

**UNIVERSITATEA “BABEȘ-BOLYAI”  
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI**

**Aspecte privind simptomatologia clinică a copiilor  
preșcolari care au suferit o formă de abuz. Aplicații ale  
unui program de creștere a competențelor socio-  
emoționale.**

**- Rezumat -**

**COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:  
Prof. Univ. Dr. Vasile Preda**

**Doctorand:  
Irina Sănduleac**

**2010**

**CUPRINS**

**INTRODUCERE**

**LISTA DE FIGURI**

**LISTA DE TABELE**

**CAPITOLUL I. ABUZUL ASUPRA COPIILOR**

I.1. Abuzul fizic.....	11
I.2. Abuzul sexual.....	11
I.3. Abuzul emoțional.....	12
I.4. Neglijarea.....	12
I.5. Situația copiilor abuzați în România.....	12

**CAPITOLUL II. ASPECTE TEORETICE PRIVIND ABUZUL ASUPRA COPIILOR**

II.1. Copiii cu istoric de abuz și neglijare.....	14
II.2. Efecte ale abuzului.....	15
II.2.1. Variabile moderatoare cunoscute sau suspectate că ar avea impact asupra dezvoltării copiilor abuzați.....	18
II.2.2. Aspecte legate de stadiul de dezvoltare al copiilor.....	19
II.3. Copiii aflați în sistemul rezidențial de protecție.....	21

**CAPITOLUL III. ABUZUL, FACTOR DE RISC PENTRU DEZVOLTAREA TULBURĂRILOR DE ATAȘAMENT**

III.1. Aspecte generale privind tulburarea reactivă de atașament.....	23
III.2. Elemente de definiție ale tulburării reactive de atașament.....	24
III.3. Criterii de diagnostic DSM IV. ....	25
III.3.1. Trăsăturile clinice în tulburarea reactivă de atașament - tipul inhibat.....	25
III.3.2. Trăsăturile clinice în tulburarea reactivă de atașament - tipul dezinhibat.....	26
III.4. Diagnosticul diferențial. ....	26
III.5. Tipuri de atașament. ....	28
III.6. Manifestările copiilor cu tulburări de atașament. ....	31
III.7. Critici aduse criteriilor de diagnostic pentru tulburarea reactivă de atașament DSM IV-TR ....	34
III.8. Criterii de diagnostic propuse pentru DSM V.....	41

**CAPITOLUL IV. ABUZUL, FACTOR DE RISC PENTRU DEZVOLTAREA TULBURĂRII DE DEFICIT ATENȚIONAL ȘI HIPERACTIVITATE**

IV.1. Aspecte generale privind tulburarea de deficit atențional și hiperactivitate (ADHD).....	44
IV.2. Criterii de diagnostic.....	45
IV.3. Trăsături clinice ale subtipurilor tulburării de deficit atențional și hiperactivitate.....	48
IV.3.1. Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tip combinat.....	48
IV.3.2. Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tip predominant de inatenție.....	48
IV.3.3. Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție, tip predominant hiperactiv-impulsiv.....	48
IV.4. Abuzul asupra copiilor și tulburarea de deficit atențional și hiperactivitate.....	49

**CAPITOLUL V. ABUZUL, FACTOR DE RISC PENTRU DEZVOLTAREA TULBURĂRII DE OPOZIȚIONISM PROVOCATOR**

V.1. Aspecte generale privind tulburarea de opoziționism provocator.....	52
V.2. Criteriile de diagnostic pentru opoziționismul provocator. ....	53
V.3. Diagnostic diferențial. ....	53

