

**Universitatea “Babeş-Bolyai” Cluj-Napoca
Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației**

TEZĂ DE DOCTORAT

**Implicații ale relației de atașament
asupra dezvoltării și psihopatologiei în
copilăria timpurie și la vârsta adultă**

- Rezumat -

Conducător științific,
Prof.Univ.Dr. Vasile Liviu Preda

Doctorand,
Carmen Costea-Bărluțiu

Cluj, 2010

Cuprinsul tezei

Introducere.....	12
CAPITOLUL 1. Teoria atașamentului în copilăria timpurie și la vârsta adultă: Cadru teoretic general.....	16
1.1. Principalele concepte vehiculate de teoria atașamentului.....	16
1.2. Originea teoriilor referitoare la atașamentul dintre copil și mamă sau îngrijitorul primar ...	17
1.2.1. Baza biologică și evoluționistă a comportamentelor de atașament.....	19
1.2.2. Sistemul comportamental al atașamentului și relația cu alte sisteme comportamentale....	21
1.3. Stadiile dezvoltării relației de atașament	27
1.4. Formarea, ierarhia și influența atașamentelor multiple în copilăria timpurie	31
1.5. Implicații ale relației de atașament asupra dezvoltării din copilăria timpurie la vârsta adultă	35
1.5.1. Modelarea și transformarea sistemului de atașament în cursul dezvoltării.....	38
1.5.2. Stabilitatea stilului de atașament.....	42
1.6. Funcționarea sistemului de atașament la vârsta adultă	44
1.7. Aspecte ale utilizării teoriei atașamentului în practica clinică și psihoterapeutică	50
1.7.1. Evaluarea atașamentului	50
1.7.1.1. Evaluarea atașamentului copilului	50
1.7.2.2. Evaluarea atașamentului adultului	52
1.7.2. Rolul atașamentului în psihopatologie în copilăria timpurie și la vârsta adultă.....	56
1.7.2.1. Atașamentul și psihopatologia în copilărie	57
1.7.2.2. Relația dintre atașament și psihopatologie la vârsta adultă.....	62
1.7.3. Psihoterapii bazate pe atașament.....	67
1.7.4. Exemple de programe dezvoltate pentru copii mici și intervenții diadice	75
1.8. Relația dintre teoria atașamentului și alte teorii psihologice	86
1.8.1. Teorii psihodinamice și teoria atașamentului.....	86
1.8.2. Abordări ale cogniției sociale și teoria atașamentului.....	89
1.8.3. Psihologia pozitivă și teoria atașamentului	90
1.8.4. Teorii ale construcției semnificației („meaning making”) și teoria atașamentului	91
1.8.5. Relația cu teoria interdependenței.....	91
1.8.6. Relația dintre teoria atașamentului și teoria managementului terorii.....	92
1.9. Critici ale teoriei atașamentului	92
CAPITOLUL 2. Risc și reziliență în dezvoltarea și sănătatea mentală a sugarului și copilului mic	94
2.1. Conceptele de risc și reziliență în contextul dezvoltării și sănătății mentale în copilăria timpurie.....	94
2.1.1. Taxonomii ale factorilor de risc pentru dezvoltarea și sănătatea mentală a sugarului și copilului mic	95
2.1.2. Reziliența – definiție și conceptualizare din perspectiva teoriei atașamentului.....	100
2.2. Particularități ale dezvoltării în copilăria timpurie.....	101
2.2.1. Controverse în dezvoltarea copilului	101
2.2.2. Dezvoltarea somatică în primii ani de viață.....	104
2.2.3. Dezvoltarea perceptivă a sugarului și copilului mic	105
2.2.4. Dezvoltarea limbajului.....	109
2.2.5. Dezvoltarea cognitivă	113
2.2.6. Dezvoltarea emoțională în copilăria timpurie.....	121
2.2.7. Baze pentru dezvoltarea primelor abilități sociale	129
2.2.8. Temperamentul în copilăria timpurie.....	131
2.3. Evaluarea dezvoltării sugarului și copilului mic.....	133
2.4. Sănătatea mentală a sugarului și copilului mic	143
2.4.1. Blocajul în dezvoltare („failure to thrive”) – tulburare psihoorganică a sugarului și copilului mic	149
2.4.2. Impactul relaționării defectuoase și deprivării în primii ani de viață asupra sănătății mentale și dezvoltării în prima copilărie.....	153
2.4.3. Reacțiile copilului la separarea de figura de atașament	158

2.4.3.1. Neurobiologia și genetica atașamentului – impactul separării și perturbărilor de natură relațională.....	161
2.5. Studiul 1: Blocaj în dezvoltare, sănătate mentală și dezvoltarea psihomotorie în copilăria timpurie, în condiții de risc major.....	165
2.5.1. Ipoteze și obiective	165
2.5.2. Metodologia cercetării	170
2.5.2.1. Descrierea lotului cuprins în cercetare.....	171
2.5.2.2. Instrumente și procedura de lucru.....	175
2.5.2.3. Considerații referitoare la selecția testelor statistice utilizate în analiza datelor.....	188
2.5.3. Rezultate și discuții	194
2.5.3.1. Variabile implicate în dezvoltarea psihomotorie a sugarului și copilului mic la risc ...	194
2.5.3.2. Blocajul în dezvoltare și sănătatea mentală a sugarilor și copiilor cu malnutriție	202
2.5.3.3. Impactul sănătății mentale a sugarilor și copiilor mici asupra dezvoltării psihomotorii	231
2.5.3.4. Dezvoltarea psihomotorie și funcționarea socială, emoțională și relațională a copilului	243
2.5.4. Concluzii, limite și direcții viitoare de cercetare	251
CAPITOLUL 3. Relația de atașament mamă – copil: abordare empirică.....	255
3.1. Stiluri de atașament ale copilului și adultului	255
3.1.1. Pattern-uri de atașament ale copilului.....	255
3.1.2. Conceptualizarea diferitelor stiluri de atașament ale adultului	257
3.2. Rolul interacțiunii mamă – copil pentru formarea și modelarea relației de atașament	261
3.2.1. Relații familiale și relații părinte – copil: tipologie și caracteristici	261
3.2.2. Aspecte privind rolul comunicării afective mamă – copil în contextul relației de atașament	263
3.2.3. Reglarea mutuală a stărilor homeostatice ale mamei și copilului	271
3.2.4. Analiza interacțiunii mamă – copil prin utilizarea procedurii „Still face”	272
3.2.5. Rolul sensibilității, responsivității și disponibilității materne în formarea relației de atașament	278
3.2.6. Sistemul de îngrijire matern: funcționare și impact asupra copilului.....	281
3.3. Caracteristici ale copilului, îngrijitorului și mediului, cu impact asupra relației de atașament	284
3.3.1. Caracteristici și factori care țin de copil.....	284
3.3.1.1. Rolul temperamentului copilului asupra relației de atașament	284
3.3.1.2. Relația de atașament în condițiile bolii copilului.....	287
3.3.2. Caracteristici ale îngrijitorului, cu impact asupra relației de atașament	288
3.3.2.1. Rolul reprezentărilor parentale referitoare la atașament	288
3.3.2.2. Sistemul de credințe al îngrijitorului referitor la creșterea copiilor	289
3.3.2.3. Vinovăția interpersonală și relația de atașament.....	290
3.3.2.4. Impactul sănătății mentale a mamei asupra relației de atașament.....	298
3.3.3. Caracteristici ale mediului de îngrijire cu impact asupra relației de atașament.....	300
3.3.4. Integrarea factorilor care țin de copil, părinte și mediul de îngrijire pentru explicarea securității atașamentului copilului	302
3.4. Studiul 2: Generalități	304
3.5. Studiul 2.1.: Stilul de atașament, relația cu mama și dezvoltarea socială în copilăria timpurie	305
3.5.1. Ipoteze și obiective	305
3.5.2. Descrierea lotului de participanți la studiul 2	318
3.5.2.1. Caracteristici ale diadelor din lotul cuprins în studiu.....	318
3.5.2.2. Caracteristici ale mamelor din diadele participante la studiu	321
3.5.2.3. Caracteristici ale copiilor din diadele participante la studiu	328
3.5.3. Instrumente și procedura de lucru.....	333
3.5.3.1. Evaluarea nivelului dezvoltării sociale a copilului: AEPS	333
3.5.3.2. Evaluarea interacțiunii mamă – copil.....	341
3.5.3.3. Evaluarea atașamentului copilului	355

3.5.3.4. Procedura de lucru pentru evaluarea diadelor mamă – copil	362
3.5.4. Rezultate și discuții	362
3.5.4.1. Variabile implicate în dezvoltarea socială în copilăria timpurie.....	363
3.5.4.2. Aspecte ale interacțiunii mamă – copil în situația semistructurată de joc	372
3.5.4.3. Stilul de atașament al copilului mic: variabile individuale, maternel și de mediu	384
3.5.4.4. Asocierea și relațiile cauzale existente între atașament, relația mamă – copil și dezvoltarea socială în copilăria timpurie	406
3.5.4.5. Modelarea structurală a relațiilor complexe dintre atașament, interacțiunea mamă – copil și dezvoltarea socială a copilului	423
3.5.5. Concluzii, limite și direcții viitoare de cercetare	429
3.6. Studiul 2.2. Relații dintre atașament și dezvoltarea socială în copilăria timpurie, atașament și caracteristici maternel și interacțiunea mamă – copil.....	435
3.6.1. Ipoteze și obiective	435
3.6.2. Participanți	447
3.6.3. Instrumente și procedura de lucru.....	448
3.6.3.1. Evaluarea anxietății de separare maternel.....	448
3.6.3.2. Evaluarea nivelului afectelor pozitive și negative ale mamei.....	450
3.6.3.3. Evaluarea atașamentului maternel	451
3.6.3.4. Evaluarea simptomatologiei clinice	458
3.6.3.5. Evaluarea vinovăției interpersonale	460
3.6.3.6. Proprietăți psihometrice ale instrumentelor	464
3.6.4. Rezultate și discuții	465
3.6.4.1. Analiza structurii factoriale a scalelor completate de mame.....	466
3.6.4.2. Relații și interacțiuni dintre atașament și caracteristici maternel.....	469
3.6.4.3. Factori care influențează anxietatea de separare și vulnerabilitatea atașamentului maternel	487
3.6.4.4. Caracteristici maternel și interacțiunea mamă – copil; relația cu atașamentul.....	500
3.6.5. Concluzii, limite și direcții pentru cercetări viitoare.....	523
3.7. Studiul 2.3. Scurtă analiză a modificării proximităților emoționale la nivelul sistemului familial după nașterea unui copil	529
3.7.1. Ipoteze, obiective	529
3.7.2. Participanți	530
3.7.3. Instrumente și procedura de lucru.....	530
3.7.4. Rezultate, discuții.....	531
3.7.5. Concluzii, limite și direcții viitoare de cercetare	544
Capitolul 4. Atașamentul la vârsta adultă: modelarea variabilelor individuale și familiale	547
4.1. Caracteristici ale relațiilor de atașament	547
4.2. Caracteristici intrapersonale și funcționarea sistemului de atașament la vârsta adultă.....	548
4.2.1. Relația dintre atașament și stima de sine	548
4.2.2. Atașament și starea de bine hedonică/ eudaimonică.....	554
4.2.3. Reglarea emoțională, alexitimia, empatia și inteligența emoțională și securitatea atașamentului	559
4.2.3.1. Atașament, psihopatologie și emoția de vinovăție.....	566
4.3. Caracteristici interpersonale și atașamentul la vârsta adultă.....	578
4.3.1. Problemele interpersonale: modelul circumplex.....	578
4.3.2. Singurătatea emoțională și socială – implicații asupra atașamentului	585
4.4. Funcționarea familială și implicații asupra stilului de atașament	587
4.5. Studiul 3.1. Relații dintre atașament și funcționarea intra/ interpersonală la vârsta adultă	592
4.5.1. Ipoteze, obiective	592
4.5.2. Participanți	596
4.5.3. Instrumente și procedura de lucru.....	604
4.5.3.1. Evaluarea alexitimiei	605
4.5.3.2. Evaluarea stimei de sine.....	607
4.5.3.3. Evaluarea inteligenței emoționale.....	607
4.5.3.4. Starea de bine psihologică.....	609

4.5.3.5. Evaluarea empatiei	611
4.5.3.6. Evaluarea singurătății.....	614
4.5.3.7. Evaluarea problemelor interpersonale, modelul circumplex.....	616
4.5.3.8. Evaluarea atașamentului în contextul relațiilor apropiate	618
4.5.3.9. Proprietăți psihometrice ale instrumentelor utilizate	620
4.5.4. Rezultate, discuții.....	622
4.5.4.1. Testarea structurilor factoriale ale scalelor utilizate	623
4.5.4.2. Analiza factorilor individuali demografici cu impact asupra atașamentului și constructelor asociate acestuia.....	627
4.5.4.3. Influența stilurilor de atașament ale adultului asupra funcționării intra- și interpersonale	639
4.5.4.4. Analiza asocierilor și interacțiunilor complexe dintre atașament și caracteristici individuale	653
4.5.5. Concluzii, limite și direcții viitoare de cercetare	674
4.6. Studiul 3.2. Implicații ale caracteristicilor familiale asupra atașamentului la vârsta adultă	679
4.6.1. Ipoteze, obiective	679
4.6.2. Participanți	683
4.6.3. Instrumente și procedura de lucru	683
4.6.3.1. Evaluarea legăturilor cu părinții.....	683
4.6.3.2. Evaluarea autonomiei și intimității în familia de origine.....	687
4.6.3.3. Proprietăți psihometrice ale instrumentelor utilizate	688
4.6.4. Rezultate și discuții	689
4.6.4.1. Testarea structurii factoriale a scalelor utilizate.....	690
4.6.4.2. Analiza factorilor demografici care se asociază cu fenomenele/ constructele urmărite.....	691
4.6.4.3. Influența stilurilor de atașament ale adultului asupra funcționării și legăturilor parentale în familia de origine	698
4.6.4.4. Analiza asocierilor și interacțiunilor complexe dintre constructele evaluate.....	702
4.6.5. Concluzii, limite și direcții viitoare de cercetare	720
5. Concluzii generale, limite ale cercetării și sugestii pentru cercetări viitoare.....	725
6. BIBLIOGRAFIE.....	736
7. ANEXE.....	759
ANEXA I. Instrumente utilizate și rezultate obținute în cadrul studiului 1	759
ANEXA 1.1. Instrumente și fișe de evaluare a sugarilor și copiilor mici.....	759
ANEXA 1.2. Materiale necesare pentru desfășurarea evaluării	777
ANEXA 1.3. Tulburări clinice cuantificate pe axa I din DC 0-3, prezente în lotul de participanți la studiul 1	778
ANEXA 1.4. Rezultate obținute în cadrul studiului 1	788
ANEXA II. Instrumente de evaluare și rezultate obținute în cadrul studiului 2	799
ANEXA 2.1. Chestionarul destinat mamei participante la studiu	799
ANEXA 2.2. Fișe de evaluare și scale completate de autoarea cercetării: dezvoltarea socială a copilului, interacțiunea mamă – copil și schema sortării pentru scala de atașament al copilului	816
ANEXA 2.3. Rezultate ale prelucrărilor statistice efectuate în studiul 2.1.....	821
ANEXA 2.4. Rezultate ale prelucrărilor statistice efectuate în studiul 2.2.....	830
ANEXA 2.5. Rezultate obținute în cadrul studiului 2.3.	849
ANEXA III. Instrumente de evaluare și rezultate obținute în cadrul studiului 3.....	853
Anexa 3.1. Chestionar și instrumente existente exclusiv în bateria destinată tinerelor	853
Anexa 3.2. Diagramele structurilor factoriale ale scalelor de evaluare a variabilelor individuale	863
ANEXA 3.3. Rezultate obținute în cadrul studiului 3.1.	879
ANEXA 3.4. Rezultate obținute în cadrul studiului 3.2.	880
ANEXA 3.5. Intercorelațiile dintre constructele sondate în studiile 3.1. și 3.2.	881

Cuvinte cheie: atașament, etologie, sistem comportamental al atașamentului, stil de atașament, psihopatologie, risc, reziliență, dezvoltarea psihomotorie în copilăria timpurie, sănătatea mentală a sugarului și copilului mic, blocaj în dezvoltare, interacțiunea mamă – copil, funcționarea intra- și interpersonală a adultului, funcționarea familiei de origine.

Capitolul 1 al tezei prezintă teoria atașamentului, ca și cadru teoretic care ghidează demersul metodologic al studiilor realizate, precum și aplicații ale acesteia pentru cercetare, practica clinică și psihoterapeutică. După trecerea în revistă a principalelor concepte vehiculate de teoria atașamentului, primul capitol prezintă pe larg originea teoriei atașamentului, așa cum a fost dezvoltată de Bowlby, prin preluarea unor idei derivate din studii în domeniul etologiei.

Conform teoriei atașamentului, interacțiunile timpurii dintre copil și îngrijitorul primar sunt internalizate și encodate ca modele de lucru interne, cu funcție de predicție a interacțiunilor în relații apropiate, a încrederii în responsivitatea și disponibilitatea partenerilor de relație. Figura centrală de atașament este inițial îngrijitorul primar, însă pe parcursul dezvoltării grupul de vârstă și ulterior partenerul romantic devin figuri centrale de atașament, spre care persoana direcționează comportamentele de atașament în situații care le activează.

Odată cu dezvoltarea și implementarea procedurii Situației străine de către Mary Ainsworth, cercetarea în domeniul teoriei atașamentului a luat amploare, concomitent cu diversificarea metodelor și tehnicilor de evaluare a atașamentului pe diferite etape ale copilăriei, adolescenței și vârstei adulte.

Astfel, teoria atașamentului a adus contribuții semnificative în sfera psihologiei clinice, prin explicarea etiologiei și caracteristicilor unor tulburări psihice, precum anxietatea și depresia, relaționate cu insecuritatea în cadrul atașamentului sau pierderea securității atașamentului sau a unor tulburări de personalitate, precum tulburarea de personalitate borderline. Pe de altă parte, anumite orientări psihoterapeutice au preluat principiile lui Bowlby asupra schimbării în cadrul terapiei, asupra rolului terapeutului și relației terapeutice în eficiența terapiei.

Între teoria atașamentului și alte teorii psihologice moderne (teoria psihanalitică modernă, teorii ale cogniției sociale, psihologia pozitivă, teorii ale construcției semnificației, teoria interdependenței etc.) există o serie de similitudini, însă există și diferențe importante, care definesc specificul acesteia, ca teoria de sine stătătoare, care nu poate fi asimilată unei alte teorii din domeniu.

Capitolul 2 al tezei cuprinde primul studiu, care tratează implicațiile disfuncțiilor severe și a rupturilor la nivelul relației de atașament cu îngrijitorul primar asupra dezvoltării și sănătății mentale a sugarului și copilului cu tulburări de nutriție, în primii ani de viață.

În cadrul teoretic al capitolului sunt prezentate conceptele de risc și reziliență, cu aplicare la vârsta copilăriei timpurii, anumite particularități ale dezvoltării *normale* și *atipice* în copilăria timpurie, în cadrul domeniilor somatic și psihomotor și ale evaluării dezvoltării, precum și aspecte care țin de sănătatea mentală a sugarului și copilului mic („infant mental health”), un domeniu nou, care parcurge un proces de dezvoltare rapid și acoperă atât prevenția, cât și evaluarea și organizarea intervenției, în condiții de perturbare sau risc.

În copilăria mică, tulburările comportamentului alimentar reprezintă adeseori semne ale unor perturbări de natură psihică și/ sau relațională, iar blocajul în dezvoltare de natură non-organică („non-organic failure to thrive”) este o tulburare psihoorganică severă, care de regulă are sechele importante asupra dezvoltării copilului, atât pe plan fizic, cât și psihosocial și care poate amenința viața copilului.

Studiul I a avut ca *obiective generale*:

(1) analiza influenței factorilor de natură psihosocială asupra perturbărilor la nivelul *dezvoltării psihomotorii* a sugarilor și copiilor mici supuși unor riscuri de tip organic, somatic, de mediu;

(2) stabilirea factorilor asociați *blocajului în dezvoltare* de natură non-organică (BD non-organic) și a impactului acestuia asupra sănătății mentale a sugarului și copilului mic spitalizat;

(3) urmărirea impactului sănătății mentale și diferitelor tulburări clinice ale sugarului asupra dezvoltării psihomotorii în cadrul domeniilor motric grosier, a motricității fine, cognitiv, al limbajului și socio-emoțional, precum și asupra achiziției și evoluției BD non-organic;

(4) stabilirea relației dintre severitatea tulburărilor la nivelul relației copilului cu îngrijitorul primar, funcționarea socială și emoțională a copilului și retardul psihomotor, în cadrul a cinci arii de dezvoltare. Fiecare dintre obiectivele generale a fost operaționalizat, obiectivele specifice fiind menționate în conținutul tezei.

