbire				Scriere																							
Ascultare		Citire		Participare la conversație		Discurs oral		Exprimare scrisă																							
B1	Independent user	B1	Independent user	B1	Independent user	B1	Independent user	B1	Independent user																						
Competențe și abilități sociale	Abilități de comunicare, spirit de echipă, empatie																														
Competențe și aptitudini organizatorice	Abilități de leadership, capacitate de analiză și sinteză, capacitate decizională, capacitate de organizare																														
Competențe și aptitudini de utilizare a calculatorului	aplicații Office, internet, SPSS																														
Competențe și aptitudini artistice	creativitate																														
Permis(e) de conducere	B,C,E																														
Anexe	Listă lucrări publicate, Participare conferințe și workshop-uri, Afiliere, Licențe de utilizare instrumente psihologice																														

Lista lucrărilor publicate:

1. *Using TSCC - Trauma Symptom Checklist for Children in Clinical Assessment of Abused Children*, Journal of Experiential Psychotherapy, vol. 15, nr. 2 (58), București, 2012
2. *Stiluri de comunicare*, Conferința Internațională Asistența psihologică, psihopedagogică și socială ca factor al dezvoltării societății, Chișinău, 2012
3. *Utilizarea TSCC în evaluarea copilului abuzat*, Conferința Internațională de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare, Universitatea București, 2012
4. *Abuzul prin alienare parentală. Studii de caz*, Conferința Internațională de Psihologie Psihologia și realitățile lumii contemporane PSIWORLD, Simpozionul Noile forme de abuz și disoluție morală, Facultatea de Psihologie a Universității București, 2010

5. *Abuzul asupra copiilor. Definiție și tipologie*, în revista Psihopedagogia copilului, nr. 8-9, Craiova, 2010;
6. *Utilizarea bateriei NEPSY pentru evaluarea copiilor cu deficiență mintală*, în revista Probleme ale științelor socio-umane și modernizării învățământului Chișinău, 2010.
7. *Tulburările anxioase în cazul copiilor abuzați sau neglijați*, în volumul Probleme actuale ale ștanțelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor, Chișinău, 2010;
8. *Metode și tehnici de evaluare psihologică a copilului abuzat*, în volumul Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor, Chișinău, 2010;
9. *Sindromul alienării parentale, formă subtilă de abuz emoțional*, coautor - conf. dr. Valentina Olărescu, în revista Probleme ale științelor socio-umane și modernizării învățământului, Chișinău, 2009
10. *Istoria copiilor cu tulburări afective și cognitive*, în volumul Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor, vol. VIII, Chișinău, 2009;
11. *Profilul psiho-afectiv al copiilor aflați în dificultate*, în volumul Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor, vol. VIII, Chișinău, 2009;
12. *Evaluarea psihologică a copilului abuzat și neglijat*, în volumul Conferinței Naționale de Psihologie De la cunoaștere la intervenție în psihologie, Costinești, 2009;
13. *Abordare psihoterapeutică experiențială a copiilor străzii*, Asociația Psihologilor din Banat – Universitatea Tibiscus - Timișoara - Conferința Internațională de Psihologie Aplicată, 2007
14. *Grup de optimizare psihocomportamentală centrat pe scăderea agresivității copiilor străzii*, coautor: psih. MA. Cristina Marin, Conferința Internațională de Psihologie, Universitatea București, 2006

Participare la conferințe

1. International Conference of Experiential Psychotherapy and Unifying Personal Development - Facultatea de Psihologie a Universității București, 2013
2. International Conference of Experiential Psychotherapy and Unifying Personal Development - Facultatea de Psihologie a Universității București, 2012
3. Congresul Internațional al Organizațiilor de Medicină Integrativă, București, 2011
4. Congresul Abordarea multidisciplinară – condiție esențială a dezvoltării armonioase a copilului, Institutul pentru Dezvoltarea Copilului, București, 2011
5. Conferința Psihoterapia traumei și disocierii, București, 2011
6. Zilele dezvoltării personale unificatoare - Facultatea de Psihologie a Universității București, 2011
7. Conferința Națională de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare personală Unificatoare Altfel despre lumile din noi, Facultatea de Psihologie a Universității București, 2011
8. Conferința Internațională de Psihologie Psihologia și realitățile lumii contemporane PSIWORLD, Facultatea de Psihologie a Universității București, 2010

9. Conferința Națională de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare, Facultatea de Psihologie a Universității București - Societatea de Psihoterapie Experiențială, 2010
10. Conferința Națională de Psihologie - De la cunoaștere la intervenție în psihologie, Costinești, 2009
11. A V-a Conferință Națională de Sănătate Mintală a Copilului și Adolescentului - Asociația Română de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului - 2008
12. Conferința Internațională de Psihologie Aplicată - Asociația Psihologilor din Banat – Universitatea Tibiscus - Timișoara, 2007
13. Conferința Internațională de Psihologie - Universitatea București, 2006
14. Riscurile consumului de droguri la mamă și copil - Agenția Națională Antidrog, 2006
15. Conferința Națională de Psihologie - Asociația Psihologilor din România - Cluj Napoca, 2006
16. Anxietate și depresie în noul mileniu - Asociația medicilor rezidenți în psihiatrie, 2005