V.4. Evoluția tulburării de tip opozant.....	54
V.5. Etiologia tulburărilor de tip opozant.....	54
<b>CAPITOLUL VI. REZILIENȚA EMOȚIONALĂ</b>	
VI.1. Reziliența emoțională, implicații pentru terapia rațional-emoțivă și comportamentală.....	58
VI.2. Definierea rezilienței emoționale.....	59
VI.3. Strategii de reziliență emoțională sau abilități de coping.....	61
VI.4. Cercetarea din domeniul dezvoltării asupra reglării emoționale a copiilor.....	61
<b>CAPITOLUL VII. TERAPIA RAȚIONAL-EMOTIVĂ ȘI COMPORTAMENTALĂ LA COPII</b>	
VII.1. Aspecte teoretice referitoare la aplicarea REBT în tulburările copiilor.....	63
VII.2. Terapia de grup pentru copii.....	64
VII.2.1. REBT la grupurile de copii.....	68
<b>CAPITOLUL VIII. DESCRIEREA PROGRAMULUI „DA, POȚI!”</b>	
VIII.1. Teorii educaționale, dovezi empirice și practici educaționale care au stat la baza dezvoltării educației timpurii „DA, POȚI!” .....	70
VIII.2. Practici educaționale care au fost incluse în acest program.....	73
VIII.3. Descrierea fundamentelor.....	76
<b>CAPITOLUL IX. Studiul 1. ASPECTE PRIVIND SIMPTOMATOLOGIA CLINICĂ A COPIILOR PREȘCOLARI CARE AU SUFERIT O FORMĂ DE ABUZ</b>	
IX.1. Obiectivele studiului.....	82
IX.2. Ipotezele studiului.....	82
IX.3. Metodologie.....	82
IX.3.1 Participanți.....	82
IX.3.2 Procedură.....	90
IX.4. Rezultate și discuții.....	92
IX.5. Concluzii.....	114
IX.6. Limite și direcții viitoare de cercetare.....	115
<b>CAPITOLUL X. Studiul 2. APLICAȚII ALE UNUI PROGRAM DE CREȘTERE A COMPETENȚELOR SOCIO-EMOȚIONALE</b>	
X.1. Obiectivele studiului.....	117
X.2. Ipotezele studiului.....	117
X.3. Metodologie.....	118
X.3.1. Participanți.....	119
X.3.2. Manipularea experimentală.....	122
X.3.3. Procedura de evaluare și intervenție.....	122
X.4. Rezultate și discuții .....	130
X.5. Concluzii.....	171
X.6. Limite și direcții viitoare de cercetare.....	172
<b>CAPITOLUL XI. STUDII DE CAZ</b>	
XI.1. Cazul IULIA.....	174
XI.2. Cazul ELENA.....	176
XI.3. Concluzii.....	184
<b>BIBLIOGRAFIE</b>	
<b>ANEXA 1.</b>	
<b>ANEXA 2.</b>	
<b>ANEXA 3.</b>	

## INTRODUCERE

În ciuda faptului că fenomenul reprezentat de abuzul asupra copiilor, a primit o atenție considerabilă în ultimii ani prin politicile sociale implementate de stat cât și de organizațiile nonguvernamentale, mii de copii continuă să fie abuzați și neglijați în fiecare an. În ultimii 20 de ani, sistemul de protecție a copilului a cunoscut progrese marcante în ceea ce privește atât serviciile de consiliere oferite beneficiarilor cât și restructurarea centrelor de plasament și adoptarea sistemului de asistență maternală.

Copiii rezidenți ai centrelor de plasament se confruntă cu multiple probleme emoționale și comportamentale generate atât de relațiile disfuncționale și abuzurile suferite în familiile naturale cât și de lipsa îngrijitorului principal față de care aceștia să dezvolte o relație sigură de atașament.

Dezvoltarea competențelor socio-emoționale ale copiilor instituționalizați în centre rezidențiale, deși nu substituie nevoia copilului de a aparține unei familii, poate duce la diminuarea problemelor emoționale și de comportament, facilitând adaptarea copilului la mediu și pregătirea acestuia pentru a se integra într-o viitoare familie de plasament. Considerăm că problemele emoționale și de comportament manifestate de copii pot constitui o piedică pentru ca aceștia să fie acceptați în viitoarele familii de plasament sau chiar în reintegrarea în familia naturală, acolo unde este posibil.

Cercetarea de față are la bază două studii. Scopul lor este pe de o parte, de a identifica tulburările psihice manifestate de copiii care au fost supuși unor forme de abuz (abuz fizic, abuz emoțional, neglijare și abuz sexual) în familia naturală precum și dezvoltarea competențelor socio-emoționale ale copiilor care au suferit o formă de abuz și care au fost instituționalizați într-un centru rezidențial. De asemenea, cercetarea își propune să evidențieze, prin intermediul studiilor de caz, atât efectul abuzului asupra copiilor cât și impactul unui program de dezvoltare a competențelor socio-emoționale.

Teza de doctorat „Aspecte privind simptomatologia clinică a copiilor preșcolari care au suferit o formă de abuz. Aplicații ale unui program de creștere a competențelor socio-emoționale” este alcătuită însumează 204 pagini și este alcătuită din două părți principale: partea de fundamentare teoretică (71 de pagini reprezentând 40 % din teză) cuprinde opt capitole, partea practică este ilustrată în trei capitole (106 pagini reprezentând 60% din teză), de asemenea teza mai cuprinde 8 pagini de bibliografie și 9 pagini de anexe.