Dintre ipotezele care ghidează metodologia implementată în studiul 1 (formulate în baza studiului literaturii de specialitate, pe de o parte și a practicii, pe de altă parte), enumerăm: (1) există diferențe semnificative la nivelul severității retardului psihomotor, în funcție de prezența unor boli somatice și caracteristicile mediului de îngrijire al copilului, (2) există diferențe semnificative în privința frecvenței de apariție (prevalenței) BD non-organic în funcție de sexul copilului, severitatea malnutriției, perioada de spitalizare, caracteristicile

mediului de proveniență al copilului, (3) screening-ul sănătății mentale al sugarului și copilului mic este semnificativ asociat cu frecvența apariției BD non-organic; (4) screening-ul sănătății mentale și îndeplinirea criteriilor pentru o tulburare din sfera sănătății mentale sunt semnificativ diferite la sugari și copii mici, în funcție de sex, severitatea malnutriției, existența unui diagnostic medical asociat celui de malnutriție și caracteristicile mediului familial din care provine copilul; (5) există diferențe semnificative statistic în privința funcționării relației copil – îngrijitor primar în funcție de sexul copilului, severitatea malnutriției, prezența BD non-organic și caracteristicile mediului de proveniență al acestuia; (6) funcționarea relației copil – îngrijitor primar este asociată semnificativ cu frecvența apariției BD non-organic și severitatea riscurilor pentru sănătatea mentală (screening) la sugarii cu risc; (7) funcționarea socială și emoțională a sugarului și copilului mic este semnificativ diferită în funcție de sex, vârstă, mediul de proveniență, severitatea malnutriției, prezența/ absența BD non-organic; (8) funcționarea socială și emoțională în copilăria timpurie este semnificativ asociată cu severitatea riscurilor pentru sănătatea mentală (screening); (9) există corelații semnificative statistic între funcționarea socială și emoțională a copilului și funcționarea relației cu îngrijitorul primar, în general, și în condițiile controlării BD non-organic; (10) tulburările în cadrul funcționării socio-emoționale, prezența BD non-organic și severitatea crescută a malnutriției determină tulburări la nivelul funcționării relației dintre copil și îngrijitorul primar, precum și tulburări la nivelul funcționării sociale și emoționale a sugarului, (11) există diferențe semnificative în privința severității retardului psihomotor la internarea în/ externarea din spital, între copiii cu BD non-organic și cei rezilienți; (12) retardul psihomotor al copiilor cu BD non-organic și a celor rezilienți este semnificativ mai scăzut la externarea din spital, comparativ cu retardul la internare; (13) există diferențe semnificative în privința retardului psihomotor al copiilor, în funcție de deficitul la nivelul sănătății mentale a acestora; (14) funcționarea relației cu îngrijitorul primar, funcționarea socială și emoțională sunt semnificativ asociate cu severitatea retardului psihomotor al copilului; (15) afectarea funcționării relației copilului cu îngrijitorul primar determină retardul psihomotor al copilului, relație mediată de funcționarea socială și emoțională a copilului.

Pe lângă ipoteze, au fost formulate o serie de întrebări în scopul analizei exploratorii și calitative: (1) Care dintre bolile somatice se asociază cu BD non-organic și care dintre acestea cu reziliența?, (2) Care dintre stresorii de tip psihosocial la care au fost expuși copiii sunt relaționați cu BD non-organic și care dintre aceștia cu reziliența?, (3) Ce trăsături temperamentale, comportamentale și emoționale se asociază BD non-organic și, respectiv,

rezilienței?, (4) Care dintre problemele și tulburările din sfera sănătății mentale ale sugarului și copilului mic sunt asociate cu BD non-organic, respectiv, cu reziliența?, (5) Care este modul în care relația cu îngrijitorul primar și funcționarea defectuoasă a acesteia influențează sănătatea mentală a sugarului și copilului mic la risc și care dintre tulburările clinice se asociază cu funcționarea eficientă, respectiv deficitul la acest nivel?

Lotul de participanți la studiul 1 a constat într-un număr de 68 de sugari și copii mici la risc (tulburări de nutriție, medii sociale defavorizate, internare în spital fără aparținători), selectați dintr-un lot mai mare de copii internați în spital pentru tulburări de nutriție (diferite grade de malnutriție/ distrofie staturo-ponderală) și probleme de natură medicală asociate. Selecția participanților (internați în aceeași clinică) a fost realizată pe baza randomizării simple (din totalul de copii internați în perioada 2004 – 2008 a fost selectat aleator lotul cuprins în studiu).

Toți copiii din lot au prezentat malnutriție protein-calorică de diferite grade (8.8% de gradul I, 2.9% gradul I/II, 41.2% gradul II, 16.2% gradul II/III, 30.9% de gradul III), pentru recuperarea căreia au fost internați în clinică diferite perioade de timp fără aparținători. Cea mai mare parte a copiilor din lot provin din familie (76.5% din numărul total), un procent de 19.1% din alt spital și un număr relativ redus, 4.4% din centre de plasament. La data evaluării, copiii din lot aveau vârste cuprinse în intervalul 2 și 27 luni, media de vârstă fiind 8.40 luni. În funcție de sex, lotul este relativ omogen, 44.1% dintre subiecți fiind de sex feminin și 55.9% de sex masculin. În ciuda similitudinilor din mediul de îngrijire, 36 copii, reprezentând un procent de 52.94% din numărul total inclus în lot au fost rezilienți și nu au dezvoltat blocaj în dezvoltare de natură non-organică, în timp ce 32 de copii (47.06%) au dezvoltat această tulburare.

Instrumentele utilizate au constat în: (1) grilă de observație a dezvoltării psihomotorii în cadrul a cinci arii, construită de autoare după instrumente existente, completate cu date din literatura de specialitate și date provenite din practică¹, (2) evaluarea sănătății mentale a sugarilor și copiilor mici, în două etape: (a) screening, prin utilizarea Instrumentului de screening al sănătății mentale de la 0 la 5 ani (California Institute for Mental Health, 2000) și (b) evaluare complexă, prin utilizarea modelului multiaxial din Clasificarea diagnostică a tulburărilor din sfera sănătății mentale și a dezvoltării din perioada de sugar și copilăria timpurie, edițiile inițială și revizuită („Zero to Three”, 1994, 2005) și clasificarea diagnostică

¹ Elaborată în colaborare cu psih. Orbán Mária și psih. Grigorovici Anca

din DSM IV-TR (APA, 2000). Astfel, au fost stabilite nivelul de dezvoltare psihomotorie, severitatea riscului pentru sănătatea mentală (screening), prezența unor posibile tulburări pe axa I (îndeplinirea criteriilor pentru diferite tulburări a fost interpretată ca risc, nu ca diagnostic), prezența unor tulburări de natură relațională și severitatea acestora, notate pe axa II, diagnosticul medical complex (din fișa medicală și discuții cu medicii pediatri curanți), pe axa III, prezența unor factori de stres psihosociali și de mediu, pe axa IV, funcționarea socială și emoțională, pe axa V. *Blocajul în dezvoltare de natură non-organică* a fost stabilit în funcție de criteriile menționate de Iwaniec (2005), respectiv pe lângă nivelul de dezvoltare scăzut, care caracterizează întregul lot, menținerea acestui nivel scăzut timp de o lună, în pofida aplicării intervenției de natură medicală și psihologică după internarea în clinică.

Pentru analiza datelor culese pentru lucrarea de față am utilizat statistici descriptive și inferențiale, din programele SPSS 13.0 și 15.0, AMOS 7 și LISREL 8.80.

Rezultatele obținute arată că *severitatea retardului psihomotor*, stabilit prin comparația dintre vârsta cronologică și vârsta de dezvoltare, comparație realizată individual pentru fiecare copil, nu diferă în funcție de sex, prezența sau absența unui diagnostic medical înafara celui de malnutriție, mediul de proveniență al copilului înainte de internarea în spital (familie, centru de plasament, alt spital), condițiile materiale precare (familii fără venituri) sau adecvate (familii care au avut surse minime de venit), nivelul cultural/ educațional al familiei (analfabetism versus minimă educație), condiții de locuit ale familiei (improprie, locuință inexistentă, căruță, foarte multe persoane în aceeași locuință, respectiv acceptabile, locuință adecvată, cu utilități: apă curentă, gaz, electricitate). În schimb, pe măsură ce malnutriția copiilor a fost mai severă, retardul de limbaj [$H(3)=7.81, p=.05$] și cel socio-emoțional [$H(3)=11.39, p=.01$] au fost semnificativ mai crescute, dar nu și retardul motricității grosiere [$H(3)=6.96, p>.05$], al motricității fine [$H(3)=6.48, p>.05$] și cognitiv [$H(3)=5.44, p>.05$].

Asocierea dintre *severitatea retardului la externarea din clinică și perioada de spitalizare* a fost puternic semnificativă statistic pentru toate ariile de dezvoltare psihomotorie ($p<.01$), cu cât perioada de spitalizare este mai îndelungată, cu atât severitatea retardului la externarea din clinică tinde să fie mai mare, deși copiii au beneficiat de intervenție și de stimulare pe întregul parcurs al spitalizării lor. Pe de altă parte, dată fiind severitatea curențelor din mediul de proveniență (în special cel familial), noul mediu de îngrijire al clinicii este pentru copii unul protectiv (Block și Krebs, 2005). Observăm, însă, că inclusiv acest mediu protectiv devine unul inadecvat pentru copii în condițiile internării îndelungate, fie datorită faptului că bolile somatice care îi rețin internați în spital își pun amprenta asupra

dezvoltării lor, fie datorită faptului că acest mediu este unul artificial și oricât de stimulat ar deveni nu poate suplini stimularea de care copilul beneficiază într-un mediu familial adecvat. Retardul de limbaj, cel cognitiv și cel al motricității fine nu pot fi compensate în cadrul unui mediu protectiv și copilul are nevoie de stimulare într-un mediu mai apropiat de cel familial, natural.

Severitatea malnutriției a fost un factor care a contribuit la obținerea unor diferențe semnificative statistic ($\chi^2=9.31$, $p<.05$) între copiii cu și fără BD non-organic (figura 1).

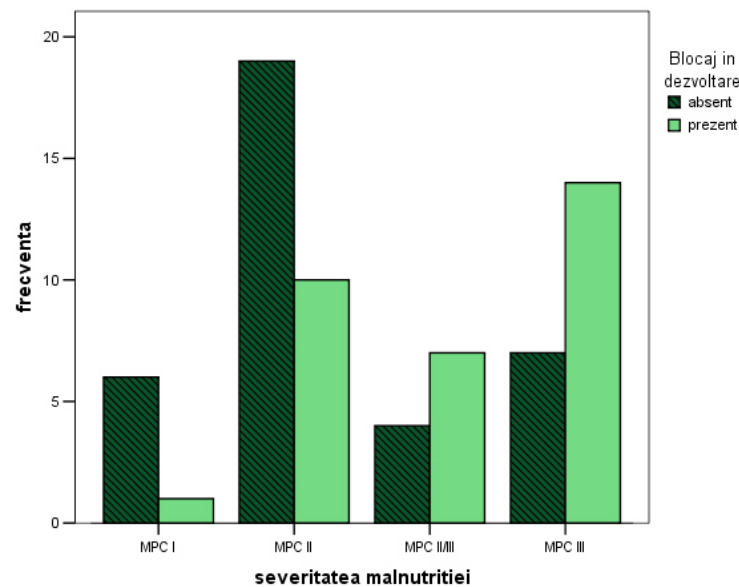


Figura 1. Frecvența BD non-organic, în funcție de severitatea malnutriției

Prezența sărăciei, nivelului cultural scăzut, a condițiilor precare de locuit nu au fost asociate semnificativ cu apariția BD non-organic, incidența acestuia fiind similară pentru toate tipurile de *medii sociale*. Rezultatele arată că legătura dintre mamă și copil, independentă de clasa socială sau condițiile financiare ale familiei, poate avea rol crucial în dezvoltarea copilului, prezența stresorilor de natură psihosocială fiind decelată atât la copiii cu BD, cât și la cei rezilienți.

Sănătatea mentală la nivelul lotului cuprins în cercetare a fost semnificativ mai problematică la copiii cu BD non-organic, așa cum arată scorurile crescute ale acestora la *screening-ul sănătății mentale* ($V=.829$, $p<.001$), respectiv blocajul în dezvoltare este puternic asociat cu sănătatea mentală la sugar și copilul mic (figura 2).

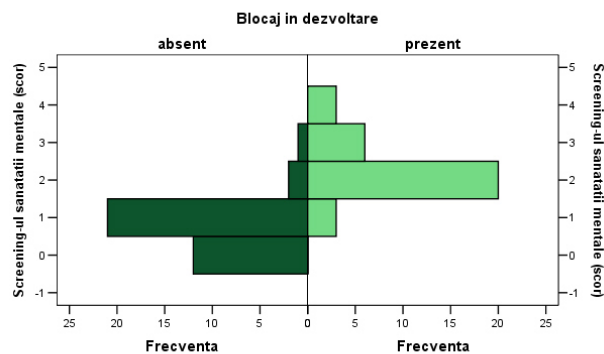


Figura 2. Distribuția scorurilor la screening-ul sănătății mentale, în funcție de prezența sau absența BD non-organic

Scorurile la instrumentul de screening al sănătății mentale nu au fost asociate cu sexul participanților, cu severitatea malnutriției, cu existența unui alt diagnostic medical asociat celui de malnutriție, cu factori care țin de mediul social: condiții materiale precare, existența locuinței, însă au fost asociate cu nivelul cultural al familiei ($V=.40$, $p<.05$) și cu mediul de proveniență al copilului ($V=.36$, $p<.05$).

În ceea ce privește *clasificările diagnostice* existente, din totalul de participanți din lotul de față, 26.5% (14.7% rezilienți și 11.8% cu BD) au prezentat caracteristici problematice care nu au putut fi încadrate în niciuna dintre tulburările menționate în DSM-IV-TR, în timp ce 17.6% (toți fără BD) nu au prezentat probleme de natură comportamentală și/ sau emoțională care să se suprapună unui diagnostic din manual. Restul participanților au îndeplinit criteriile pentru diferite tulburări menționate în manual (tulburări care au fost stabilite de medicul psihiatru sau prin colaborarea dintre autoare și medicul pediatru curant al copilului): 25% (dintre care 2.9% rezilienți și 22.1% cu BD) pentru Tulburarea reactivă de atașament a perioadei de sugar sau a miciei copilării, de tip inhibat, 17.6% (dintre care 13.2% rezilienți și 4.4% cu BD) pentru Tulburarea reactivă de atașament a perioadei de sugar sau a miciei copilării, de tip dezinhibat, 7.4% (toți cu BD) pentru Tulburarea pervazivă de dezvoltare, respectiv note autiste, 2.9% (toți fără BD) pentru Ruminatie, 1.5% (fără BD) pentru Tulburarea de mișcare stereotipă, 1.5% (cu BD) pentru Tulburarea de alimentare a perioadei de sugar sau a miciei copilării.

În privința diagnosticului pe *axa I din DC 0-3R*, participanții din studiu au îndeplinit în marea majoritate criteriile pentru Tulburare de deprivare/ maltratare (47.1%), dintre care tipul

1: pattern de retragere emoțională, inhibiție un procent de 26.5%, tipul 2: pattern nediscriminativ, dezinhibat un procent de 17.6% și tipul 3: mixt un procent de 2.9%. O altă tulburare clinică bine reprezentată în rândul participanților din studiul de față a fost Tulburarea de reglare a procesării senzoriale (23.5% din totalul participanților), cu două subtipuri: hiposenzitiv/ hiporesponsiv (14.7% dintre participanți) și hipersenzitiv, tipul A: temător/ precaut (8.8%). Un procent de 7.4% dintre participanții la studiu au prezentat Tulburare de dezvoltare multisistemică, un procent de 2.9% Tulburare afectivă de tipul doliului/ reacției de jale prelungite și un procent de 1.5% Anorexie infantilă. Un număr de 12 participanți, reprezentând 17.6% din totalul participanților nu au îndeplinit criteriile pentru nicio tulburare mentală descrisă în manualul de diagnostic utilizat. Se poate constata faptul că DC 0-3R reprezintă un instrument util pentru evaluarea sănătății mentale a copilului mic, prin faptul că operaționalizează un număr important de tulburări clinice care nu sunt descrise de DSM-IV-TR. Un aspect important asupra căruia atrag atenția rezultatele noastre este acela că în condițiile în care copilul recurge la comportamente clasificate la polul internalizării, fie că sunt sau nu asociate sporadic cu comportamente de externalizare, acesta pare să fie cu mai mare probabilitate supus la dezvoltarea unor tulburări din sfera sănătății mentale și a BD non-organic, datorită factorilor de mediu adversivi decât copiii care recurg doar la comportamente de externalizare.

Relativ la *tulburările din sfera relațională* (cuantificate pe axa II în DC 0-3R, ca scoruri la scala PIR-GAS), cea mai mare parte a copiilor din lotul cuprins în studiu (51.5%) au obținut scoruri corespunzătoare unei tulburări relaționale severe (scoruri mai mici de 40), urmași de copiii la care s-au constatat dificultăți în sfera relațiilor (30.9%), care pot consta în factori de risc uneori tranzitorii și copiii care au avut parte de relații adecvate cu îngrijitorii primari înainte de perioada de spitalizare (17.6%). Funcționarea relației cu îngrijitorul primar este semnificativ mai deteriorată în condițiile prezenței BD non-organic decât în condițiile rezilienței ($U=201.5$, $p>.001$, figura 3).

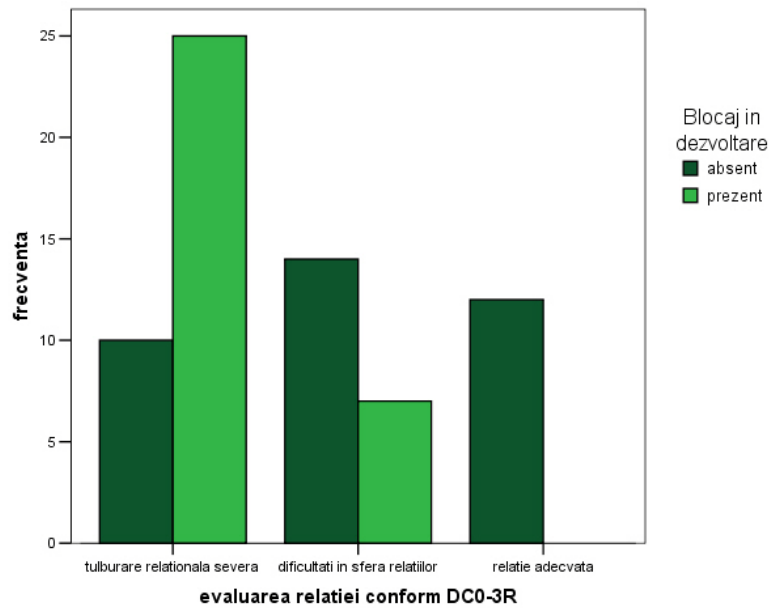


Figura 3. Funcționarea relației cu îngrijitorul primar, în funcție de prezența/ absența BD

Screening-ul sănătății mentale a participanților a fost puternic asociat cu natura relației copil – îngrijitor primar ($V=.766$, $p<.001$, corelație pozitivă, de intensitate ridicată), respectiv cu cât scorul la instrumentul de screening este mai mare, cu atât dificultatea din sfera relației este, de asemenea, mai severă.

Tulburările la nivelul procesării senzoriale pot împiedica funcționarea relației dintre copil și părinte (Zero to Three, 2005). De asemenea, este surprinzător faptul că în condițiile în care copilul are parte de o relație adecvată cu îngrijitorul primar în familie, acesta nu îndeplinește criteriile niciunei tulburări descrise în DC 0-3R și DSM-IV-TR, deși există o serie de dificultăți la care acesta este supus, începând cu malnutriția și alte boli somatice asociate acestora și până la dificultăți de natură socio-culturală, care pot oricând deveni factori de risc pentru sănătatea mentală a copilului.

Raportat la *funcționarea emoțională și socială*, diferențele existente în funcție de severitatea malnutriției sunt semnificative statistic ($H=16.58$, $p<.01$), în figura 4 se observă faptul că tendința centrală a scorurilor funcționării emoționale și sociale este din ce în ce mai crescută pe măsură ce severitatea malnutriției crește.