Participare la workshop-uri

1. Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy, Medical University of South Carolina, National Crime Victims Research and Treatment Center, USA (web-based learning course)
2. Using Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy With Childhood Traumatic Grief, Medical University of South Carolina, National Crime Victims Research and Treatment Center, USA (web-based learning course)
3. Understanding Child Sexual Abuse and Coping, The National Child Traumatic Stress Network, USA (webinar)
4. Assessment of Child Physical Abuse: Clinical and Forensic Perspectives, The National Child Traumatic Stress Network, USA (webinar);
5. Interdisciplinary approach on infertility, lect. dr. Denisa Protopopescu
6. Psychodiagnostic marks of creating and applying therapeutical plan for psychogenic diseases, prof. dr. asociat Mihaela Gheorghiu
7. Supervizarea clinică, lect. dr. Bogdan Ion, webinar
8. Neurobiologia procesului terapeutic in sandplay therapy. Impactul terapiei prin jocul cu nisip asupra funcționării neurologice – prof. dr. Barbara Turner (Anglia)
9. Noțiuni introductive în Psiho-oncologie: importanța psihologiei în oncologie - psih dr. Marco Romeo (Italia)
10. Creativitate în acțiune: utilizarea jocului și dramei în dezvoltarea rezilienței - psih. dr. Sue Jennings (Anglia)
11. Abuzul și neglijarea copilului - evaluare și intervenție - psih. Gabriela Marc
12. Consilierea prin realizarea de filme - psih. dr. Mădălina Negreț
13. Intervenții terapeutice în situații de divorț, lect. dr. Diana Lucia Vasile
14. Incursiune inedită în lumea filmului ca spațiu al interconexiunilor între arta cinematografică și viața noastră reală, conf. dr. Laurențiu Mitrofan, asist. univ. dr. Sorina Daniela Dumitrache

15. Dinamica abuzului și neglijării copilului sau cum evaluezi, asști, interviu în manieră psihoterapeutică unificatoare, psih. drd. Ligiana Petre
16. Trauma și simbioza relațională - prof. dr. Franz Ruppert (Austria)
17. Analiză transgenerațională unificatoare - artgenogramă - prof. dr. Iolanda Mitrofan
18. Psihoterapia traumelor familiale - conf. dr. Diana Vasile
19. Dezvoltare personală, prezență terapeutică și spiritualitate - lect. drd. Adrian Nuță
20. Artterapii experiențiale - lect. dr. Marina Badea, conf. dr. Victor Badea
21. Terapie prin dans și mișcare - lect. drd. Florin Vancea, psih. Valerica Sfăroiu
22. Metode și tehnici actuale în psihoterapie - prof. dr. Irina Holdevici
23. Towards a meaningful existence - dr. psih. Ahmad Salman (India)
24. Vienna Test System- dr. Gernot Schuhfried (Austria)
25. Abordarea interactivă a intervenției organizaționale - dr. Jude Fermata (Austria)
26. Programe de asistență a copiilor separați solicitanți de azil în România - prof. dr. Pavel Abraham - Înalțul Comisariat ONU pentru Refugiați – Salvați Copiii
27. Le territoire, la carte et le cartographe - Dr. Andre Moreau (Belgia)
28. Proceduri de hipnoterapie - prof. dr. Steven Jay Lynn – Universitatea Binghamton, New York, SUA
29. Platforme electronice de diagnoză organizațională și a persoanei - Profiles International
30. Administrarea de personal în contextul legislativ actual - Personal Consulting
31. Developmental Cognitive and Affective Neuroscience - prof. dr. Charles Nelson - Harvard Medical School, prof. dr. Nathan Fox - University of Maryland, USA
32. Arta Improvizatiei - Fundația Teatrul Fără Frontiere - lect. dr. Mihaela Sârbu
33. Formare în Educație de Excelență, Certificat de competențe specifice în instruire diferențiată pentru educația copiilor supradotați - IRSCA Gifted Education - prof. dr. Florian Colceag, Inspectoratul Școlar Sector 6 București
34. Curs postuniversitar de specializare în Teste proiective de desen - Ardis Consulting
35. Curs postuniversitar de specializare în Testul de diagnostic pulsional Szondi - Ardis Consulting

Afilier

- Colegiul Psihologilor din România;
- Asociația Psihologilor din România;
- American Psychological Association;
- International Society of the Rorschach and Projective Methods;
- Societatea de Psihoterapie Experiențială română;
- Asociația de Psihodiagnoză Proiectivă Română.

Licențe de utilizare instrumente psihologice

1. Licență de utilizare a Sistemului de evaluare clinică (SEC)- RTS Romanian Psychological Testing Services
2. Licență de utilizare a KID – SCID – Interviu clinic structurat pentru tulburările sugarului, copilului și adolescentului - RTS Romanian Psychological Testing Services
3. Licență de utilizare a Cognitrom Assessment System (CAS) - Cognitrom Cluj-Napoca

4. Licență de utilizare a Bateriei de evaluare neuropsihologică NEPSY - Cognitrom Cluj-Napoca
5. Licență de utilizare a Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)- Psychological Assessment Resources, U.S.A.
6. Licență de utilizare a Testului Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)- Testcentral București
7. Licență de utilizare a Inventarului de Personalitate NEO - FFI - Testcentral București
8. Licență de utilizare a Testului Wechsler Intelligence Scale for Children, IV-th edition - RTS Romanian Psychological Testing Services