## **PARTEA I – FUNDAMENTAREA TEORETICĂ**

### **CAPITOLUL I. ABUZUL ASUPRA COPIILOR**

În acest capitol sunt descrise tipurile de abuz asupra copiilor precum și anumite aspecte legislative menite să protejeze copiii victime ale abuzurilor. Tot în acest capitol sunt evidențiate câteva date statistice privind situația copiilor abuzați din România.

### **CAPITOLUL II. ASPECTE TEORETICE PRIVIND ABUZUL ASUPRA COPIILOR**

În acest capitol sunt tratate detaliat o serie de efecte ale abuzurilor precum și variabilele cunoscute ca având un impact asupra dezvoltării copiilor care au suferit o formă de abuz. Tot în acest capitol se discută și despre instituționalizarea copiilor în centre rezidențiale datorită faptului că în familia naturală au suferit o formă de abuz.

### **CAPITOLUL III. ABUZUL, FACTOR DE RISC PENTRU DEZVOLTAREA TULBURĂRILOR DE ATAȘAMENT**

Tulburările de atașament primesc o atenție deosebită datorită ratei crescute de apariție în rândul copiilor abuzați. Astfel accentul este pus atât asupra criteriilor de diagnostic și a manifestărilor copiilor abuzați care prezintă o tulburare reactivă de atașament cât și diferențele dintre tulburări de atașament și stilul de atașament.

### **CAPITOLUL IV ABUZUL, FACTOR DE RISC PENTRU DEZVOLTAREA TULBURĂRII DE DEFICIT ATENȚIONAL ȘI HIPERACTIVITATE**

Tulburarea de deficit atențional și hiperactivitate este una din cele mai frecvente tulburări diagnosticate la copiii preșcolari, studiile arată că abuzul asupra copiilor se asociază cu tulburarea de deficit atențional și hiperactivitate, astfel acest capitol ilustrează relația dintre cele două.

### **CAPITOLUL V ABUZUL, FACTOR DE RISC PENTRU DEZVOLTAREA TULBURĂRII DE OPOZIȚIONISM PROVOCATOR**

Capitolul V își propune să evidențieze impactul unui stil parental policarențat asupra patternurilor comportamentale de tip opozant și agresiv.

## **CAPITOLUL VI. REZILIENȚA EMOȚIONALĂ**

Capitolul VI este destinat descrierii rezilienței emoționale la copii care au suferit o formă de abuz și mai ales a impactului pe care îl au programele de intervenție asupra acestei componente.

## **CAPITOLUL VII. TERAPIA RAȚIONAL-EMOTIVĂ ȘI COMPORTAMENTALĂ LA COPII**

Acest capitol tratează aspectele care țin de tipul intervenției asupra copiilor, în extensie și asupra adolescenților, plecând de la ideea că există o relație reciprocă aproape implacabilă între comportamentele inadecvate și mediile deviante în așa manieră încât devianțele, fie în cazul persoanei, fie în cazul mediului, tind să conducă spre devianțe de cealaltă parte. Bernard (2004a), afirmă că măsura în care procesele și conținuturile cognitive ale copiilor sunt dominate de iraționalitate mai degrabă decât de raționalitate depinde de vârstă, temperament biologic (ex., iritabil, temător, flexibil), mediu familial, ce include stilul parental (ex.: ferm/non-ferm, blând/non-blând) și măsura în care părinții modelează și comunică convingeri raționale sau iraționale, precum și de prezența evenimentelor negative în viața lor (ex.: divorțul părinților, abuz).

## **CAPITOLUL VIII. DESCRIEREA PROGRAMULUI „DA, POȚI!”**

Acest capitol se axează exclusiv pe descrierea programului „Da, POȚI!”, așa cum a fost conceput de autorul său Prof. Michael Bernard. În acest capitol se discută atât despre fundamentarea teoretică a programului cât și despre aplicațiile lui practice.

## **PARTEA A II-A - CERCETAREA PRACTICĂ**

### **CAPITOLUL IX. Studiul II.1. ASPECTE PRIVIND SIMPTOMATOLOGIA CLINICĂ A COPIILOR PREȘCOLARI CARE AU SUFERIT O FORMĂ DE ABUZ**

#### **IX.1. Obiectivele studiului**

Evidențierea tipurilor de tulburări care se asociază cel mai frecvent cu tipurile de abuz.