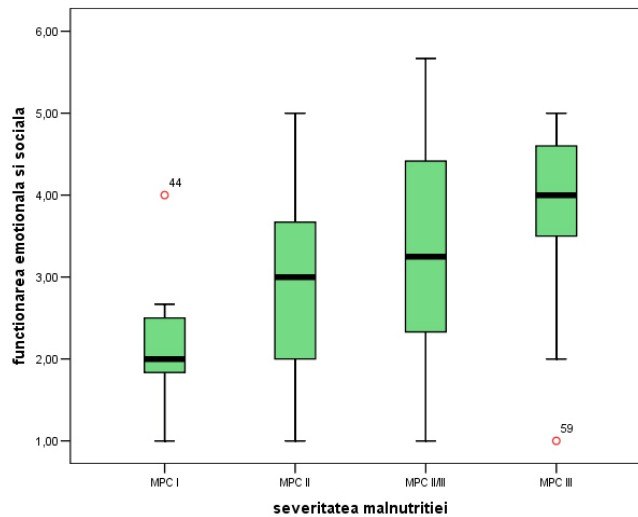


Figura 4. Distribuția scorurilor funcționării emoționale și sociale, în funcție de severitatea malnutriției

Funcționarea emoțională și socială a copiilor a fost semnificativ diferită în funcție de rezultatele la screening-ul sănătății mentale ($H=44.52$, $p<.001$), așa cum arată figura 5 pe măsură ce scorul la screening-ul sănătății mentale crește, tendința centrală a funcționării emoționale și sociale este mai ridicată, ceea ce semnifică funcționare mai scăzută.

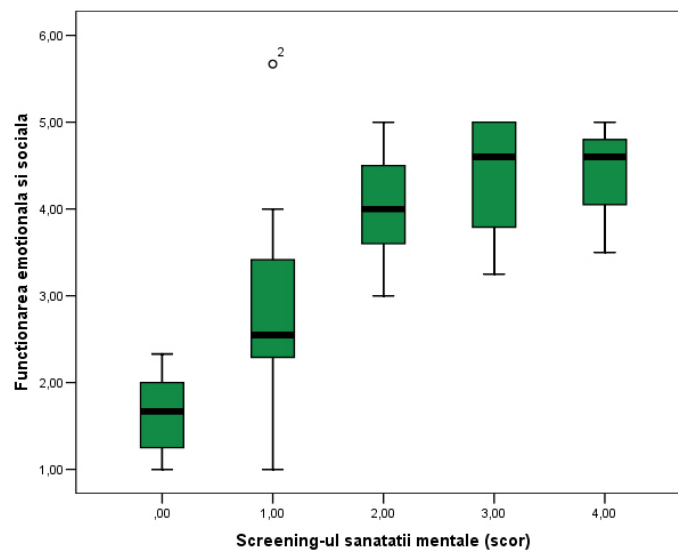


Figura 5. Funcționarea emoțională și socială în funcție de screening-ul sănătății mentale

Prin utilizarea regresiei multilinare ierarhice, am determinat faptul că relația dintre funcționarea socială și emoțională și existența BD non-organic este una directă, respectiv funcționarea copilului este problematică în condițiile existenței acestei tulburări non-organice. Relația dintre funcționarea socio-emoțională și funcționarea relațională este inversă, pe măsură ce funcționarea relațională este mai deficitară, aceasta determină producerea unor

tulburări mai severe la nivel emoțional. În privința direcției cauzalității, tulburările din sfera relației cu îngrijitorul primar sunt cele care determină problemele emoționale ale copilului și nu invers. Un alt rezultat cu relevanță practică și terapeutică importantă este acela că apariția BD non-organic explică parțial existența tulburărilor din sfera relațională (și în oarecare măsură cele de natură socială și emoțională).

Dezvoltarea psihomotorie a copiilor care au dezvoltat BD este mai sever afectată decât a copiilor rezilienți, în special domeniul socio-emoțional fiind un indicator pentru posibilitatea ca un copil cu tulburări de nutriție să devină rezilient sau, dimpotrivă, inclusiv în condițiile unui mediu protectiv precum cel al spitalului să achiziționeze BD non-organic. În lumina teoriilor atașamentului, la vârste timpurii copilul se dezvoltă în contextul comunicării emoționale cu îngrijitorul primar, iar securitatea resimțită în cadrul relației de atașament îi dezvoltă copilului motivația, dorința de explorare a mediului și de învățare din acesta. Potrivit teoriei auto-determinării (Ryan și Deci, 2004), nevoia de apartenență este una bazală, care stimulează motivația și dezvoltarea, iar în cazul în care aceasta nu este satisfăcută, tendința naturală de creștere și dezvoltare pare să fie perturbată încă din copilăria mică.

Asocierea dintre retardul psihomotor și *funcționarea relației* copilului cu îngrijitorul primar a fost puternic semnificativă statistic pentru toate cele cinci arii de dezvoltare evaluate, pe măsură ce funcționarea relației dintre copil și îngrijitor este mai afectată, retardul psihomotor este mai sever. Datele obținute sunt în acord cu studiile de specialitate (Zero to Three, 2005), conform cărora în situația în care există dificultăți în relația copil – părinte, aceasta încă păstrează flexibilitate adaptativă, iar progresul în dezvoltare atât al părintelui cât și al copilului pot să nu fie afectate, dificultatea relațională nu este generatoare de simptome, în ciuda unui anumit nivel de disconfort și stres.

Severitatea afectării în domeniul *funcționării sociale și emoționale* (evaluată global, pe axa V din DC 0-3R, în funcție de vârstă) a fost corelată pozitiv, moderat, semnificativ statistic cu retardul psihomotor, cu cât funcționarea socială și emoțională este mai deficitară, cu atât retardul în cadrul celor cinci arii evaluate tinde să fie mai sever. Factorii de natură relațională și emoțională au un impact mult mai semnificativ asupra dezvoltării în copilăria timpurie în comparație cu factorii ecologici, strict legați de mediul socio-cultural, ca nivelul cultural și material, condițiile de locuit ale familiei de proveniență a copilului.

În concluzie, copiii cu malnutriție expuși la factori de risc de natură psihosocială pot fi rezilienți în anumite condiții, în principal legate de contextul relațional, în timp ce achiziția BD non-organic este foarte probabilă la copiii expuși la medii policarențiale, marcate de

existența unor factori adversivi extremi, precum violența domestică, abuzul, trauma severă și neglijarea, abandonul la câteva luni după naștere, spitalizarea frecventă, pentru perioade de timp îndelungate fără aparținători.

Domeniile socio-emoțional, alături de limbaj și comunicare, sunt cele mai sever afectate la copiii cu BD non-organic. BD non-organic este o tulburare profund dependentă de mediul relațional al copilului, iar aceste conexiuni sunt foarte importante de abordat în scopul reducerii efectelor tulburării asupra dezvoltării fizice și psihosociale ale copilului. Dat fiind faptul că o serie de tulburări clinice sunt asociate cu riscuri de natură socială, cu tulburări de natură relațională și socio-emoțională ale copilului și chiar cu BD non-organic, este foarte important să se ia în considerare evaluarea sănătății mentale a sugariilor și copiilor la vârste foarte timpurii.

Block et al. (2007) consideră copiii spitalizați cu BD non-organic ca cele mai complexe și chiar extreme cazuri cu această condiție, în condițiile în care tulburarea are severitate mai redusă copiii sunt tratați în mediul familial, atunci când familia poate fi considerată partener în intervenție. Studiul de față a fost centrat doar pe copii spitalizați cu BD și recomandăm includerea în cadrul unor cercetări viitoare și a cazurilor mai puțin severe, în vederea decelării diferențelor existente. În baza unor evaluări mai detaliate și a utilizării unor loturi mai mari de participanți se pot stabili cu mai mare acuratețe asocierile dintre diferiți factori care contribuie la achiziția tulburării, precum și a condițiilor din sfera sănătății mentale care i se asociază. Identificăm dimensiunea redusă a lotului ca una dintre limitele principale ale studiului 1.

În **capitolul 3** este abordată relația timpurie dintre copil și mamă și legătura acesteia cu dezvoltarea socială a copilului și caracteristici maternă (anxietatea de separare maternă, vinovăția interpersonală, simptomatologia clinică a mamei).

Cadrul teoretic al capitolului cuprinde descrierea stilurilor de atașament ale copilului și, derivate din teoria atașamentului cu aplicare asupra copilăriei timpurii, a stilurilor de atașament ale adultului, ca moduri în care persoana se raportează emoțional în relațiile apropiate, cu persoane semnificative (figuri de atașament), precum și a dimensiunilor latente (anxietate/ evitare) ale raportării la relații apropiate.

Un alt aspect abordat în capitolul 3 este rolul interacțiunii timpurii dintre mamă și copil pentru dezvoltarea modelelor interne de lucru despre sine și ceilalți. Sensibilitatea, responsivitatea, disponibilitatea maternă, reglarea stărilor homeostatice în interacțiune și rolul

copilului în interacțiune (relevat prin utilizarea procedurii „still-face”) sunt tratate pe larg. Relația de atașament mamă – copil este influențată, pe lângă atitudinea și caracteristicile mamei, de particularități ale copilului, ca participant activ la interacțiune, precum și de caracteristici ale mediului de îngrijire, aspecte abordate în ultima parte a cadrului teoretic al capitolului.

Studiul 2.1. urmărește relațiile dintre stilul de atașament al copilului, interacțiunea mamă – copil și dezvoltarea socială a copilului. Studiul implementează un design diadic standard, multivariat, mixt, în cadrul căruia s-au efectuat analize ideografice și nomotetice asupra datelor obținute.

Lotul selectat pentru studiul 2.1. a cuprins 75 de diade mamă – copil, care au fost selectate prin randomizarea stratificată și pe baza de voluntariat, din diferite arii geografice și medii sociale. Din totalul *diadelor*, 78% provin din medii sociale adecvate (familii organizate, cu nivel cultural mediu/ crescut, condiții materiale și de locuit potrivite) și 21.3% din medii carentiale, la risc de natură socială (familii dezorganizate, cu condiții materiale precare, nivel cultural scăzut). Întâlnirea autoarei cu diadele a avut loc în cele mai multe cazuri la creșa unde este înscris copilul (61.33%), apoi într-un alt mediu familiar diadei, de regulă, la domiciliul unor prieteni de-ai copilului sau mamei (20%) și, respectiv, la domiciliul diadei (în 18.67% dintre cazuri).

În privința tipului de creșă la care este înscris copilul, acestea au fost de stat, de două tipuri: creșe obișnuite (68% din totalul celor înscrși la creșă) și creșe sociale (32%). Majoritatea diadelor locuiesc în mediul urban (88% din total) și o mică parte în mediul rural (12%). Vârsta a *mamelor* participante la studiu este cuprinsă în intervalul 18 – 44 ani, media de vârstă fiind de 30.24 ani. În afară de copilul cu care au participat la studiu, 53.3% dintre mame nu mai au alt copil, urmate de cele care mai au încă un copil (36% din total), cele care mai au doi copii (9.3%) și doar o singură mamă (reprezentând 1.3% din numărul total) cu încă trei copii.

Copiii care participă alături de mame în diadele cuprinse în lot sunt distribuiți similar în privința sexului: 52% băieți și 48% fete. Vârstele copiilor sunt cuprinse în intervalul 13 și 36 de luni, cu o medie de 25.71 luni.

În cadrul studiului 2.1. ne-am propus sondarea următoarelor **obiective generale**:

(1) Determinarea influenței caracteristicilor copilului, mamei, mediului de îngrijire al copilului și mediului socio-cultural de proveniență a mamei și copilului asupra dezvoltării sociale a copilului;

(2) Stabilirea impactului caracteristicilor copilului, mamei, mediului de îngrijire al copilului și mediului socio-cultural de proveniență al diadei mamă – copil asupra interacțiunii dintre mamă și copil;

(3) Analiza relațiilor dintre diferite dimensiuni ale interacțiunii mamă – copil în cadrul activității de joc;

(4) Determinarea impactului factorilor individuali, materni, care țin de mediul de îngrijire și mediul socio-cultural de proveniență a copilului și mamei asupra dimensiunilor atașamentului și stilului de atașament;

(5) Investigarea relațiilor, interdependențelor și interacțiunilor dintre atașament, interacțiunea mamă – copil și dezvoltarea socială a copilului. Obiectivele *specifice* sunt prezentate pe larg în conținutul tezei.

Dintre *ipotezele* formulate în baza literaturii de specialitate și practicii enumerăm: (1) Există corelații semnificative între diferite dimensiuni ale dezvoltării sociale în copilăria timpurie, așa cum sunt acestea evaluate de către specialist și de către mama copilului, (2) Există diferențe semnificative la nivelul dezvoltării sociale și a componentelor acesteia între copiii de sex feminin și cei de sex masculin, care sunt unici și cei care au frați/ surori; (3) Dezvoltarea socială a copiilor mici este semnificativ diferită, în funcție de starea de sănătate fizică a copilului și necesitatea spitalizării datorită problemelor de sănătate, (4) Dezvoltarea socială în copilăria timpurie este semnificativ diferită la copiii născuți prematur și cei născuți la termen, precum și în funcție de momentul în care copilul a fost pentru prima dată luat în brațe de mamă, după naștere; (5) Există diferențe semnificative la nivelul dezvoltării sociale a copiilor mici, în funcție de tipul relației de cuplu a mamei, respectiv dacă tatăl copilului este prezent în viața cotidiană a familiei; (6) Există diferențe semnificative la nivelul dezvoltării sociale a copiilor mici, în funcție de nivelul cultural (de școlarizare) al mamei, integrarea mamei în muncă/ școală, mediul de proveniență (adecvat/ carențial, urban/ rural) și mediul de îngrijire al copilului (înscrisere la creșă, tipul creșei), (7) Există intercorelații semnificative între dimensiunile comportamentale/ atitudinale ale interacțiunii sub formă de joc a mamei cu copilul său, (8) Există corelații semnificative statistic între vârsta mamei/ vârsta copilului și atitudinile/ comportamentele acesteia față de copil; (9) Există diferențe semnificative statistic în privința modului în care mama interacționează cu copilul său, în funcție de sexul, starea de

sănătate acestuia și nevoia de spitalizare a copilului pe parcursul vieții, percepția mamei asupra dezvoltării fizice și psihomotorii a copilului; (10) Comportamentul mamei față de copil în interacțiunea cu acesta este semnificativ diferit dacă aceasta a rămas însărcinată cu copilul atunci când a dorit, mai devreme sau mai târziu decât a dorit; dacă nașterea copilului s-a produs la termen sau prematur; în funcție de intervalul de timp care a trecut până când mama a luat pentru prima dată copilul în brațe după naștere; și dacă mama a alăptat sau nu copilul; (11) Există corelații semnificative între vârsta mamei și raportarea acesteia la copil în interacțiune; (12) Mamele care sunt implicate în relații de cuplu cu tatăl copilului se raportează la copil în timpul interacțiunii de joc semnificativ diferit față de cele implicate în relații de cuplu cu alți parteneri sau care nu sunt implicate în relații de cuplu; (13) Există diferențe semnificative în privința modului în care mama interacționează cu copilul, în funcție de nivelul educațional al acesteia; integrarea în muncă/ școală cu normă întreagă, parțială sau deloc; (14) Există diferențe semnificative în privința interacțiunii mamă – copil, în funcție de percepția mamei asupra relației sale de cuplu, existența sprijinului pentru mamă în creșterea copilului și tipul acestuia; precum și în funcție de mediul de îngrijire al copilului (înscrierea copilului la creșă, tipul creșei); și tipul mediului de proveniență (carențiat/ adecvat); (15) Erorile reziduale și indicatorii gradului de potrivire a modelelor bifactorial și multifactorial ale atașamentului în copilăria timpurie se încadrează în intervalele care specifică modele adecvate; (16) Există corelații semnificative statistic între vârsta copilului și comportamentele de atașament ale acestuia, observate și latente; (17) Există diferențe semnificative statistic la nivelul atașamentului copilului, între copiii de sex feminin și cei de sex masculin; în funcție de starea de sănătate a copilului; (18) Perioada în care mama a rămas însărcinată cu copilul, nașterea prematură/ la termen, momentul după naștere când copilul a fost pentru prima dată luat în brațe de către mamă, modul în care copilul a fost alimentat în prima perioadă a vieții sunt factori care determină apariția unor diferențe semnificative statistic la nivelul comportamentelor/ stilului de atașament al copiilor; (19) Tipul comportamentelor/ stilul de atașament a copilului sunt semnificativ diferite în condițiile în care tatăl copilului este prezent sau nu este prezent în viața de familie; (20) Există diferențe semnificative statistic la nivelul atașamentului copilului, în funcție de existența sprijinului pentru mamă în creșterea copilului; calitatea relației dintre părinți; înscrierea copilului la creșă; mediul de proveniență (adecvat/ carențiat) al diadei; (21) Există corelații semnificative statistic între dimensiunile atașamentului copilului și cele ale interacțiunii mamă – copil; (22) Există diferențe semnificative la nivelul stilurilor de atașament ale copiilor, în funcție de modul în care

mamele interacționează cu aceștia; (23) Există corelații semnificative între atașamentul copilului și dezvoltarea socială a acestuia; (24) Există diferențe semnificative statistic în privința dezvoltării sociale a copiilor, în funcție de stilurile de atașament ale acestora; (25) Există corelații semnificative între interacțiunea mamă – copil și dezvoltarea socială a copilului.

Câteva dintre *întrebările* formulate au fost: (1) Care sunt dimensiunile latente ale dezvoltării sociale a copilului mic? (2) Care sunt dimensiunile latente a raportării materne la copil, în cadrul interacțiunii dintre mamă și copil într-un context ludic? (3) Care este modelul structural care reprezintă cel mai adecvat relațiile cauzale complexe dintre interacțiunea mamă – copil, atașamentul și dezvoltarea socială a copilului? (4) Există o relație cauzală între interacțiunea mamă – copil și dezvoltarea socială a copilului directă și/ sau mediată de atașamentul copilului? (5) Care este modul în care dimensiunile interacțiunii mamă – copil se asociază și interacționează cu dimensiunile atașamentului și dezvoltarea socială a copilului?

Instrumentele utilizate în studiul 2.1. au fost:

- 1) proba de evaluare a dezvoltării sociale a copilului (AEPS, Bricker, 1993), aplicată de către observator și mamă;
- 2) evaluarea interacțiunii mamă – copil (situație de joc adaptată pentru a activa comportamente de atașament ale copilului, fără a-l supune la factori stresanți);
- 3) evaluarea atașamentului copilului (TAS-45, Andreassen și Fletcher, 2007).

În urma observației realizate în întâlnirea autoarei cu diada, s-au evaluat dezvoltarea socială a copilului (instrumentul permite evaluarea screening), s-a cotate interacțiunea mamă – copil de-a lungul a șase dimensiuni și s-au sortat itemii instrumentului de evaluare a atașamentului (prin procedura Q-sort). De asemenea, mama a primit un chestionar auto-administrat sub formă creion-hârtie, care în partea I a conținut o serie de itemi referitori la copil, la propria persoană și la relațiile sale cu alți membri ai familiei, iar în cea de-a doua parte a chestionarului au fost incluse scalele de evaluare a caracteristicilor mamei. Stabilirea stilului predominant de atașament s-a efectuat pentru fiecare participant în parte, în baza profilului individual obținut prin reprezentarea grafică a celor opt dimensiuni comportamentale ale atașamentului, prin compararea profilului participantului cu profilul teoretic al fiecărui stil de atașament (Andreassen, Fletcher, 2007). În baza distanței euclidiene celei mai scurte, a fost selectat profilul predominant al copilului, ținând cont și de consistența internă scăzută a diferitelor subscale (dimensiuni). Dată fiind vârsta copiilor, aceștia nu aduc

biasarea dezirabilității sociale în situația urmărită, motiv pentru care o perioadă de timp mai scurtă dedicată observației (30-45 minute) este adecvată.

Instrumentele au dovedit consistență internă acceptabilă (AEPS, instrumentul prin care se cotează interacțiunea, TAS-45) și structura factorială a fost confirmată prin analiză factorială confirmatorie (TAS-45). Corelațiile dintre evaluările realizate de observator și mame pentru *dezvoltarea socială a copilului* arată că în cazul subscalelor echivalente s-au înregistrat asocieri puternic semnificative, evaluarea observatorului și evaluarea mamelor au fost concordante, fapt confirmat prin scalare multidimensională (procedura PROXSCAL).

În privința *factorilor care contribuie la dezvoltarea socială a copiilor*, sexul copilului a contribuit la obținerea unor diferențe semnificative în privința comunicării cu alți copii ($U=522$, $p=.05$) și al dezvoltării sociale globale ($U=516$, $p<.05$), copiii de sex feminin fiind mai bine dezvoltați pe aceste domenii decât cei de sex masculin. Perioada cât copilul a fost alăptat a fost asociată semnificativ negativ cu interacțiunea cu copiii din grupul de vârstă ($r = -.23$, $p<.05$), respectiv cu cât copilul a fost alăptat pe o perioadă de timp mai lungă, cu atât deschiderea acestuia spre interacțiunea cu alți copii a fost mai redusă. S-au constatat diferențe semnificative statistic în privința dezvoltării sociale globale a copiilor, în funcție de momentul în care mama a luat copilul în brațe pentru prima dată după nașterea acestuia ($H=7.97$, $p<.05$), cu cât timpul de la nașterea copilului până la momentul în care mama l-a luat în brațe a fost mai lung, cu atât dezvoltarea socială a copilului a fost mai scăzută.

Dintre caracteristicile specifice mediului de creștere și îngrijire al copilului, au avut o influență semnificativă asupra dezvoltării sociale a copilului: mediul urban/ rural în care copilul este crescut, copiii care au provenit din mediul urban au fost semnificativ mai bine dezvoltați decât cei care au provenit din mediul rural în domeniul interacțiunii cu adulții familiari ($U=142.5$, $p<.05$), comunicării cu adulții ($U=118$, $p<.01$), în domeniul interacțiunilor cu alți copii ($U=174$, $p<.05$) și în privința dezvoltării sociale globale ($U=116$, $p<.05$), în timp ce tipul mediului de proveniență defavorizat/ adecvat nu a avut relevanță asupra dezvoltării sociale a copilului. În raport cu mediul de îngrijire, copiii care sunt înscriși la creșă au demonstrat nivel al interacțiunii cu alți copii din grupul de vârstă semnificativ mai bun decât copiii care nu merg la creșă ($U=425.5$, $p<.05$), în timp ce în privința interacțiunilor/ comunicării cu adulții diferențele înregistrate nu au fost semnificative statistic. Diferențele nu sunt semnificative în funcție de tipul creșei (obișnuită/ socială) la care copilul a fost înscris.

Nu s-au înregistrat diferențe semnificative statistic în cadrul interacțiunii dintre mamă și copil, în funcție de locația întâlnirii autoarei cu diada, fapt care atestă acuratețea datelor

culese. În privința *asocierii dintre diferite dimensiuni* ale interacțiunii mamă – copil, cu cât mama manifestă o atitudine mai deschisă, marcată de emoționalitate pozitivă și stimulare a copilului, prin centrarea pe persoana acestuia, nevoile și interesele lui, cu atât aceasta manifestă o gamă a afectelor negative, dezangajare și intruzivitate mai reduse. Pe de altă parte, cu cât aceasta manifestă cu mai mare intensitate și frecvență afecte negative, cu atât sensibilitatea acesteia față de copil este mai redusă, mama fiind mai dezangajată și intruzivă. Cu cât mama este mai sensibilă față de copil și îi oferă în mai mare măsură sprijin centrat pe nevoile sale, oferindu-i posibilitatea experimentării succesului și emoțiilor pozitive în activitate, cu atât aceasta este în mai mică măsură dezangajată și prezintă în măsură redusă afecte plate.

Prin analiză factorială, am identificat două *dimensiuni latente* ale interacțiunii mamă – copil, pe care le-am denumit „Implicare, afecte pozitive”, respectiv „Control excesiv, afecte negative”. Primul tip de atitudine asupra copilului are potențial mai ridicat de stimulare a dezvoltării acestuia, în timp ce cea de-a doua mai degrabă de inhibare a inițiativelor copilului și a tendinței sale naturale de dezvoltare. Cele două dimensiuni par să fie non-aditive și opuse, asocierea dintre ele este negativă, slabă, semnificativă statistic ($r = -.23$, $p < .05$), cu cât mama manifestă în mai mare măsură afectivitate pozitivă, implicare și centrare pe copil, cu atât aceasta tinde să fie mai puțin controlatoare și să prezinte în mai mică măsură afecte negative.

Vârsta copilului a fost corelată semnificativ, negativ, însă de intensitate redusă cu „Atenția negativă” ($r = -.19$, $p < .05$), precum și cu „Controlul excesiv”, corelație slabă, negativă ($r = -.256$, $p < .05$), în cadrul restului dimensiunilor corelațiile fiind ne semnificative statistic. Cu cât copilului este mai mare, cu atât atenția negativă a mamei asupra acestuia tinde să fie mai redusă, respectiv controlul mamei asupra activității copilului mai redus. Mamele care au copii de sex feminin tind să fie mai angajate în activitatea cu aceștia, comparativ cu mamele care au copii de sex masculin.

În ceea ce privește factorii care țin de *sarcină, naștere și perioada de început* a vieții copilului, aceștia nu au avut o contribuție importantă asupra modului în care mama interacționează cu copilul, decât factorul „momentul după naștere când mama a luat pentru prima dată copilul în brațe”.

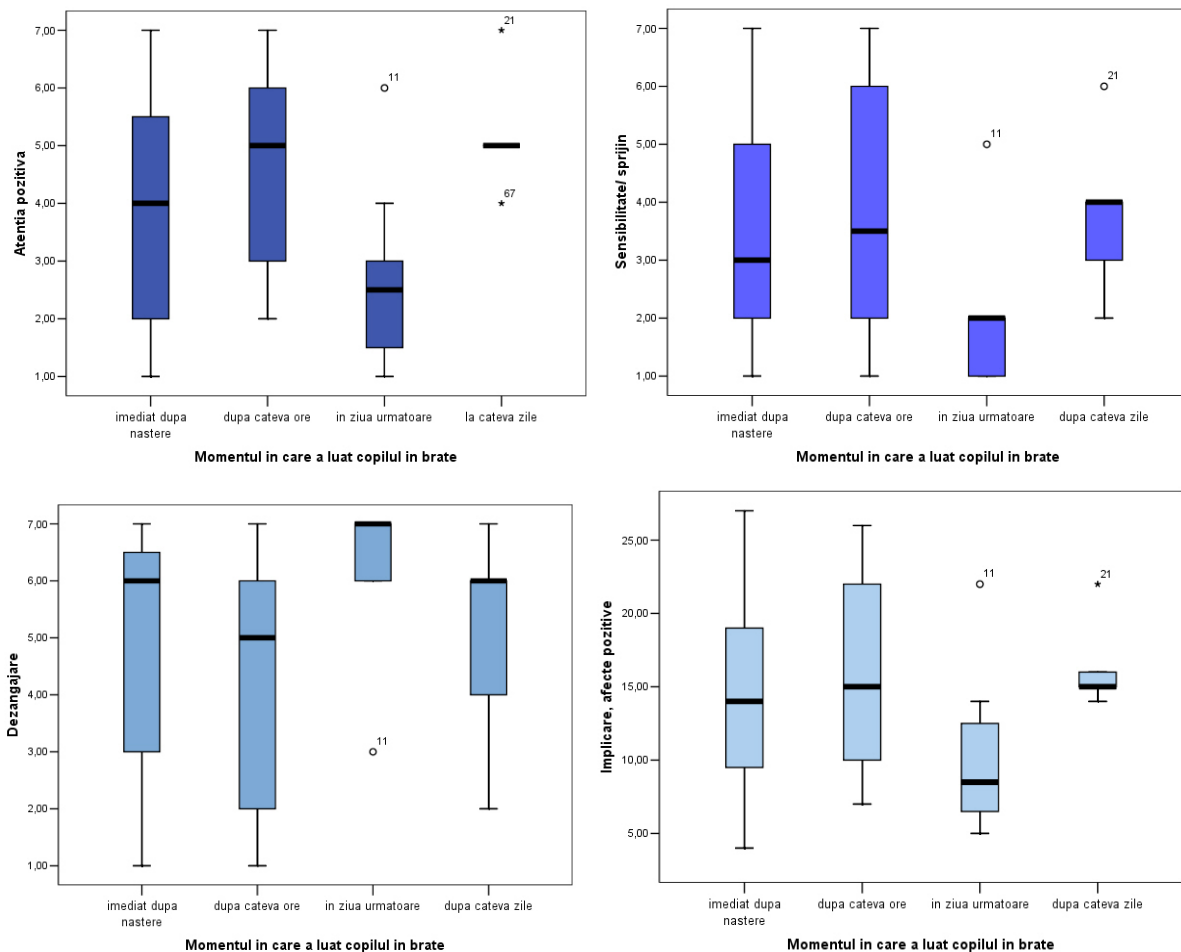


Figura 6. Diferențele semnificative constatate la nivelul interacțiunii mamă – copil, în funcție de momentul în care mama a ținut copilul în brațe după nașterea acestuia

Mamele care au luat copilul în brațe în ziua următoare după naștere au avut tendința de a manifesta în mai mică măsură atenție pozitivă, sensibilitate și implicare marcată de afecte pozitive și în mai mare măsură dezangajare (figura 6) în interacțiunea cu copilul lor.

În privința *caracteristicilor materne*, vârsta mamei nu a fost semnificativ asociată cu dimensiunile urmărite ale interacțiunii din cadrul diadei, decât la nivelul scorului global al dimensiunii latente „control excesiv, afecte negative” ($r=-.26$, $p<.05$), cu cât vârsta mamei este mai înaintată, cu atât nivelul controlului marcat de afectivitate negativă pare să fie mai diminuat. Starea civilă a mamei (căsătorită/ divorțată/ relație consensuală) și existența tatălui în familie (mama căsătorită sau relație consensuală cu tatăl copilului/ mama divorțată sau în relație cu o persoană diferită de tatăl copilului) nu au contribuit la apariția unor diferențe semnificative la nivelul interacțiunii mamei cu copilul, pentru niciuna dintre dimensiunile urmărite.

În privința nivelului de educație al mamei, s-au constatat diferențe semnificative la nivelul intruzivității ($H=13.99$, $p<.01$) și al controlului excesiv marcat de afecte negative ($H=11.54$, $p<.05$). Mamele cu un nivel mediu de educație au prezentat în mai mare măsură tendința de a fi intruzive în interacțiunea cu copiii lor și excesiv controlatoare, comparativ cu mamele cu studii superioare și postuniversitare.

Mamele care au evaluat că au sprijin pentru creșterea copilului au obținut scoruri mai mici la implicare și atenție pozitivă și scoruri mai mari la dezangajare decât cele care au afirmat că nu au sprijin pentru creșterea copilului, diferențele mari fiind în special la nivelul grupului de mame care au considerat că au ca sprijin creșa. Mamele care au ca sprijin creșa au prezentat tendința de dezangajare în mai mare măsură decât cele care au ca sprijin bunicii copilului, respectiv în cea mai mică măsură cele care au ca sprijin o bună. Mamele a căror copii sunt înscriși la creșe sociale au demonstrat în mai mare măsură atenție negativă ($U=143.5$, $p<.01$) și control excesiv ($U=137.5$, $p<.01$) decât mamele a căror copii sunt înscriși în creșe obișnuite. Pe de altă parte, mamele a căror copii sunt înscriși în creșe obișnuite au demonstrat în mai mare măsură atenție pozitivă față de copiii lor ($U=161.5$, $p<.05$).

Tipul mediului social din care provine diada (mediu adecvat sau mediu carențial) a avut influență asupra dimensiunii „Atenție pozitivă” din cadrul interacțiunii mamă – copil ($U=280.5$, $p<.05$), restul aspectelor urmărite nefiind semnificativ diferite între cele două categorii de copii. Mamele care au provenit dintr-un mediu carențial (familie dezorganizată, nivel cultural, economic scăzute) au manifestat în mai mică măsură atenție pozitivă asupra copilului lor, comparativ cu mamele care au provenit dintr-un mediu adecvat (din punct de vedere al statutului legal al familiei, al nivelului cultural și economic), iar mamele din mediul rural au demonstrat în mai mare măsură intruziune și control în jocul copilului decât mamele din mediul urban.

În privința *atașamentului copilului*, prin analiza factorială exploratorie, am determinat existența a două dimensiuni latente, pe care le-am denumit „**menținerea proximității față de mamă**” și „**lipsa încrederii în mamă și alte persoane**”.

Cele două dimensiuni latente nu sunt opuse, deși sunt non-aditive, motiv pentru care le-am reprezentat pe două axe care se intersectează (figura 7), similar modelului dezvoltat de Bartholomew și Horowitz pentru atașamentul adult. Dată fiind vârsta copilului, dimensiunile centrale ale atașamentului sunt legate direct de mamă, încrederea în disponibilitatea/responsivitatea acesteia și dorința de explorare sau menținere a proximității față de mamă, ca îngrijitor primar și figură centrală de atașament, deoarece la această vârstă copilul încă nu are

modelele interne de lucru despre sine și lume complet formate, astfel că am preferat să nu denumim dimensiunile în termeni de anxietate – evitare, utilizați pentru adulți.

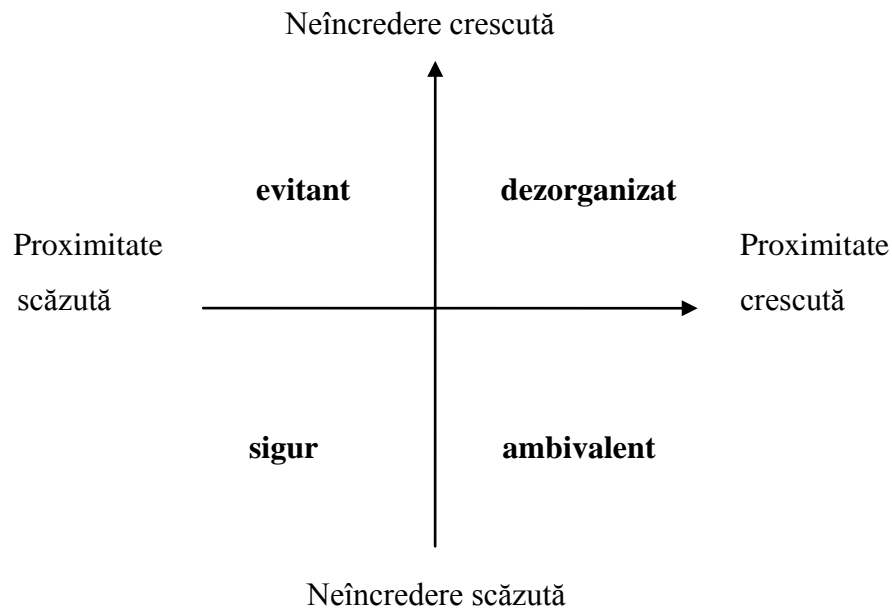


Figura 7. Reprezentarea dimensiunilor latente ale comportamentelor de atașament și a stilurilor de atașament aferente acestora

În funcție de cadranele rezultate prin intersecția dimensiunilor, stilul sigur este caracterizat prin încredere în mamă și în ceilalți, respectiv copilul este independent, sociabil, fără a avea nevoie să mențină proximitatea exagerat de mult, dar păstrând dorința și plăcerea de a fi alintat. Stilul evitant este caracterizat prin neîncredere crescută în mamă și alte persoane, copilul este independent, dar nu și sociabil, nu dorește să interacționeze cu mama și alte persoane, preferă obiectele și nu dorește să se apropie de mamă, respectiv evită intimitatea emoțională cu aceasta. Stilul ambivalent de atașament este caracterizat de neîncredere scăzută în mamă și alte persoane, însă copilul are nevoie accentuată de proximitatea mamei, este lipicios și temător, în special în absența acesteia. Stilul de atașament dezorganizat este caracterizat de nevoia crescută de proximitatea mamei, dar dublată de neîncredere în mamă și alte persoane, copilul are nevoie de independență și este autonom, dar în același timp resimte anxietate față de îndepărtarea de mamă.

Conform modelului bidimensional al atașamentului, distribuția participanților în cele patru cadrane se apropie foarte mult de ceea ce specifică modelul (figura 8). Deși, dat fiind faptul că nu există stiluri de atașament „pure”, este firesc să existe excepții considerăm că modelul propus necesită să fie testat în continuare și pe alte loturi, acesta având implicații importante de ordin teoretic și practic. Modelul nostru confirmă în parte modelele ale

atașamentului copilului, precum cel propus de Mary Ainsworth, în plus conținând stilul de atașament dezorganizat și fiind obținut prin implementarea unei metodologii profund diferite de cea a autoarei citate.

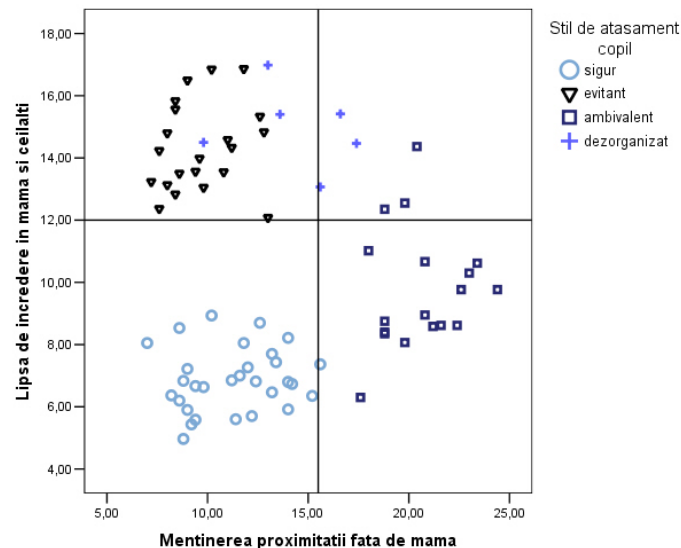


Figura 8. Distribuția stilurilor de atașament ale participanților în funcție de cele două dimensiuni latente ale atașamentului

Dintre *factorii* care au avut impact asupra dimensiunilor atașamentului și stilurilor principale de atașament, sexul copilului a contribuit la obținerea unor diferențe la nivelul dimensiunilor „Cooperare”, „Evitarea altora” și „Capricios, nesigur, neobișnuit”. În comparație cu băieții, fetele au avut tendința de a fi mai cooperante cu mama în activitate, a evita în mai mică măsură compania și interacțiunea cu alte persoane (adultul prietenos, care a fost autoarea studiului), precum și de a prezenta în mai mică măsură comportamente neobișnuite, atipice, de a demonstra în mai mare măsură încredere în mamă și ceilalți. Frecvențele diferitelor stiluri de atașament au fost semnificativ diferite în funcție de sexul copilului participant ($\chi^2=13.26$, $p<.01$), copiii de sex feminin au prezentat în număr mult mai mare atașament sigur, comparativ cu cei de sex masculin, în număr mult mai mic atașament evitant și în număr ceva mai mic atașament ambivalent, în timp ce atașamentul dezorganizat a fost prezent numai la copiii de sex masculin.

Diferențele existente la nivelul comportamentelor de atașament în funcție de starea de sănătate a copilului au fost semnificative statistic. Copiii care au fost evaluați de mame ca sănătoși au manifestat în măsură semnificativ mai mare căldură și confort față de alinare decât copiii cu boli cronice, dar de severitate redusă și cei cu boli ușoare (aceștia din urmă în cea mai mică măsură). Pe de altă parte, copiii evaluați ca sănătoși au fost mai cooperanți cu

mama decât cei cu boli ușoare și boli cronice de severitate redusă (aceștia din urmă în cea mai mică măsură).

Dintre caracteristicile și factorii care țin de *mamă*, vârsta acesteia a fost semnificativ asociată cu „căutarea atenției” (corelație negativă, slabă, $r=-.24$, $p<.05$), „distres față de separare” (corelație negativă, slabă, $r=-.24$, $p<.05$) și cu dimensiunea latentă „menținerea proximității față de mamă” (corelație negativă, slabă, $r=-.26$, $p<.05$). Stilul de atașament sigur al copilului este în cea mai mare măsură asociat cu o relație dintre părinți fericită, în timp ce copiii cu atașament dezorganizat au în cea mai mare măsură mame cu relații de cuplu percepute ca nefericite și oarecum fericite (figura 9).

Diferențele existente între cele patru stiluri de atașament sunt semnificative statistic în privința atenției pozitive ($H=12.56$, $p<.01$), a sensibilității materne ($H=28.24$, $p<.001$), a dezangajării ($H=22.01$, $p<.001$), a intruzivității ($H=16.30$, $p<.01$), a dimensiunilor latente „implicare, afecte pozitive” ($H=16.10$, $p<.001$) și „control excesiv, afecte negative” ($H=13.33$, $p<.001$) și ne semnificative în cazul „atenției negative” ($H=5.53$, $p>.05$) și „monotoniei afectelor” ($H=.31$, $p>.05$).

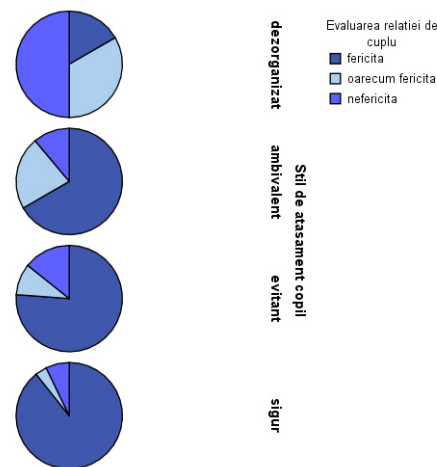


Figura 9. Stilul de atașament al copilului, în funcție de modul în care a fost percepută relația de cuplu a mamei

Relațiile cauzale între interacțiunea mamă – copil și atașamentul acestuia, precum și între interacțiunea cu mama și dezvoltarea socială a copilului și între interacțiunea cu mama și comportamente de atașament sunt semnificative statistic. Mediarea comportamentelor de atașament în relația dintre interacțiunea mamă - copil și dezvoltarea socială a copilului este totală, însă doar în situația în care lipsa de încredere în mamă și ceilalți mediază relația dintre implicare, afecte pozitive și interacțiunea cu adulții familiari.

Ecuția structurală care modelează interacțiunile complexe dintre dimensiunile interacțiunii mamei cu copilul, dezvoltarea socială a copilului și comportamentele de atașament (figura 10) ale acestuia este adecvată, conform valorilor indicatorilor gradului de potrivire și erorilor reziduale.