Evidențierea relației de asociere dintre “caracteristicile episoadelor de abuz” și prezența tulburării reactive de atașament.

Evidențierea relației dintre vârsta copiilor la momentul de debut al episoadelor abuzive și nivelul de funcționare global actual al copiilor.

## **IX.2. Ipoteze**

1. Se presupune că în cazul copiilor care au suferit o formă de abuz, există diferențe în ceea ce privește tipul abuzului exercitat asupra lor și frecvența de apariție a anumitor tipuri de tulburărilor psihice.

2. Se presupune că, cu cât frecvența episoadelor de abuz este mai ridicată cu atât apariția tulburării reactive de atașament este mai frecventă.

3. Se presupune că frecvența de apariție a simptomelor tulburărilor de atașament în cazul copiilor supuși unei forme de abuz este asociată cu persoana care a exercitat abuzul.

4. Se presupune că există diferențe semnificative în ceea ce privește prezența tulburării de atașament la copiii care au suferit o formă de abuz din punct de vedere al vârstei la care au debutat episoadele abuzive.

5. Se presupune că există o relație de asociere între vârsta la care au debutat episoadele abuzive și nivelul de funcționare globală actual în cazul copiilor care au suferit o formă de abuz.

6. Se presupune că există o relație cauzală între vârsta la care au debutat episoadele abuzive și nivelul de funcționare globală în cazul copiilor care au suferit o formă de abuz.

## **IX.3. Metodologie**

### **IX.3.1 Participanții**

Participanții acestui studiu sunt copii care au fost supuși unei forme de abuz în familia naturală. Situația acestor copii a intrat în atenția Centrului de Intervenție pentru Copilul Abuzat Cluj, departament din cadrul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului Cluj, în urma unor sesizări făcute de către autoritățile locale, sau de către alte persoane care dețineau informații despre copii aflați în situații critice. Astfel în acest studiu au fost incluși 57 de copii la care s-a confirmat existența unei situații de abuz, în urma unei evaluări multidisciplinare.

Vârsta copiilor care au participat la acest studiu a fost cuprinsă în intervalul 3-6 ani. Cel mai frecvent tip de abuz este abuzul fizic (18 cazuri), fiind exercitat cu precădere asupra copiilor

cu vârsta cuprinsă între 3 și 5 ani. În ceea ce privește abuzul sexual, frecvența de apariție este mai mare la copiii de 6 ani, abuzul emoțional este reprezentat aproximativ egal în toate categoriile de vârstă, neglijarea apare mai des la copiii mai mici care au vârsta de 3 ani.

În eșantionul de copii evaluați, dintre cei care au fost victimele abuzului fizic, 15 au fost de sex masculin iar 3 de sex feminin.

Apartenența etnică a fost următoarea: română N = 32 (56,1%), maghiară N = 4 (7%), rromă N = 21 (36,8%).

Mediul de proveniență al participanților este reprezentat după cum urmează: 34 (59,6 %) cazuri provin din mediul urban și 23 (40,4 %) din mediul rural.

Referindu-ne la tipul de familie putem afirma că 20 de copii (35,1%) provin din familii monoparentale, 34 (59,6%) provin din familii biparentale (specificăm că nu s-a ținut cont de faptul că părinții au fost căsătoriți sau nu), iar în 3 cazuri (5,3%), copiii locuiesc cu un părinte vitreg.

În ceea ce privește școlarizarea părinților, aceștia au preponderent studii primare (42,2% dintre aceștia au absolvit cel mult 4 clase), de asemenea 26,3% dintre părinți au studii superioare, 10,5% au absolvit liceul sau o formă de învățământ similară, iar 21,1% au studii cuprinse între 5 și 8 clase.

La momentul evaluării, 28 de copii (49,1%) erau înscriși într-o formă de învățământ preșcolar iar 29 (50,9%) nu frecventau nici o formă de învățământ.

### **IX.3.2. Procedura**

S-au utilizat ca instrumente de evaluare și diagnostic, interviul clinic semistrukturat, discuția liberă și observația clinică, urmărindu-se criteriile de diagnostic din DSM-IV-TR. Tulburările care au fost diagnosticate cu frecvența cea mai mare au fost: tulburarea reactivă de atașament de tip dezinhibat, tulburarea reactivă de atașament de tip inhibat, ADHD tipul predominant impulsiv, ADHD tipul predominant inatent și tulburarea de tip opoziționism provocator. De asemenea s-a folosit *Scala de Evaluare Globală a Funcționării (GAF)*, pentru fiecare copil.