Dintre variabilele endogene, „lipsa încrederii în mamă și ceilalți” este în cea mai mare măsură explicată de variabilele exogene incluse în model (în proporție de 29%, ceea ce este un procent foarte bun), urmată de „interacțiunea cu adulții”, în proporție de 19% și „menținerea proximității față de mamă” în proporție de 18%. Prin urmare, modul în care mama interacționează cu copilul influențează foarte mult comportamentele de atașament ale acestuia și, se pare, raportarea copilului la adult, însă în mai mică măsură interacțiunea cu copii din grupul de vârstă. Considerăm că o direcție de cercetare viitoare interesantă ar fi aceea de a determina factorii de natură relațională și emoțională care au impact asupra interacțiunii copilului cu alți copii din grupul de vârstă. De asemenea, ar fi interesant de investigat dacă modelul este în vreun fel diferit la copiii cu diferite stiluri de atașament (în studiul de față, numărul participanților este prea redus pentru această investigație).

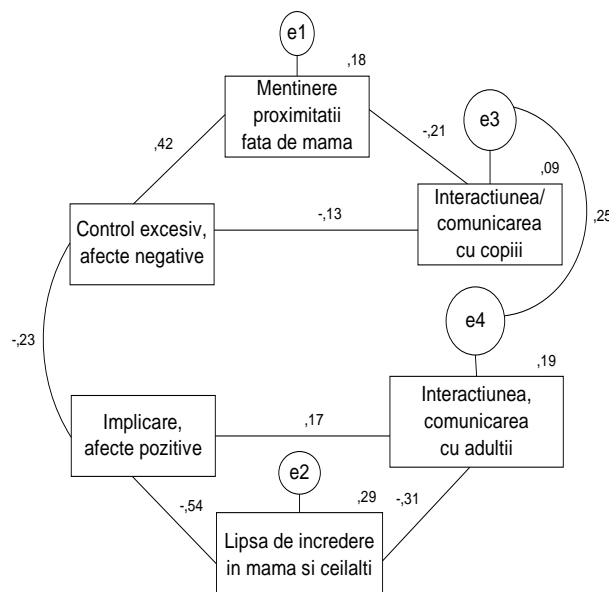


Figura 10. Modelul structural al influenței interacțiunii mamă – copil asupra atașamentului și dezvoltării sociale a copilului

Deschiderea copilului spre exterior (spre interacțiune, comunicare cu alte persoane, fie adulte, fie de aceeași vârstă cu el) este influențată, pe lângă atașament și modul în care mama se raportează la copil, și de alți factori, care par să fie semnificativ relaționați între ei. Trăsături temperamentale, factori care țin de sănătatea mentală a copilului, precum și factori

de mediu pot fi la originea acestora abilități sau le pot nuanța. Studiul de față a fost axat doar asupra interacțiunii cu mama și asupra atașamentului copilului, urmând ca studii viitoare să abordeze și alte variabile implicate. De asemenea, prin implicarea unui număr mai mare de participanți, studiile viitoare pot genera concluzii cu caracter de generalitate mai ridicat decât cele pe care le-am extras din datele obținute în studiul de față. Limita principală a studiului este absența unui al doilea observator în evaluarea dezvoltării sociale, atașamentului copilului și interacțiunii din cadrul diadei.

Studiul 2.2. a avut ca *obiective generale*: (1) Testarea structurilor factoriale ale scalelor care operaționalizează anxietatea de separare maternă și vulnerabilitatea atașamentului adult; (2) Sondarea relațiilor dintre atașamentul adultului și anxietatea de separare maternă, vinovăția interpersonală și simptomatologia clinică a mamei; (3) Analiza influențelor caracteristicilor mamei, copilului și mediului de proveniență al diadei asupra anxietății de separare maternă, atașamentului și afectelor materne; (4) Examinarea relațiilor complexe dintre atașamentul mamei, caracteristici materne (anxietatea de separare, vinovăția, intensitatea afectelor, simptomatologia clinică), atașamentul copilului, interacțiunea mamă – copil și dezvoltarea socială a copilului. *Obiectivele specifice* sunt prezentate pe larg în teză.

Dintre *ipotezele* formulate și testate în cadrul studiului, enumerăm:

(1) Indicatorii gradului de potrivire al modelului factorial al scalelor de anxietate de separare maternă și vulnerabilitate a atașamentului se încadrează în valorile critice necesare pentru un model potrivit;

(2) Există corelații semnificative între stilul de atașament sigur/ preocupat/ rejector/ temător al mamei și severitatea anxietății de separare maternă, nivelul vulnerabilității atașamentului adult, intensitatea afectelor pozitive/ negative ale mamei;

(3) Stilul de atașament al mamei are efect causal semnificativ asupra anxietății de separare maternă, vulnerabilității atașamentului adult și intensității afectelor pozitive/ negative ale mamei;

(4) Intercorelațiile dintre anxietatea de separare maternă, vulnerabilitatea atașamentului adult și intensitatea afectelor pozitive/ negative sunt semnificative statistic;

(5) Vulnerabilitatea atașamentului crescută cauzează creșterea anxietății de separare maternă;

(6) Intercorelațiile dintre vinovăția interpersonală, anxietatea de separare maternă, vulnerabilitatea atașamentului sunt semnificative statistic,

(7) Vulnerabilitatea atașamentului mediază relația cauzală dintre vinovăția interpersonală și anxietatea de separare maternă;

(8) Anxietatea de separare maternă și vulnerabilitatea atașamentului sunt asociate semnificativ cu simptome clinice, specifice somatizării, obsesiv-compulsivității, sensibilității interpersonale, depresiei, anxietății, ostilității, anxietății fobice, ideății paranoide și psihoticismului;

(9) Există corelații semnificative între vârsta mamei și anxietatea de separare a acesteia;

(10) Există diferențe semnificative la nivelul anxietății de separare maternă/ vulnerabilității atașamentului matern, în funcție de nivelul de educație al mamei și implicarea mamei într-o relație de cuplu;

(11) Vârsta copilului și vârsta până la care a fost alăptat sunt asociate semnificativ cu anxietatea de separare maternă;

(12) Există diferențe semnificative la nivelul anxietății de separare maternă/ vulnerabilității atașamentului matern, în funcție de: (a) sexul copilului, (b) numărul copiilor mamei, (c) percepția mamei asupra nivelului de dezvoltare al copilului, (d) starea de sănătate a copilului și nevoia de spitalizare a copilului pe parcursul vieții, (e) termenul la care s-a produs nașterea (la termen/ prematur), (f) momentul în care mama a luat pentru prima dată copilul în brațe după naștere, (g) existența sprijinului pentru mamă în creșterea copilului, (h) înscrierea copilului la creșă, (i) tipul mediului de proveniență (adecvat/ carentiat, urban/ rural), (j) decesul părinților mamei, (k) figura centrală de atașament a mamei, (l) stabilitatea cuplului parental al mamei (împreună/ separat), (m) percepția mamei asupra calității relației de cuplu dintre proprii părinți, (n) ordinea în frătrie a mamei;

(13) Există diferențe semnificative statistic în privința stilurilor de atașament matern, în funcție de nivelul de educație al mamei, tipul mediului de proveniență (carentiat/ adecvat), implicarea mamei într-o relație de cuplu, percepția mamei asupra calitatea relației de cuplu în care este implicată, calitatea percepută a relației dintre proprii părinți, figura centrală de atașament a mamei, decesul părinților mamei;

(14) Dimensiunile dezvoltării sociale a copilului sunt corelate semnificativ cu următoarele caracteristici matern: (a) atașamentul mamei, (b) anxietatea de separare maternă, (c) vulnerabilitatea atașamentului mamei, (d) intensitatea afectelor pozitive/ negative ale mamei, (e) vinovăția interpersonală a mamei; (f) severitatea simptomatologiei clinice a mamei

(simptome specifice somatizării, obsesiv-compulsivității, sensibilității interpersonale, depresiei, anxietății, ostilității, anxietății fobice, ideății paranoide și psihoticismului);

(15) Există corelații semnificative statistic între caracteristicile interacțiunii mamă – copil și atașamentul mamei în relații apropiate, vulnerabilitatea atașamentului, intensitatea afectelor pozitive/ negative ale mamei, simptomatologia clinică a mamei;

(16) Există corelații semnificative statistic între comportamentele de atașament ale copilului/ stilul de atașament al acestuia și următoarele caracteristici materne: (a) atașamentul mamei în relațiile apropiate, (b) anxietatea de separare maternă; (c) vulnerabilitatea atașamentului mamei; (d) intensitatea afectelor pozitive/ negative ale mamei; (e) vinovăția interpersonală a mamei; (f) simptomatologia clinică a mamei;

(17) Există corelații semnificative statistic între stilul de atașament al mamei și stilul de atașament al copilului.

Dintre *întrebările* formulate enumerăm: (1) Care sunt caracteristicile materne care determină, fie stimulând, fie inhibând, dezvoltarea socială a copilului? (2) Care dintre caracteristicile materne au un efect cauzal asupra modului de interacțiune a mamei cu copilul? (3) Care dintre caracteristicile mamei au efecte cauzale asupra comportamentelor de atașament ale copilului? (4) Cum se organizează relațiile cauzale complexe dintre atașamentul copilului, atașamentul mamei, caracteristicile materne, dezvoltarea socială a copilului și interacțiunea mamă – copil?

Participantele la studiul 2.2. au fost mamele și copiii a căror caracteristici au fost prezentate pentru studiul 2.1.

Instrumentele de evaluare a caracteristicilor materne au fost:

- (1) Scala de anxietate de separare maternă (MSAS, Hock, McBride și Gnezda, 1989);
- (2) Lista afectelor pozitive și negative (PANAS, Watson, Clark și Tellegen, 1988);
- (3) Chestionarul atașamentului adult (AAQ, Hazan și Shaver, 1990);
- (4) Chestionarul stilurilor relaționale (RSQ, Griffin și Bartholomew, 1994);
- (5) Chestionarul Stilului de Atașament Vulnerabil (VASQ, Bifulco et al., 2003);
- (6) Inventarul simptomatologiei, versiunea scurtă (BSI, Derogatis, 1975);
- (7) Chestionarul Vinovăției Interpersonale (IGQ-67, O'Connor et al., 1997).

Analiza factorială confirmatorie a relevat că modelul MSAS nu se abate sever de la gardul de potrivire, în timp ce pentru VASQ modelul este inadecvat, în condițiile în care consistența internă a MSAS a fost bună, iar a VASQ foarte slabă, în special pentru subscala „Căutarea proximității”. Prin urmare, am determinat dimensiunile latente ale subscalei,

utilizând analiza factorială exploratorie, prin care am identificat o soluție trifactorială: (1) „neliniștea față de separare”, formată din itemii 6, 11, 16 ($\alpha=.65$); (2) „lipsa de autonomie în luarea deciziilor”, formată din itemii 2, 7 și 15 ($\alpha=.72$) și (3) „nevoia de companie”, care fiind formată din doar doi itemi nu a fost considerată adecvată. În analiza factorială confirmatorie a noii subscale, atât erorile reziduale, cât și indicatorii gradului de potrivire au indicat un model foarte bun, toți indicii având valori optime.

Stilul sigur de atașament nu a fost semnificativ asociat cu niciuna dintre variabilele maternelor cuprinse în prezenta analiză. Stilul preocupat de atașament a fost semnificativ asociat cu „percepția efectului separării asupra copilului” (corelație negativă, slabă, $r=-.26$, $p<.05$), respectiv cu cât mama are un stil de atașament preocupat mai pronunțat, cu atât aceasta percepe în mai mică măsură efectele separării asupra copilului ca fiind negative. Stilul de atașament rejector nu a fost asociat semnificativ cu anxietatea de separare maternă, vulnerabilitatea atașamentului sau afectele pozitive/ negative. Stilul temător a fost asociat semnificativ cu vulnerabilitatea atașamentului, respectiv insecuritatea (corelație pozitivă, puternică, $r=.51$, $p<.001$), „teama de pierdere”, îngrijorarea pentru persoanele apropiate atunci când sunt plecate (corelație pozitivă, slabă, $r=.27$, $p<.05$) și vulnerabilitatea atașamentului, în general (corelație pozitivă, medie, $r=.48$, $p<.001$), afectivitatea negativă (corelație pozitivă, medie, $r=.31$, $p<.05$). Astfel, stilul temător de atașament se asociază cu o serie de probleme ale mamei, fără legătură cu copilul, ci mai degrabă legate de propria persoană și relațiile cu alți adulți, insecuritate în relațiile apropiate, afecte negative, vulnerabilitate.

Relația cauzală dintre stilul temător de atașament și insecuritatea/ vulnerabilitatea în cadrul atașamentului este puternică, semnificativă statistic respectiv stilul de atașament de tip temător determină insecuritate/ vulnerabilitate în relațiile cu alte persoane, precum și teamă pentru posibilitatea pierderii persoanelor dragi atunci când acestea nu se află în proximitatea persoanei.

Asocierea dintre anxietatea de separare maternă și substructurile acesteia și vulnerabilitatea atașamentului este semnificativă, pe măsură ce anxietatea de separare maternă este mai crescută, mama pare să dezvolte dependență mai accentuată în luarea deciziilor, să fie mai preocupată de gânduri referitoare la pierderea persoanelor apropiate, separarea de acestea, respectiv să prezinte vulnerabilitate mai accentuată în cadrul atașamentului în relațiile cu persoanele apropiate; cu cât mama percepe separarea de copil mai dezavantajoasă pentru acesta din punctul de vedere al îngrijirii, confortului și învățării, cu atât aceasta tinde să prezinte, în general, afecte negative mai accentuate (desigur, relațiile sunt bidirecționale), iar

cu cât mama prezintă vulnerabilitate mai mare în cadrul atașamentului, acesta este mai neliniștită atunci când este nevoie să se separe de copil pentru a se angaja în muncă.

Prin utilizarea regresiei liniare simple, am argumentat că vulnerabilitatea generală în cadrul atașamentului mamei generează anxietatea de separare generală a mamei (preocuparea acesteia raportată la sine, la copil, la angajarea în muncă) și anxietatea maternă referitoare la condițiile de îngrijire a copilului atunci când ea nu este în preajmă, însă nu și anxietatea de separare maternă, raportată la propria persoană (lipsa copilului când nu este lângă ea, percepția eficienței crescute a mamei față de îngrijirea copilului, comparativ cu personalul dintr-o instituție etc.). Vulnerabilitatea în cadrul atașamentului, de tipurile teamă de pierdere/separare și a lipsei de autonomie, stă la baza unei părți din anxietatea de separare maternă, în general și sub forma îngrijorării mamei pentru copil atunci când ea este plecată la muncă.

Vulnerabilitatea atașamentului, sub forma insecurității, a fost semnificativ asociată cu intensitatea afectivității pozitive și negative, cu cât mama prezintă în mai mare măsură insecuritate în cadrul atașamentului, cu atât aceasta resimte în mai mare măsură și mai puternic afecte negative și în mai mică măsură afecte pozitive.

Diferențe semnificative la nivelul constructelor analizate, în funcție de stilul de atașament în relații romantice (AAQ, Hazan și Shaver, 1990) au existat în privința afectelor negative ($H=10.34$, $p<.01$), afectelor pozitive ($H=19.87$, $P<.001$), respectiv participantele cu atașament sigur au raportat afecte pozitive semnificativ mai intense decât cele cu atașament evitant și cele cu atașament ambivalent, în timp ce acestea din urmă au raportat în semnificativ mai mare măsură afecte negative, comparativ cu persoanele cu atașament evitant și, în special, cele cu atașament sigur.

Instrumentele de evaluare a atașamentului adultului, în relațiile romantice (AAQ) și relațiile apropiate, în general (RSQ) sunt asociate între ele, asociere care este evidentă în special în cazul atașamentului sigur și temător, așa cum sunt acestea operaționalizate în RSQ. Persoanele cu stil de atașament sigur în relațiile romantice prezintă vulnerabilitate scăzută în cadrul atașamentului, atât la nivelul insecurității, cât și la nivel general (figura 11). Dintre cele trei stiluri descrise în AAQ, stilul cel mai vulnerabil pare să fie stilul ambivalent (anxios), comparativ chiar cu stilul evitant și în special cu stilul sigur.

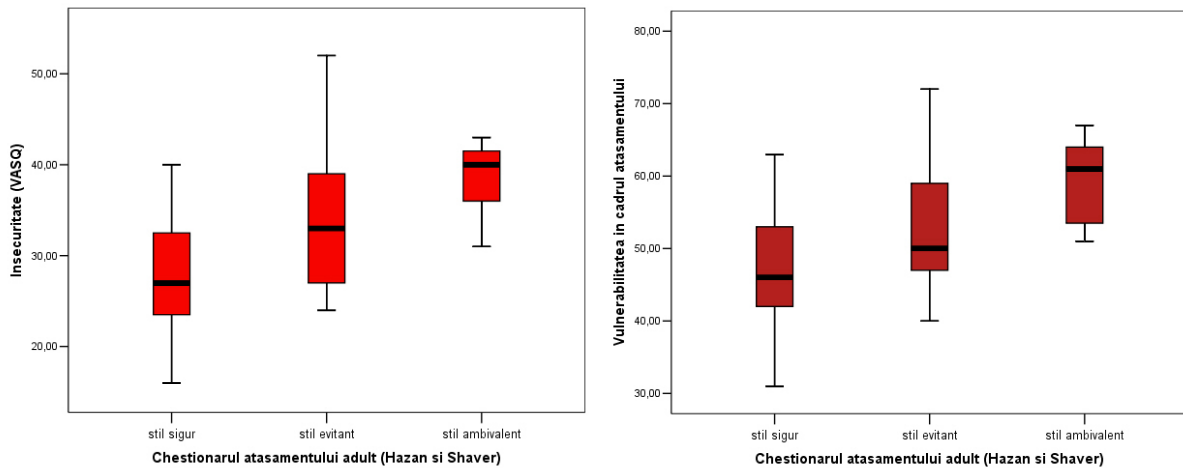


Figura 11. Diferențele în privința vulnerabilității în cadrul atașamentului între cele trei stiluri de atașament în relații romantice

Vinovăția interpersonală a fost asociată semnificativ și cu intensitate slabă cu anxietatea de separare maternă. Cu cât mama participantă a raportat un nivel mai crescut al vinovăției generate de separare (referitoare la procesul de individualizare a acesteia, dar și la autonomia pe care și-o poate asuma în relațiile cu persoanele apropiate), al vinovăției raportate la faptul că starea sa de bine determină rănirea persoanelor din jur, precum și al vinovăției interpersonale, în general, cu atât aceasta resimte în mai mare măsură anxietate de separare față de copilul său (relație, evident, bidirecțională). În acest context, se confirmă faptul că vinovăția interpersonală este un factor important de menținere a relațiilor apropiate, în acest caz cu copilul.

Relația dintre anxietatea de separare maternă și vinovăția generată de separare este mediată total de lipsa de autonomie în luarea deciziilor (figura 12), anxietatea de separare maternă determină lipsa de autonomie a acesteia, iar aceasta din urmă generează vinovăția față de separare, cu rol de menținere a relațiilor apropiate.

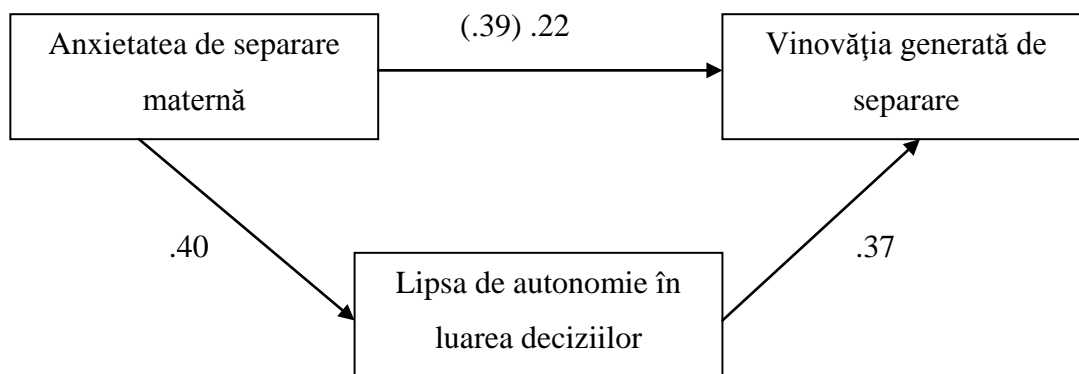


Figura 12. Modelul relației de mediere dintre vinovăția generată de separare și anxietatea de separare maternă

Similar, relația dintre anxietatea de separare maternă și vinovăția supraviețuitorului este mediată de lipsa autonomiei, respectiv anxietatea de separare maternă determină lipsa de autonomie a mamei, iar aceasta din urmă generează vinovăția supraviețuitorului, vinovăție care determină redobândirea proximității față de copil cât mai rapid posibil. Atât anxietatea de separare maternă, cât și vulnerabilitatea atașamentului, au fost asociate semnificativ, pozitiv cu o serie de simptome clinice: somatizare, obsesiv-compulsivitate, sensibilitate interpersonală, depresie, anxietate, ostilitate, anxietate fobică, ideație paranoidă și psihoticism (relația este bidirecțională).

Vârsta mamei a fost semnificativ asociată cu anxietatea de separare maternă (corelație negativă, slabă, $r=-.26$, $p<.05$), cu cât vârsta mamei este mai înaintată, cu atât anxietatea de separare a acesteia este mai scăzută.

În funcție de *nivelul de școlarizare*, mamele au obținut medii ale scorurilor semnificativ diferite pentru diferite componente ale anxietății de separare materne (figura 13).

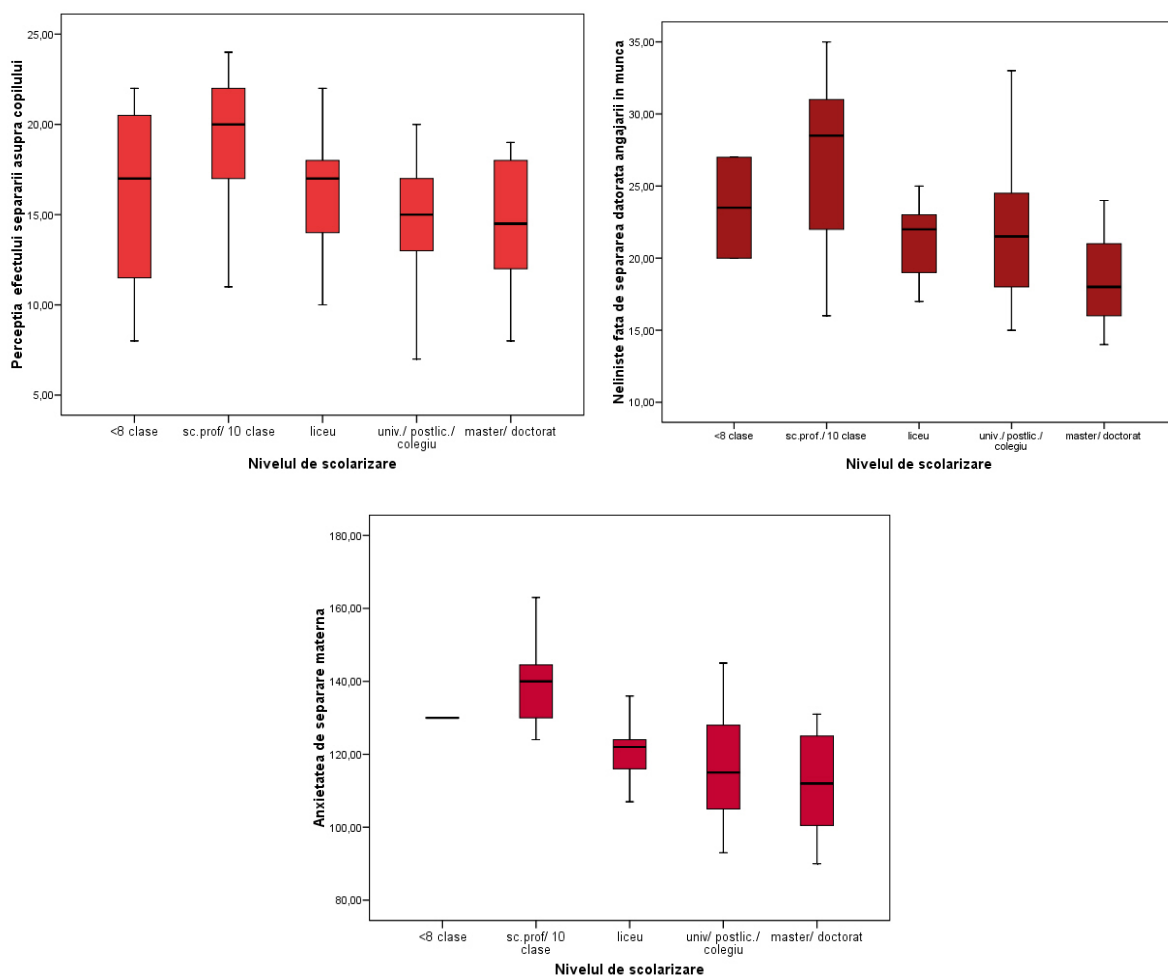


Figura 13. Diferențe la nivelul anxietății de separare materne, în funcție de nivelul de educație

Similar, insecuritatea și vulnerabilitatea atașamentului par să se diminueze pe măsură ce mama are un nivel de educație mai ridicat. Dintre caracteristici/ factori care țin de copil, vârsta până la care copilul a fost alăptat a fost asociată semnificativ cu neliniștea față de separarea datorată angajării în muncă, cu cât mama a alăptat mai mult timp copilul, cu atât neliniștea acesteia față de separarea de copil pare să fie mai ridicată. Mamele a căror copii suferă de boli ușoare au manifestat în cea mai mare măsură neliniște față de separarea de aceștia, urmate de mamele a căror copii suferă de boli cronice, de severitate redusă și mamele a căror copii sunt sănătoși. Mamele care au născut copilul înainte de termen au prezentat teamă de pierdere a persoanelor dragi semnificativ mai ridicată, comparativ cu mamele care au născut copilul la termen. Mamele care au luat copilul în brațe la câteva ore după naștere au manifestat cel mai mic nivel al anxietății de separare maternă și mamele care au luat copilul pentru prima dată în brațe după câteva zile de la naștere au manifestat cel mai înalt nivel al anxietății.

Mamele care au considerat că beneficiază de *sprijin* pentru creșterea copilului, fără ca tipul acestuia să aibă relevanță, au prezentat în mai mare măsură lipsă de autonomie în luarea deciziilor ($t=2.18$, $p<.05$), comparativ cu cele care au raportat că nu beneficiază de sprijin pentru creșterea copilului. Pe de altă parte, mamele care au raportat că nu au sprijin pentru creșterea copilului au obținut scoruri semnificativ mai ridicate la subscala de neliniște față de separarea datorată angajării în muncă ($U=236.5$, $p<.05$), comparativ cu mamele care au raportat existența sprijinului pentru creșterea copilului lor. Rezultatele obținute atestă faptul că rețeaua de suport a mamei pentru creșterea copilului poate contribui la scăderea anxietății de separare maternă, în special a celei legate de nevoia separării în scopul integrării în muncă. Pe de altă parte, faptul că mama are sprijin o face pe aceasta mai lipsită de autonomie în luarea deciziilor, comparativ cu mama care este nevoită să se ocupe singură de creșterea copilului.

Mamele care au provenit din medii carentiale au prezentat în medie vulnerabilitate mai crescută a atașamentului, comparativ cu cele care au provenit din medii adecvate ($t=-2.03$, $p<.05$). De asemenea, mamele care au provenit din medii carentiale au prezentat în medie insecuritate crescută a atașamentului, comparativ cu cele provenite din medii adecvate din punct de vedere social, material, cultural ($t=-2.50$, $p<.05$).

Dintre *factorii care țin de familia de origine*, participantele a căror mame sunt decedate au prezentat în medie insecuritate mai crescută în cadrul atașamentului, comparativ cu cele ale căror mame sunt în viață ($t=2.38$, $p<.05$). În comparație cu participantele care au

identificat mama ca persoana cea mai semnificativă pe parcursul dezvoltării lor (figura centrală de atașament), participantele care au identificat tata ca figură centrală de atașament au prezentat în medie anxietate de separare maternă semnificativ crescută ($U=1.91$, $p=.05$), precum și teamă de pierdere, îngrijorare pentru cei apropiați atunci când sunt plecați, ca formă a vulnerabilității atașamentului, semnificativ crescută ($U=218$, $p<.01$). Mamele participante a căror părinți sunt împreună/ căsătoriți au prezentat în medie neliniște scăzută față de separarea datorată necesității integrării în muncă, în comparație cu mamele a căror părinți nu sunt împreună ($U=239.5$, $p<.05$).

Din punct de vedere al calității percepute a relației dintre proprii părinți, pe măsură ce mamele au perceput relația dintre părinți ca fiind mai funcțională, insecuritatea, respectiv vulnerabilitatea generală a atașamentului acestora au fost, în medie, mai scăzute.

Asocierea dintre stilul de atașament al mamei (AAQ) și variabile demografice relevante a fost semnificativă în privința mediului de proveniență al mamei, majoritatea mamelor care au provenit din medii adecvate au prezentat atașament sigur, în timp ce cele provenite din medii carentiale au prezentat în majoritate atașament evitant (figura 14).

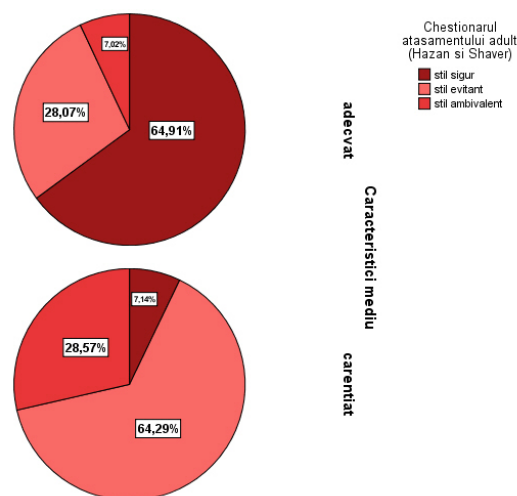


Figura 14. Distribuția stilurilor de atașament, în funcție de tipul mediului de proveniență al mamei

Evaluarea calității relației de cuplu a fost semnificativ asociată cu stilul de atașament al mamei, mamele care au evaluat relația de cuplu în care sunt implicate ca fiind fericită, au prezentat în majoritate atașament sigur, comparativ cu mamele care au evaluat relația de cuplu ca oarecum fericită și nefericită, respectiv acestea din urmă au prezentat în mai mare măsură decât cele cu relații fericite stil de atașament evitant și doar în măsură foarte mică atașament ambivalent, comparativ cu restul mamelor.

Percepția mamei asupra calității relației dintre proprii părinți a fost asociată semnificativ cu stilul de atașament al acesteia, mamele care au perceput relația dintre proprii părinți ca fiind foarte deficitară au prezentat în majoritate atașament evitant în relațiile romantice, prin contrast cu cele care au apreciat relația de cuplu a propriilor părinți ca fiind foarte bună și bună, care au prezentat în majoritate atașament sigur.

Pe baza relațiilor de asociere și a celor cauzale dintre constructele materne, dezvoltarea socială a copilului, atașamentul copilului și interacțiunea mamă – copil am construit o serie de modele complexe, care explică în mai mare sau mai mică măsură variația constructelor sondate. Exemplificăm câteva dintre acestea.

Figura 15 reprezintă modul în care insecuritatea și vulnerabilitatea atașamentului matern în relații apropiate cauzează apariția afectelor negative materne, care, la rândul lor, determină atitudinea de control excesiv al copilului în cadrul interacțiunii ludice. Gradul de potrivire al modelului este foarte bun, conform valorilor erorii reziduale RMSEA și a indicatorilor GFI, CFI ai gradului de potrivire și comparație.

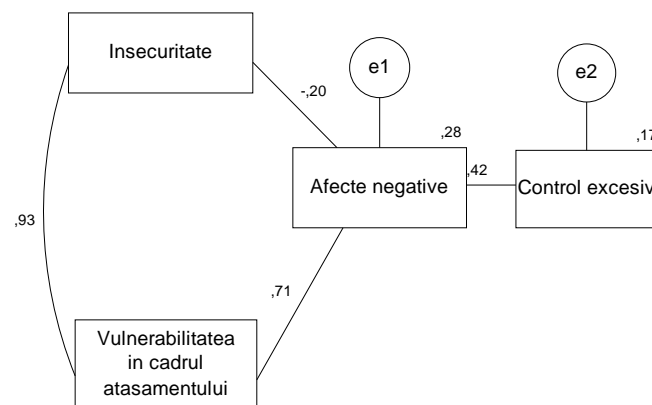


Figura 15. Relații cauzale dintre vulnerabilitatea atașamentului matern, afectele negative și controlul matern excesiv

Modelul complex cauzal dintre caracteristicile materne și cele ale copilului este redat în figura 16. Variabila somatizare este variabilă exogenă, care cauzează anxietate de separare și influențează negativ interacțiunea copilului cu adultul familial. Vulnerabilitatea atașamentului matern are efect de creștere a anxietății de separare materne, tendința mamei spre somatizare are efect de scădere a dorinței copilului de interacțiune/ comunicare cu adulți familiari (inclusiv mama, cel mai probabil), care la rândul său crește vinovăția generată de separare a mamei, somatizarea având și un efect direct de creștere a vinovăției.

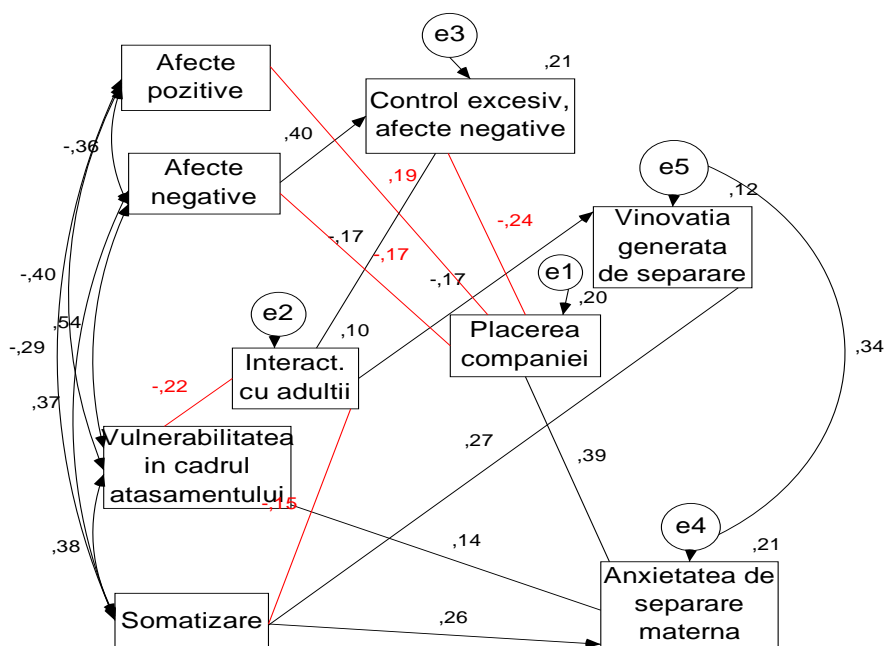


Figura 16. Relații cauzale complexe directe și indirecte dintre caracteristici materne și caracteristici ale copilului

O serie de alte modele de cale au fost construite pentru a explica parțial relațiile cauzale dintre caracteristici materne, caracteristici ale copilului și interacțiunea mamă – copil, prezentarea acestora regăsindu-se în extenso în conținutul tezei. Rezultatele studiului confirmă rolul atașamentului matern și funcționării intrapersonale a mamei asupra modului în care mama interacționează cu copilul, a dezvoltării sociale și atașamentului acestuia. Studiul aduce informații și idei inedite pentru domeniul studiat, iar limita principală a acestuia constă în modul în care unele variabile au fost operaționalizate.

Studiul 2.3. sondează modul în care proximitățile emoționale la nivelul familiei, așa cum sunt acestea percepute de mame, se modifică după nașterea unui copil, precum și impactul atașamentului matern și al copilului asupra acestor proximități. Studiul reprezintă liantul dintre analiza relațiilor mamă – copil și analiza, în cadrul studiului 3, a variabilelor individuale și familiale cu impact asupra atașamentului adultului. Așa cum arată Mikulincer și Shaver (2007), la apariția unui copil în familie, cuplul se transformă într-un sistem familial, relațiile familiale se diversifică, existând posibilitatea ca relațiile cu familia extinsă să se întărească. Conform literaturii de specialitate, dimensiunile funcționării familiei afectate în condițiile în care unul dintre părinți are atașament nesigur sunt coeziunea și adaptabilitatea, în special în situațiile în care există conflicte maritale importante.

Câteva dintre *întrebările* pe care studiul și-a propus să le sondeze au fost: (1) În ce constau diferențele dintre cele patru stiluri de atașament ale copilului sub unghiul distanțelor emoționale percepute de mame între membrii familiei nucleare și de origine?, (2) În ce constau diferențele dintre cele trei stiluri de atașament ale mamei sub unghiul distanțelor emoționale percepute de acestea între membrii familiei nucleare și de origine?

Lotul a cuprins mamele participante la studiile 2.1. și 2.2. Pentru sondarea proximității dintre diferiți membri ai familiei nucleare și de origine, a fost construit un *instrument* de evaluare în care mamele li se cere să evalueze relațiile dintre diferiți membri ai familiei, din punct de vedere al apropierii emoționale, indiferent de distanța unde se află fizic unul de altul, pe o scală Likert cu 7 nivele.

În vederea analizării distanțelor emoționale dintre diferiți membri ai familiei de origine și familia nucleară, așa cum au fost percepute acestea de către mamă înainte de a se naște copilul și după aceasta, am calculat mediile pentru fiecare dintre relații în cele două momente ale vieții de familie. Deși s-a observat că există anumite modificări la nivelul acestora, pentru ca distanțele să poată fi comparate și analizate, am avut nevoie de modelarea acestora prin scalare multidimensională, pentru a fi mai ușor de vizualizat. Modelul de analiză multidimensională utilizat a fost modelul metric, sintetic, pentru analiza globală a proximităților percepute și modelul analitic, pentru a stabili diferențele intergrupale din lot, în funcție de stilul de atașament al copilului și mamei. Modelele sunt prezentate în extenso în conținutul tezei.

La nivelul întregului lot, înainte de nașterea copilului, s-au definit clusterii specifici familiei nucleare și celor două familii de origine a soțului/ partenerului și soției/ partenerei, iar după nașterea copilului ocuparea locului central în spațiul comun de către acesta, apropierea familiei de origine de cuplul nuclear, în special a bunicii materne a copilului și distanțarea cuplului. În situația în care copilul este primul născut al familiei, cuplul parental se află încă dinainte de nașterea acestuia în centrul spațiului comun, ceea ce evidențiază faptul că procesul de desprindere a partenerilor de familia de origine nu este finalizat, fiecare partener fiind apropiat de familia sa de origine. După nașterea copilului, apropierea familiei de origine este mai evidentă, apariția copilului nu facilitează procesul de diferențiere. Copilul își preia locul în centrul familiei, iar soțul se distanțează de soție, distanța dintre membrii cuplului ajungând să fie mai mare decât distanța dintre soție și părinții săi.

De regulă, nașterea copilului aduce cu sine distanțarea cuplului parental, cu excepția situației familiilor în care copilul are atașament ambivalent și a celei a familiilor în care mama

are atașament evitant. De asemenea, după nașterea copilului distanța dintre mama participantă și propria mamă scade, cu excepția situației copilului cu atașament ambivalent, a copilului cu atașament dezorganizat și a mamei cu atașament ambivalent. Distanța dintre soț și mama sa crește după nașterea copilului în cazul copiilor cu atașament ambivalent, a celor cu atașament dezorganizat și a mamelor cu atașament ambivalent și scade în situația mamelor aflate la primul copil, situația în care atașamentul copilului este sigur, evitant, mama cu atașament sigur și mama cu atașament evitant. Distanța dintre mama participantă și tatăl său este, de regulă, accentuată, cu excepția situației mamelor aflate la primul copil și a celor cu atașament ambivalent. În toate situațiile, distanța pe care mama o percepe față de copil este mai mică decât cea față de partenerul său de cuplu.

Famiiliile cu copii cu stil de atașament *sigur* au fost caracterizate de poziția centrală a cuplului tânăr în centrul spațiului comun, însă distanța dintre membrii cuplului a fost percepută de mamă mai mică decât față de familiile de origine ale fiecăruia dintre ei, iar după nașterea copilului apropierea mamelor ambilor parteneri de familia nucleară, aflată în continuare în centrul spațiului comun.

Famiiliile cu copii cu stil de atașament *evitant* au fost caracterizate de distanțe foarte mari între membri înainte de nașterea copilului, distanțe relative mai mici față de mamele celor doi parteneri, iar după nașterea copilului apropierea celor două bunici și distanțarea cuplului parental al copilului.

Famiiliile cu copii cu stil de atașament *ambivalent* au fost caracterizate de distanța mică dintre soție și mama sa, în timp ce soțul a fost perceput la distanță relativ egală de cei doi părinți ai săi, distanța dintre soț și soție similară distanței dintre soție și mama sa, iar după nașterea copilului diminuarea distanței dintre soție și mama sa, dar și cea la nivelul cuplului parental al copilului.

Famiiliile cu copii cu stil de atașament *dezorganizat* au fost caracterizate de distanțe foarte mari între membri, iar fiecare dintre partenerii de cuplu a fost mai aproape de familia de origine a celuilalt decât de propria familie de origine, apropiere care s-a accentuat odată cu nașterea copilului.