Copiii au fost aduși pentru evaluare psihologică de cele mai multe ori de către părintele nonabuzator sau de o altă persoană din familie sau din afara acesteia, mai ales atunci când persoanele abuzatoare erau ambii părinți.



Evaluarea s-a realizat pe durata a aproximativ 2,5 ore, pe parcursul a 3 sesiuni, cu fiecare dintre copii. Rezultatele evaluării au fost înregistrate în rapoarte de evaluare individualizate pentru fiecare copil. Alte informații cum ar fi frecvența episoadelor de abuz, vârsta la care a debutat abuzul, vârsta copiilor, sexul, etnia, au fost obținute de la părinți sau din consultarea rapoartelor oficiale întocmite de asistenții sociali.

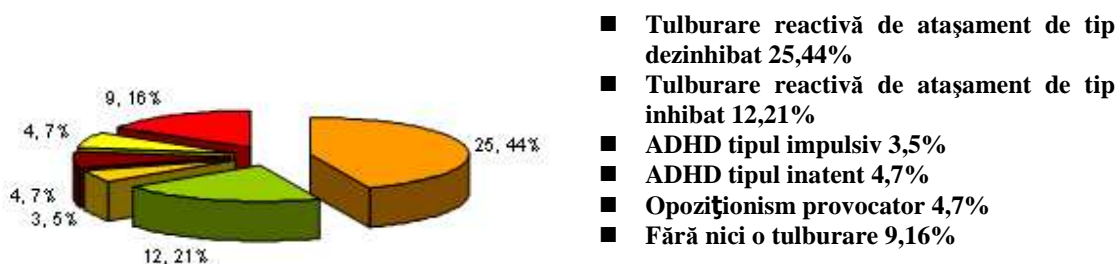
Abuzul a fost încadrat în patru categorii distincte: abuz fizic, abuz sexual, abuz emoțional și abuz sexual. Tipurile de abuz luate în considerare pentru acest studiu, au fost categorizate de către asistentul social pe criterii de severitate a abuzului. Pentru studiul de față s-a preluat această încadrare.

Frecvența episoadelor de abuz au fost codificate nominal, aceasta cuprinde următoarele elemente: episod singular, până la 5 episoade, o dată/săptămână, de 2-3 ori/săptămână și repetat zilnic. În ceea ce privește variabila referitoare la persoana abuzatoare au fost considerate mai multe categorii: mama, tata, ambii părinți și persoană din familia extinsă sau din afara familiei.

#### IX.4. Rezultate și discuții

În ceea ce privește verificarea ipotezelor, prelucrarea datelor s-a realizat prin intermediul programului statistic SPSS 13.0. În prelucrarea datelor s-au folosit următoarele teste statistice: testul chi-pătrat, coeficientul phi ( $\phi$ ) și Cramer V, corelația liniară r Bravais-Pearson, testul t pentru eșantioane independente și regresia liniară simplă.

În urma evaluării copiilor s-a evidențiat prezența mai multor tipuri de simptome:



**Figura 1 .** Tipurile de simptome principale identificate în urma evaluării lotului de participanți

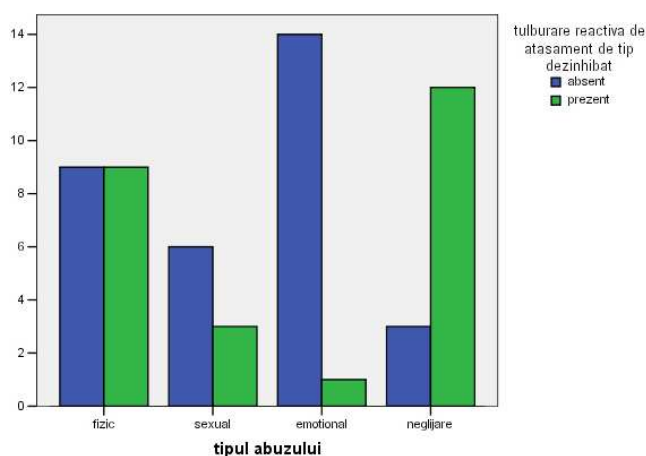
Cea mai mare frecvență o au tulburările de atașament, ale căror simptome au fost prezente în 37 de cazuri (56%) dintr-un total de 57 cazuri, astfel 25 (44%) dintre copii manifestă simptome ale tulburării reactive de atașament de tip dezinhibat, iar 12 (21%) copii prezintă simptome ale tulburării de atașament de tip inhibat, 9 (16%) copii nu prezintă nici un simptom care ar putea fi atribuit unei categorii de diagnostic, 4 (7%) copii prezintă ca diagnostic principal ADHD tipul

inatent, 3 (5%) copii manifestă simptome ale ADHD-ului tipul impulsiv, opoziționism provocator 4 (7%).