Famiiliile în care mama a avut atașament *sigur* au fost caracterizate de distanță mai mare față de familia de origine, comparativ cu familia nucleară, cele în care mama a avut atașament *evitant* de distanță mai mare față de soț decât față de mamă, iar după nașterea copilului apropierea membrilor familiilor, în special a bunicilor maternă și paternă, iar cele în care mama a avut atașament *ambivalent* de distanțe foarte mari, iar după nașterea copilului

apropiere mai pronunțată a participantei față de tatăl său, acesta aflându-se la distanță mai mică decât soțul, iar copilul la distanță foarte mare față de toți membrii familiei, cu excepția mamei și bunicului matern.

Astfel, prin utilizarea unei metode relativ simple am putut obține o serie de informații asupra impactului posibil al stilului de atașament al mamei și copilului asupra sistemului familial, dar și a sistemului familial asupra atașamentului mamei și copilului, din care pot fi derivate o serie de ipoteze pentru cercetările viitoare. În special primul aspect va fi abordat pe larg în studiul care vizează atașamentul adultului, în relație cu unele variabile familiale.

Capitolul 4 abordează atașamentul la vârsta adultă, în relație cu factori intra- și interpersonal și factori de natură familială. Studiile de specialitate arată că stilul de atașament, respectiv modelele interne despre sine și ceilalți, formate în contextul relațiilor de atașament timpurii, au influență semnificativă asupra funcționării (a) *intrapersonale*: stima de sine, ca reprezentare mentală asupra propriei persoane și barometru social, care evaluează măsura acceptării sau rejecției persoanei de către ceilalți; auto-reglarea emoțională; starea de bine, dobândită prin satisfacerea nevoilor fundamentale de bază, printre care se numără cea de apartenență; sănătatea mentală; și (b) *interpersonale* a adultului: singurătatea, în special cea emoțională, și problemele interpersonale. Funcționarea familiei de origine, atitudinea părinților, pattern-urile relaționale, atmosfera și experiențele din familie au impact asupra stilului de atașament al adultului, respectiv asupra securității atașamentului.

Relațiile de atașament, relaționarea adecvată și sentimentul apartenenței, existența unor relații stabile și satisfăcătoare reprezintă, conform studiilor de specialitate, factor de reziliență pe întregul parcurs al vieții.

Studiul 3.1. tratează asocierile complexe dintre atașamentului adultului și diferite componente/ dimensiuni ale funcționării intra- și interpersonale, demersul fiind ghidat de următoarele *obiective generale*: (1) validarea instrumentarului utilizat, prin testarea gradului de potrivire a structurilor factoriale; (2) analiza impactului caracteristicilor individuale asupra diferitelor dimensiuni ale funcționării intrapersonale (stima de sine, afectele pozitive/negative, simptomatologia clinică, vinovăția interpersonală, alexitimia, inteligența emoțională, starea de bine eudaimonică, empatia) și interpersonale (singurătatea emoțională și socială, problemele interpersonale), la vârsta adultă; (3) decelarea impactului stilului de

atașament asupra dimensiunilor selectate ale funcționării intra- și interpersonale; (4) analiza relațiilor și interacțiunilor cauzale complexe dintre dimensiunile funcționării individuale intra- și interpersonale.

Obiectivele specifice sunt prezentate în conținutul tezei, iar câteva dintre *ipotezele* formulate în baza literaturii de specialitate și practicii clinice sunt: (1) indicatorii gradului de potrivire și erorilor reziduale pentru modelele factoriale ale scalelor de evaluare se încadrează în limitele admise pentru modelele adecvate; (2) conform literaturii de specialitate, modelul dezvoltat de Simpson pentru atașamentul adultului este cel mai adecvat, în comparație cu restul modelelor atașamentului la vârsta adultă; (3) există asocieri semnificative între vârsta cronologică a persoanei și funcționarea sa intra- și interpersonală; (4) funcționarea intra- și interpersonală este semnificativ diferită la persoanele care provin din medii adecvate din punct de vedere socio-economic și cultural, comparativ cu cele care provin din medii carentiale; la persoanele care sunt implicate într-o relație de cuplu față de cele care nu sunt implicate; la persoanele care percep relația de cuplu ca fiind fericită față de cele care consideră că este nefericită; (5) durata relației de cuplu este asociată semnificativ cu funcționarea intra- și interpersonală; (6) există corelație semnificativă între perioada de timp care a trecut de la încheierea celei mai recente relații de cuplu a persoanei și funcționarea sa intra- și interpersonală; (7) există diferențe semnificative la nivelul funcționării intra- și interpersonale, în funcție de starea de sănătate a persoanei; implicarea acesteia într-un proces de consiliere/ terapie; ordinea sa în fratrie; calitatea percepută a relației dintre părinții acesteia; figura centrală de atașament a persoanei; frecvența contactului acesteia cu familia de origine și coabitarea cu membri ai acesteia (ca indicatori ai desprinderii de familia de origine); (8) există diferențe semnificative la nivelul stimei de sine de tipul aprecierii și competenței, în funcție de stilul de atașament al persoanei; (9) capacitatea de auto-reglare emoțională este semnificativ diferite la persoanele cu stil de atașament sigur, evitant (temător, rejector) și anxios/ ambivalent; (10) există diferențe semnificative la nivelul stării de bine psihologice, în funcție de stilul de atașament al persoanei; (11) există diferențe semnificative la nivelul simptomatologiei clinice, în funcție de stilul de atașament al persoanei; (12) stilul de atașament al persoanei contribuie la obținerea unor diferențe semnificative la nivelul singurătății sociale și emoționale; (13) nivelul anxietății și evitării în relații apropiate este semnificativ diferit în funcție de stilul de atașament al persoanei; (14) dimensiunile afiliere/ control explică modelul problemelor interpersonale circumplex, cu aplicare pe populația

românească; (15) există intercorelații semnificative statistic între dimensiunile funcționării intra- și interpersonale.

Pe lângă ipotezele propuse spre a fi testate, au fost formulate următoarele **întrebări**: (1) Care sunt relațiile cauzale complexe și interacțiunile dintre evitarea în relații apropiate și funcționarea intrapersonală a individului? (2) Care sunt relațiile cauzale complexe și interacțiunile dintre anxietatea în relații apropiate și funcționarea intrapersonală a individului? (3) Care sunt relațiile cauzale complexe și interacțiunile dintre evitarea în relații apropiate și funcționarea interpersonală a individului? (4) Care sunt relațiile cauzale complexe și interacțiunile dintre anxietatea în relații apropiate și funcționarea interpersonală a individului?

Participantele la studiu au fost, pe de o parte, mamele participante la studiile 2.1., 2.2. și 2.3., iar pe de altă parte, un lot de tinere studente, selectat prin randomizare stratificată, pe bază de voluntariat. Chestionarul a fost aplicat în format creion-hârtie, prin intermediul persoanelor de contact care au sprijinit autoarea în culegerea datelor, participantele nu au avut nicio întâlnire cu autoarea studiului. Lotul inițial a cuprins un număr de 153 de studente și tinere, însă în urma analizei valorilor lipsă lotul a fost redus la 148 de participante, cu vârste cuprinse între 18 și 26 de ani, media de vârstă fiind 20.13 ani.

Din punctul de vedere al *relațiilor apropiate*, participantele la studiu sunt în cea mai mare parte (56.8% din total) implicate în relații de cuplu, fără a fi căsătorite, 4.7% sunt căsătorite, iar 38.5% nu sunt implicate într-o relație cu un partener. Dintre participantele implicate în relații de cuplu, 74.7% au evaluat relația lor ca fiind fericită, 24.2% oarecum fericită și 1.1% nefericită. Dintre participantele care nu sunt implicate în relații de cuplu, 30.19% nu au fost implicate niciodată într-o relație romantică, în timp ce 69.81% au fost implicate într-o relație romantică în trecut. Din totalul participantelor, 8.78% au declarat că sunt implicate într-un proces de consiliere sau psihoterapie.

Instrumentarul utilizat a constat într-o baterie formată dintr-un chestionar care viza variabile demografice (referitoare la persoana participantei, implicarea într-o relație de cuplu și familia de origine) și o serie de scale de evaluare a funcționării intra- și interpersonale și atașamentului adultului:

- 1) Scala de alexitimie Toronto (TAS-20, Parker et al., 2003);
- 2) Scala aprecierea/ competența sinelui (Tafarodi, Swann, 1995, Skolka, 2009);
- 3) Scala Schutte de inteligență emoțională (Schutte et al., 1998);
- 4) Scala Ryff a stării de bine, varianta medie (RWB, Ryff, 1989);
- 5) Scala de empatie Caruso (CES, Caruso și Mayer, 1998);

- 6) Scala de singurătate socială și emoțională pentru adulți (SELSA, DiTommaso și Spinner, 1993, Skolka, 2009);
- 7) Inventarul problemelor interpersonale – circumplex (Soldz et al., 1995);
- 8) Chestionarul relațiilor (RQ, Bartholomew și Horowitz, 1991);
- 9) Inventarul simptomatologiei clinice (BSI, Derogatis, 1975);
- 10) Lista afectelor pozitive și negative (PANAS, Watson, Clark și Tellegen, 1988);
- 11) Chestionarul stilurilor de atașament (Griffin și Bartholomew, 1994);
- 12) Chestionarul vinovăției interpersonale (IGQ-67, O'Connor et al., 1997).

Tipul de design utilizat a fost multivariat, non-experimental, însă validitatea internă a fost crescută prin controlul a cât mai multe variabile confundate. Majoritatea scalelor au avut consistență internă bună și structură factorială adecvată, testate prin analiză factorială confirmatorie.

Unele dintre caracteristicile individuale sondate au avut impact semnificativ asupra funcționării intra- și interpersonale, așa cum arată tabelul 1.

Lot	Caracteristica	Tip relație/ diferență	Componenta funcționării intra/ interpersonale
mame	vârsta	asociere negativă cu:	afecte negative, vinovăție generată de ura față de sine, simptomatologie clinică, anxietate în relațiile apropiate
		asociere pozitivă cu:	afecte pozitive, stimă de sine de tipul aprecierii și competenței proprii persoane
	mediul de proveniență	carențial – în mai mare măsură:	simptomatologie clinică, anxietate în relații apropiate, afecte negative
		adecvat – în mai mare măsură:	stimă de sine, afecte pozitive
	stare civilă	căsătorită cu tatăl copilului – în mai mare măsură:	stimă de sine de tipul competenței, afecte pozitive
		divorțată – în mai mare măsură:	somatizare și psihoticism
		relație consensuală – în mai mare măsură:	afecte negative, anxietate în relații apropiate, ideea paranoidă
	calitatea propriei relații de cuplu	fericită – în mai mare măsură:	stimă de sine de tipul competenței, afecte pozitive
		oarecum fericită – în mai mare măsură:	somatizare, obsesiv-compulsivitate, anxietate fobică, ideea paranoidă
		nefericită – în mai mare măsură:	sensibilitate interpersonală, depresie, anxietate, ostilitate, psihoticism, anxietate în relații apropiate, vinovăție, afecte negative
	calitatea relației de cuplu a părinților	funcțională (foarte bună/ bună)	stimă de sine crescută

		disfuncțională (foarte rea/ rea)	anxietate în relații apropiate crescută, afecte negative scăzute
tinere	implicarea într-o relație de cuplu, în prezent	da – în mai mare măsură:	stimă de sine de tipul aprecierii, inteligență emoțională, stare de bine psihologică, stil rejector, model despre sine pozitiv
		nu – în mai mare măsură:	alexitimie, vinovăție, singurătate socială, romantică, emoțională, probleme interpersonale, anxietate în relații apropiate
	implicarea într-o relație de cuplu, vreodată	da	model despre altul pozitiv
		nu	somatizare, obsesiv-compulsivitate, anxietate fobică crescute
	durata relației de cuplu	asociere pozitivă cu:	singurătatea socială, probleme interpersonale (evitare socială)
		asociere negativă cu:	anxietatea fobică, stil temător
	încheierea celei mai recente relații de cuplu	asociere pozitivă cu:	vinovăția supraviețuitorului
		asociere negativă cu:	afectivitatea pozitivă, stil rejector în relații apropiate, anxietatea/ evitarea în relații de atașament
	calitatea relației de cuplu	fericită	stima de sine de tipul aprecierii sinelui, auto-acceptare, afecte pozitive crescute
		nefericită	afecte negative, anxietate și evitare în relații apropiate, probleme interpersonale (răceală și dominare), singurătate romantică și emoțională mai intense
	starea de sănătate	clinic sănătoasă	probleme interpersonale (răceală), anxietate în relații apropiate crescute
	implicarea în proces de consiliere/ psihoterapie	da – în mai mare măsură:	simptomatologie clinică (anxietate/ depresie, psihoticism), afecte negative, probleme interpersonale (răceală și dominare)
		nu – în mai mare măsură:	stare de bine psihologică, relații pozitive cu alții, afecte pozitive
	relația de cuplu a părinților	împreună/ căsătoriți	sine de tipul competenței, simptomatologie clinică, vinovăția omnipotenței crescute
		separați	agreabilitate interpersonală crescută
	calitatea relației de cuplu a părinților	funcțională	vinovăție generată de separare și a omnipotenței crescute
		disfuncțională	singurătate familială crescută
	figura centrală de atașament	mama	singurătate socială crescută
		tata	empatie, stare de bine psihologică, anxietate, afecte pozitive intense
	legătura cu părinții	frecvent	stimă de sine de tipul competenței, inteligență emoțională, stare de bine crescute

Tabel 1. Caracteristici individuale care au avut efect semnificativ asupra funcționării intra- și interpersonale a adultului

După cum arată literatura de specialitate, funcționarea intra- și interpersonale a individului este diferită, în funcție de *stilul său de atașament*. La nivelul funcționării *intrapersonale*, au existat diferențe semnificative în cadrul:

- stimei de sine, de tipul aprecierii sinelui și competență – persoanele cu atașament sigur au stima de sine cea mai ridicată, urmate de cele cu atașament rejector, cele cu atașament preocupat și cele cu atașament temător;
- alexitimiei – persoanele care au model pozitiv despre sine prezintă în mai mare măsură capacitatea de identificare și interpretare a emoțiilor proprii și ale altora, comparativ cu persoanele care au un model negativ despre sine;
- inteligenței emoționale – persoanele cu atașament sigur au nivel al inteligenței emoționale cel mai ridicat, urmate de persoanele cu atașament rejector, cele cu atașament preocupat și cele cu atașament temător;
- intensitatea afectelor pozitive – participantele cu atașament rejector au cele mai ridicate nivele ale afectelor pozitive, la aproximativ același nivel de intensitate cu participantele cu atașament sigur, urmate de cele cu atașament preocupat și în cea mai mică măsură de cele cu atașament temător;
- vinovăției rezultate din ura față de sine – tinerele cu stil de atașament sigur au prezentat nivelul cel mai scăzut, urmate de cele cu atașament rejector și preocupat și cele cu stil de atașament temător, având nivelele cele mai ridicate ale vinovăției;
- stării de bine psihologice – persoanele cu stil de atașament sigur au cel mai ridicat nivel al stării de bine eudaimonice, per ansamblu, urmate de cele cu stil de atașament rejector, cele cu stil de atașament preocupat și cele cu stil de atașament temător. Persoanele cu stil de atașament sigur obțin starea de bine prin relaționarea cu ceilalți și auto-acceptare, în timp ce cele cu stil de atașament rejector par să fie mai degrabă focalizate pe activități care presupun explorare, învățare, direcționare;
- simptomatologiei clinice – persoanele cu atașament sigur prezintă în cea mai mică măsură sensibilitate interpersonală și ideea paranoidă, fiind urmare în măsură similară de cele cu atașament rejector, preocupat și temător.

La nivelul funcționării *interpersonale*, au existat diferențe semnificative între stilurile de atașament, în cadrul:

- singurătății sociale și emoționale – persoanele cu stil de atașament sigur sunt în cea mai mică măsură singure, iar cele cu stil de atașament temător în cea mai mare măsură. Persoanele cu stil de atașament preocupat prezintă în măsură mai redusă singurătate emoțională, în timp ce persoanele cu atașament rejector prezintă nivele foarte elevate ale acestui tip de singurătate, iar la nivelul singurătății familiale,

persoanele cu atașament rejector sunt în cea mai mică măsură singure, fiind urmate de cele cu atașament preocupat.

- problemelor interpersonale – cu excepția intruzivității, în cazul căreia persoanele cu atașament rejector au cel mai scăzut nivel, persoanele cu atașament sigur manifestă în general cele mai scăzute nivele ale problemelor interpersonale, prin comparație cu cele cu stil de atașament nesigur, indiferent de tipul acestuia.

Utilizând procedura PROXSCAL, prin transformarea datelor brute în proximități, am obținut modelul spațiului comun care arată că modelul circumplex nu se potrivește perfect distribuției datelor obținute în lotul de față, diferențele relevă necesitatea testării modelului în cadrul unor studii viitoare, prin includerea unui număr mai mare de participanți. În schimb, modelul dimensiunilor latente ale atașamentului (anxietate/ evitare) și caracteristicilor pentru fiecare dintre cele patru stiluri de atașament s-a confirmat pentru majoritatea participanților.

Prin efectuarea unui demers explorator și confirmator, utilizând intercorelațiile dintre constructe și dimensiunile atașamentului, precum și datele provenite din literatura de specialitate am dezvoltat o serie de modele de cale, care explică interacțiunile complexe dintre constructe, cu implicații importante pentru practica clinică și terapeutică.

Conform celor opt modele construite, din punct de vedere al funcționării *intrapersonale*, atât anxietatea, cât și evitarea în relații apropiate (ambele asociate semnificativ și negativ cu stima de sine de tipul aprecierii propriei persoane) contribuie semnificativ la diminuarea stării de bine eudaimonice, anxietatea în special prin limitarea relaționării pozitive cu alții, în timp ce evitarea în special prin limitarea capacității de urmărire a unui scop în viață, ca și componente ale stării de bine. Ambele determină amplificarea simptomelor clinice de depresie (anxietatea indirect, prin creșterea intensității afectelor negative) și sensibilitate interpersonală și contribuie la creșterea vinovăției interpersonale (care pare să devină mecanism de reglare a distanței emoționale în relații apropiate).

Din punct de vedere al funcționării *interpersonale*, atât anxietatea, cât și evitarea în relații apropiate contribuie la creșterea singurătății emoționale și problemelor interpersonale de tipul exploatabilității și submisivității.

Studiul 3.2. abordează factorii de natură familială care sunt relaționați cu atașamentul adultului și funcționarea intra- și interpersonală și are ca **obiective generale**: (1) validarea scalelor utilizate, prin testarea structurilor factoriale ale acestora; (2) examinarea diferențelor existente la nivelul legăturilor parentale și funcționării familiei de origine, în

funcție de caracteristicile individuale și familiale; (3) examinarea specificului legăturilor parentale și funcționării familiei de origine, în cazul diferitelor stiluri de atașament ale adultului; (4) analiza relațiilor și interacțiunilor cauzale complexe dintre anxietatea/ evitarea în relații apropiate, funcționarea inter-/ intrapersonală și funcționarea familiei de origine.

Dintre *ipotezele* propuse pentru studiul 3.2. enumerăm: (1) conform valorilor indicatorilor gradului de potrivire și erorilor reziduale, modelele bifactoriale ale grijii/ supraprotecției maternelor/ paternelor vor fi adecvate; (2) conform valorilor indicatorilor gradului de potrivire și erorilor reziduale, modelele bifactorial și multifactorial al funcționării familiei vor fi adecvate; (3) există diferențe semnificative la nivelul legăturilor parentale și funcționării familiei de origine în funcție de mediul de proveniență al persoanei (urban/ rural, adecvat/ carential); (4) există diferențe semnificative la nivelul legăturilor parentale și funcționării familiei de origine între persoanele care sunt implicate în relații de cuplu (cu tatăl copiilor lor) și cele care nu sunt implicate (în prezent/ vreodată) în relații romantice; (5) există corelații semnificative între calitatea legăturilor parentale (grijă/ supraprotecție), respectiv funcționarea familiei de origine și durata relației de cuplu; calitatea percepută a relației de cuplu a persoanei; (6) există diferențe semnificative statistic la nivelul legăturilor parentale și funcționării familiei de origine în funcție de starea de sănătate și ordinea în frătrie a persoanei; (7) există diferențe semnificative statistic la nivelul legăturilor parentale și funcționării familiei de origine între persoanele a căror părinți formează un cuplu și cele a căror părinți sunt separați/ divorțați și în funcție de calitatea percepută a relației dintre părinți; (8) există diferențe semnificative statistic la nivelul legăturilor parentale și funcționării familiei de origine între persoanele care au identificat mama ca figură centrală de atașament și cele care au identificat tatăl; (9) există diferențe semnificative statistic la nivelul legăturilor parentale și funcționării familiei de origine între persoanele care sunt și cele care nu sunt implicate într-un proces de consiliere/ psihoterapie; (10) există diferențe semnificative la nivelul legăturilor parentale și funcționării familiei de origine, în funcție de stilul de atașament al persoanei; (11) intercorelațiile dintre anxietatea/ evitarea în relații apropiate, funcționarea intra-/ interpersonală și legăturile parentale maternelor și paternelor, respectiv funcționarea familiei de origine ale persoanei sunt semnificative statistic.

Întrebarea formulată pentru studiul 3.2. este: Care sunt relațiile cauzale și interacțiunile complexe dintre dimensiunile anxietate/ evitare în relații apropiate, funcționarea intra- și interpersonală, legăturile parentale și funcționarea familiei de origine a persoanei?

Participantele la studiu au fost studentele și mamele care au participat și la studiul 3.2., iar *instrumentele* utilizate, pe lângă cele menționate de sondare a funcționării intra- și interpersonale au fost: (1) Instrumentul Legăturilor Parentale (PBI, Parker et al., 1979), (2) Scala familiei de origine (FOS, Hovestadt et al., 1985). Scalele au consistență internă acceptabilă și structură factorială potrivită pentru lotul pe care au fost testate, ca reprezentant al populației din care a fost extras.

Funcționarea familiei de origine a fost diferită în funcție de următoarele caracteristici individuale și de mediu:

- mediul de proveniență: participantele care provin din mediul rural au considerat că în familia de origine atmosfera era mai caldă, rezolvarea conflictelor se realiza mai constructiv și intimitatea din familie era mai crescută, comparativ cu participantele din mediul urban. Participantele care au provenit din medii carentiale, comparativ cu cele care au provenit din medii adecvate, au perceput grija maternă/ paternă mai redusă și supraprotecția mai crescută, precum și funcționarea familiei mai deficitară, atât în privința autonomiei, cât și a intimității.
- relația de cuplu și percepția asupra acesteia: mamele participante căsătorite cu tatăl copilului lor au considerat că au avut parte în cea mai mare măsură de grijă din partea mamei și tatălui lor, urmate de participantele divorțate/ separate pentru grija maternă și cele implicate în relații consensuale cu tatăl copilului pentru grija paternă. În privința dimensiunilor menționate ale funcționării familiei de origine, participantele căsătorite au apreciat familia proprie care având funcționarea cea mai bună, urmate fiind de participantele divorțate și de cele implicate în relații consensuale. Participantele (atât mamele, cât și tinerele) care au evaluat relația de cuplu ca fericită au avut parte în cea mai mare măsură de grijă și în cea mai mică măsură de supraprotecție din partea mamei și tatălui lor, urmate de participantele care au evaluat relația de cuplu ca oarecum fericită și cele care au evaluat-o ca nefericită. În privința funcționării familiei de origine, participantele care au evaluat relația lor de cuplu ca fericită au provenit din familii cu funcționarea cea mai bună, urmate fiind de participantele care au evaluat relația ca oarecum fericită și de cele care au evaluat relația de cuplu ca nefericită.
- percepția asupra părinților și familiei de origine: participantele a căror părinți sunt împreună/ căsătoriți au primit mai multă grijă din partea mamei și tatălui și au avut familii de origine cu funcționare mai bună, comparativ cu participantele a căror părinți sunt separați. Pe măsură ce participantele au evaluat relația de cuplu a părinților ca

având funcționare mai bună, acestea au perceput grija maternă/ paternă mai intensă și funcționarea familiei de origine mai ridicată din punct de vedere al autonomiei și intimității. Rezultatele au fost similare pentru lotul de mame și cel de tinere. Diferența majoră dintre cele două categorii de participante rezidă în faptul că în cazul tinerelor calitatea relației dintre părinți a avut rol mai important în explicarea diferențelor la nivelul funcționării și atașamentului decât faptul că părinții sunt căsătoriți sau separați.

- implicarea într-un proces de consiliere/ psihoterapie: participantele care au declarat că sunt implicate într-un proces de asistență psihologică (consiliere/ psihoterapie) au obținut scoruri mai scăzute la dimensiunile funcționării familiei de origine.

Legăturile parentale și funcționarea familiei de origine au fost semnificativ diferite în funcție de stilul de atașament. Stilul de atașament sigur a fost caracterizat de grijă paternă crescută și supraprotecție scăzută, stilul de atașament preocupat de grijă paternă scăzută și supraprotecție ridicată, stilul de atașament temător de grijă și supraprotecție scăzute. Legăturile materne nu au fost semnificativ diferite la tinere cu stiluri diferite de atașament.

Funcționarea familiei de origine a tinerelor cu diferite stiluri de atașament, este similară, participantele cu stil de atașament sigur au avut parte de familii de origine în care a existat cel mai înalt nivel atât al autonomiei (și al subdimensiunilor acesteia), cât și al intimității (și subdimensiunilor acesteia), comparativ cu restul participantelor, cu alte stiluri de atașament, urmate fiind de participantele cu stil de atașament rejector și temător, iar în cea mai mică măsură cele cu stil de atașament preocupat. Stilul sigur de atașament, atât al participantelor mame, cât și tinere, se asociază preponderent cu nivel crescut de autonomie și nivel crescut de intimitate în familia de origine. Stilul de atașament ambivalent (mame), respectiv temător (tinere) se asociază adeseori cu nivele scăzute atât ale autonomiei, cât și ale intimității în familia de origine, iar stilul evitant cu toate tipurile și nivelele de funcționare a familiei de origine, fără a se putea decela un pattern.

Funcționarea familiei de origine a fost asociată semnificativ cu evitarea în relații apropiate, iar în funcție de corelațiile constatate, printr-un demers de explorare, dublat de un demers confirmator (al testării unor date provenite din literatura de specialitate), am construit două modele de cale, care explică acțiunea cauzală a funcționării familiei de origine asupra evitării în relații apropiate.

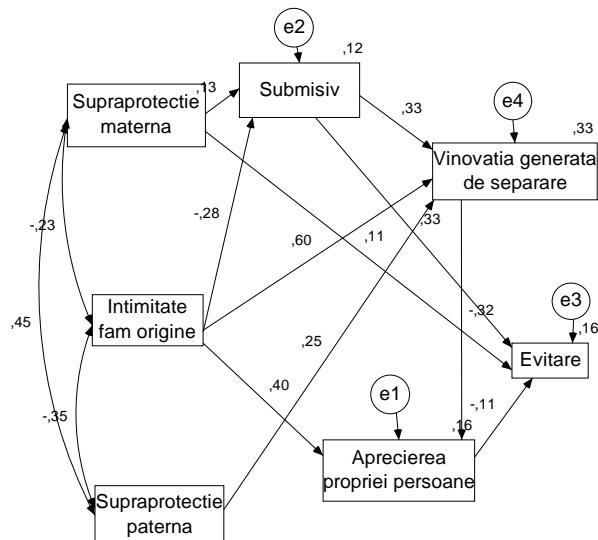


Figura 17. Relații și interacțiuni complexe dintre caracteristici intra- și interpersonale și factori care țin de familia de origine

Astfel, supraprotecția maternă, relaționată semnificativ negativ cu intimitatea în familia de origine și pozitiv cu supraprotecția paternă, crește tendința persoanei spre submisivitate în relațiile apropiate, respectiv evitarea în relații de atașament. Supraprotecția paternă, pe de altă parte, are efect de scădere a stimei de sine de tipul aprecierii propriei persoane, iar stima de sine scăzută crește evitarea în cadrul relațiilor apropiate. Intimitatea în familia de origine are un efect cauzal negativ, de scădere a submisivității și de creștere a stimei de sine de tipul aprecierii propriei persoane. Submisivitatea are efect de creștere a evitării în relațiile apropiate (și, după cum am constatat, relația este bidirecțională).

Prin adăugarea vinovăției interpersonale (figura 17), efectul intimității în familia de origine asupra stimei de sine de tipul aprecierii, valorizării propriei persoane crește. Persoana care are parte de intimitate crescută în familia de origine tinde să resimtă în mare măsură vinovăție față de separare, respectiv să mențină legăturile cu familia de origine.

În **concluzie**, studiile realizate prezintă multiple implicații atât de natură teoretică, cât și practică, fiind totodată inedite pentru populația românească, după cunoștințele noastre. Prin implementarea unor analize complexe, multivariate, considerăm că studiile realizate aduc contribuții la progresul domeniului cercetat, inclusiv prin faptul că generează întrebări și dileme, ca sugestii pentru cercetări viitoare.

Limitele studiilor sunt, în principal, numărul redus de participanți, dar și limitele specifice designului transversal. De asemenea, estimăm că în cadrul studiilor realizate cu participante studente motivația acestora de a participa a fost relativ redusă, dat fiind faptul că

participantele nu au fost recompensate pentru completarea bateriei. În altă ordine de idei, constructele sondate sunt foarte dificil de operaționalizat și, așa cum reiese și din limitele la nivelul proprietăților psihometrice, este posibil ca scalele și procedurile utilizate să surprindă doar parțial complexitatea realității și să nu constituie modalități optime de evaluare a constructelor sondate. Prin urmare, propunem ca direcții de cercetare viitoare, validarea modelelor factoriale ale scalelor, precum și a modelelor de cale propuse și ajustarea acestora unde este necesar, replicarea studiilor cu loturi mai vaste de participanți. De asemenea, propunem aplicarea rezultatelor în practică și sondarea acestora în cadrul unor studii de caz, atât în cazul copiilor, cât și a adulților.

Studiile din teza de față respectă principiile *eticii* cercetării în privința confidențialității datelor culese, anonimatului participanților și instituțiilor în cadrul cărora s-a luat contact cu aceștia. Criteriile de includere/ excludere a copiilor sugari cu malnutriție nu au fost aplicate la intervenția efectuată cu aceștia, ci exclusiv la analiza statistică a rezultatelor, pentru a obține un lot cât mai omogen. Interpretarea rezultatelor a fost realizată astfel încât să nu constituie bază pentru stigmatizare și discriminare. Instrumentele utilizate și procedura de lucru sunt non-invazive și, deși unele au fost obositoare, nu introduc participanții în situații stresante sau frustrante.

Bibliografie selectivă

- Achenbach, T. M. (1997). What is normal? What is abnormal? Developmental perspectives on emotional and behavioral problems, în Luthar, S., Burack, J., Cichetti, D., Weisz, J. (eds.), *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk and disorder*, Cambridge University Press, New York;
- Acton, G.S., Revelle, W. (2002). Interpersonal Personality Measures Show Circumplex Structure Based on New Psychometric Criteria, în *Journal of Personality Assessment*, 79(3), p. 446-471;
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., test revision), Washington, DC: Author;
- Andreassen, C., Fletcher, P. (2007). *Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort (ECLS-B) Psychometric Report for the 2-Year Data Collection (NCES 2007-084)*. National Center for Education Statistics, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education. Washington, DC.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., Taylor, G.J., (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale. I. Item selection and cross-validation of the factor structure, în *Journal of Psychosomatic Research*, 38, p. 23-32;
- Barr, P. (2003). *Guilt, Shame and Grief: An Empirical Study of Perinatal Bereavement*, Unpublished PhD Thesis, University of Sydney, Australia;
- Benoit, D., Coolbear, J. (2004). *Disorders of Attachment and Failure to Thrive*, în Atkinson, L., Goldberg, S. (eds.). *Attachment issues in Psychopathology and Intervention*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, London;
- Bifulco, A., Mahon, J., Kwon, J.H., Moran, P.M., Jacobs, C. (2003). The Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ): an interview-based measure of attachment styles that predict depressive disorder, în *Psychological Medicine*, 33, p. 1099-1110;
- Block, M.M., Dubowitz, H., Krishnakumar, A., Starr, R.H. (2007). Early Intervention and Recovery Among Children With Failure to Thrive: Follow-up at Age 8, în *Pediatrics*, 120 (1), p. 59-69;
- Block, R.W., Krebs, N.F. (2005). Failure to Thrive as a Manifestation of Child Neglect, în *Pediatrics*, 116(5), p. 1234-1237;

- Bricker, D. (1993). *Assessment, Evaluation and Programming System for Infants and Children*, vol I: AEPS Measurement for Birth to Three Years, Paul H. Brookes Publishing, Co., Inc., Baltimore;
- Brown, D., Hawkins Rogers, Y., Kapadia, K. (2008). Considerații multiculturală despre aplicarea teoriei atașamentului, în *American Journal of Psychotherapy*, 62(4), p. 34-50;
- California Institute for Mental Health (2000). *Mental Health Screening Tool (MHST 0-5): Child 0 to 5 Years*, <http://www.cimh.org/>
- Caruso, D. R., Mayer, J. D. (1998). *A Measure of Emotional Empathy for Adolescents and Adults*, manuscris nepublicat;
- Cassidy, J. (2008). The Nature of the Child's Ties, în Cassidy și Shaver (eds.). *Handbook of Attachment*, 2nd ed. Theory, Research and Clinical Applications, The Guilford Press, New York;
- Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative Psychological Research: A Student's Handbook*, Psychology Press, Taylor&Francis Group, Hove, New York;
- Cox, M. (1997). *Qualitative Ratings of Parent/Child Interaction*. Unpublished manual, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Crawford, J.R., Henry, J.D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample, în *British Journal of Clinical Psychology*, 43, p. 245-265;
- DeMeis, D.K., Hock, E., & McBride, S.L. (1986). The balance of employment and motherhood: Longitudinal study of mothers' feelings about separation from their first-born infants. *Developmental Psychology*, 22, 627-632.
- Denham, S.A. (2005). *Assessing Social-Emotional Development in Children from a Longitudinal Perspective for the National Children's Study*, Battelle Memorial Institute, <http://www.nationalchildrensstudy.gov>;
- Derogatis, L. R. (1975). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- DiTommaso, E., Brannen, C., Best, L.A. (2004). Measurement and Validity Characteristics of the Short Version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults, în *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), p. 99-119;
- DiTommaso, E., Spinner, B. (1993). The Development and Initial Validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA), în *Personality and Individual Differences*, 14(1), p. 127-134;
- Fogel, A. (2004). *Remembering Infancy: Accessing Our Earliest Experiences*, în Bremner, G., Slater, A. (eds.). *Theories of Infant Development*, Blackwell Publishing Ltd.;
- Fraley, C., Phillips, R.L. (2009). Self-Report Measures of Adult Attachment in Clinical Practice, în Obegi, J.H., Berant, E. (eds.). *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*, Guilford Press, New York;
- Gilliam, W.S., Mayes, L.C. (2002). *Clinical Assessment of Infants and Toddlers*, in Lewis, M. (ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 3rd edition, Lippincott Williams & Wilkins Publishers;
- Griffin, D., Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment, în *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 67, 430-445;
- Hartman, S., Winsler, A. (2005). Resiliency, in *Encyclopedia of Human Development*, SAGE Publications Inc.;
- Hock, E., DeMeis, D., & McBride, S. (1987). Maternal separation anxiety: Its role in the balance of employment and motherhood in mothers of infants. In A. Gottfried & A. Gottfried (Eds.), *Maternal employment and children's development: Longitudinal research*. (pp.) New York: Plenum.
- Horowitz, L. (1996). The Study of Interpersonal Problems: A Leary Legacy, în *Journal of Personality Assessment*, 66(2), p. 283-300;
- Hull, J.W. (2002). Failure to Thrive, in Salkind, N.J. (ed.). *Child Development. The Macmillan Psychology Reference Series*, Macmillan, New York;
- Iwaniec, D. (2005). Failure to Thrive, in *Encyclopedia of Human Development*, SAGE Publications, Inc.;
- Kenny, D.A., Kashy, D.A., Cook, W.L. (2006). *Dyadic Data Analysis*, The Guilford Press, New York;
- Kobak, R., Madsen, S. (2008). Disruptions in Attachment Bonds: Implications for Theory, Research and Clinical Intervention, în Cassidy și Shaver (eds.). *Handbook of Attachment*, 2nd ed. Theory, Research and Clinical Applications, The Guilford Press, New York;
- Lutz, W.J., Hock, E. (2001). Maternal Separation Anxiety: Relations to Adult Attachment Representations in Mothers of Infants, în *Journal of Genetic Psychology*, 156(1), p. 57-72;
- Marans, S., Cohen, D.J. (2002). *Child Psychoanalytic Theories of Development*, în Lewis, M. (ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 3rd edition, Lippincott Williams & Wilkins Publishers;
- Martin, C., Southall, A., Shea, E., Marr, A. (2008). The Importance of a Multifaceted Approach in the Assessment and Treatment of Childhood Feeding Disorders: A Two-Year -Old In-Patient Case Study in the U.K. *National Health Service*, în *Clinical Case Studies*, 7(2), p.79-99;
- Mikulincer, M., Shaver, P.R. (2007). *Attachment in adulthood. Structure, Dynamics and Change*, The Guilford Press, New York;
- Nichols, M.P., Schwartz, R.C. (1997). *Family Therapy. Concepts and Methods*, Allyn&Bacon, Boston;

- O'Connor, L.E., Berry, J.W., Weiss, J., Bush, M., Sampson, H. (1997). Interpersonal Guilt: The Development of a New Measure, în *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), p. 73-89;
- Oleksiak, C. (2002). Risk and Resiliency: Failure to Thrive in the First Year of Life, în Shirilla, J.J., Weatherston, D.J. (eds.). *Case Studies in Infant Mental Health, Zero to Three*, Washington;
- Paley, B., Cox, M.J., Kanoy, K.W. (2001). The Young Family Interaction Coding System, în Kerig, P.K., Lindahl, K.M. (eds.). *Family Observational Coding Systems: Resources for Systemic Research*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah;
- Parker, G. (1983). *Parental Overprotection: A Risk Factor in Psychosocial Development*, Grune & Stratton, New York.
- Parker, G., Tupling, H., Brown, L.B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 1979, 52, p. 1-10;
- Parker, J.D.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population, în *Journal of Psychosomatic Research*, 55, p. 269-275;
- Preda, V. (1999) (coord). *Intervenția precoce în educarea copiilor deficienți vizuali*, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca;
- Richter, M.M., Volkmar, F.R. (1994). Reactive Attachment Disorder of Infancy or Early Childhood, în *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(3), p. 328-332;
- Robinson, J.R., Drotar, D., Boutry, M. (2001). Problem – Solving Abilities Among Mothers of Infants With Failure to Thrive, în *Journal of Pediatric Psychology*, 26(1), p. 21-32;
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being, în *Annual Review of Psychology*, 52, p. 141-166;
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2004). An Overview of Self-Determination Theory: An Organismic – Dialectical Perspective, în Deci, E.L., Ryan, R.M. (eds.). *Handbook of Self-Determination Research*, The University of Rochester Press, New York;
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being, în *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, p. 1069–1081.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence, în *Personality and Individual Differences*, 25, p.167–177;
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., & Bhullar, N. (2009). The Assessing Emotions Scale, în C. Stough, D. Saklofske & J. Parker (Eds.), *The Assessment of Emotional Intelligence*. New York: Springer Publishing;
- Shaver, P.R., Fraley, R.C. (2008). Attachment, Loss and Grief: Bowlby's Views and Current Controversies, în Cassidy și Shaver (eds.). *Handbook of Attachment*, 2nd ed. Theory, Research and Clinical Applications, The Guilford Press, New York;
- Sillick, T.J., Schutte, N.S. (2006). Emotional Intelligence and Self-Esteem Mediate Between Perceived Early Parental Love and Adult Happiness, în *E-Journal of Applied Psychology: Emotional Intelligence*, 2(2), p. 38-48;
- Skolka, E. (2006). *Teorii explicative, modele și tehnici de intervenție în psihologie clinică și psihoterapie*, Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca;
- Soldz, S. (1996). The Interpersonal Circumplex as a Structural Model in Clinical Research: Examples from Group Psychotherapy, Interpersonal Problems and Personality Disorders, în Plutchik, R., Conte, H.R. (eds.). *Circumplex Models of Personality and Emotions*, American Psychological Association, Washington, DC;
- Springer, Hauser (2006). An Assessment of the Construct Validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being: Method, Mode and Measurement Effects, în *Social Science Research*, 35, p. 1119-1130;
- Tafarodi, R.W., Swann, W.B. (1995). Self-Liking and Self-Competence as Dimensions of Global Self-Esteem: Initial Validation of a Measure, în *Journal of Personality Assessment*, 65(2), p. 322-342;
- Van Ijzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. (2004). Maternal Sensitivity and Infant Temperament in the Formation of Attachment, în Bremner, G., Slater, A. (eds.). *Theories of Infant Development*, Blackwell Publishing Ltd.;
- Wang, C.C.D.C, Scalise, D.A. (2009). Adult Attachment, Culturally Adjusted Attachment and Interpersonal Difficulties of Taiwanese Adults, în *The Counseling Psychologist*, 20(10), p. 1-26;
- Watson, D., Clark, L.A., Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales, în *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, p. 1063-1070, Copyright © 1988 American Psychological Association, reproducă cu permisiune;
- Zero to Three (1994). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC 0-3)*, Washington, DC, ZERO TO THREE Press;
- Zero to Three (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition (DC 0-3R)*, Washington, DC, ZERO TO THREE Press.