**Ipoteza 1.** Presupunem că există diferențe în ceea ce privește frecvența de apariție a tulburărilor psihice în cazul copiilor care au suferit o formă de abuz, în funcție de tipul abuzului.

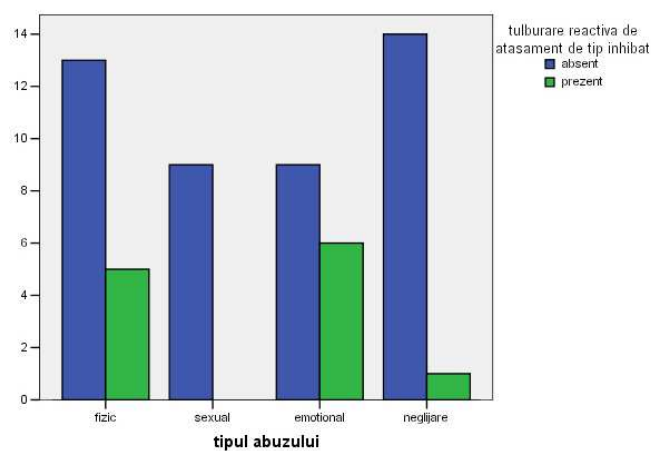
Frecvența de apariție a simptomatologiei specifice **tulburării reactive de atașament de tip dezinhibat** în cazul copiilor care au fost supuși unei forme de abuz, este mai mare în cazul copiilor neglijanți decât în cazul copiilor care au fost victimele altor forme de abuz ( $\chi^2=17,064$ ,  $p < 0,01$ ).

**Figura 2.** Frecvența de apariție a simptomelor tulburării reactive de atașament de tip dezinhibat la copiii abuzați în funcție de tipul de abuz



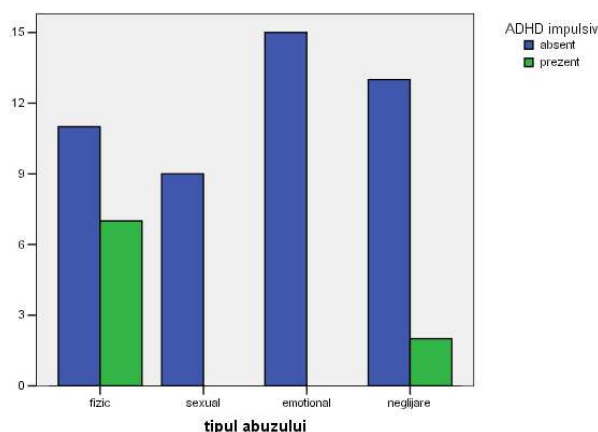
Frecvența de apariție a simptomatologiei specifice **tulburării reactive de atașament de tip inhibat** în cazul copiilor care au fost supuși unei forme de abuz, este mai mare în cazul copiilor abuzați emoțional decât în cazul copiilor care au fost victimele altor forme de abuz ( $\chi^2=7.998$ ,  $p < 0,05$ ).

**Figura 3.** Frecvența de apariție a simptomelor tulburării reactive de atașament de tip inhibat la copiii abuzați în funcție de tipul de abuz



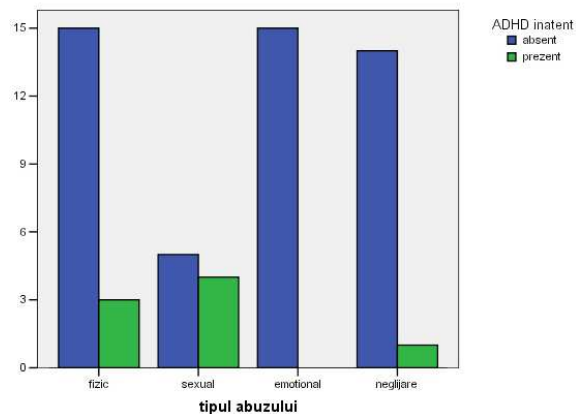
Frecvența de apariție a simptomatologiei specifice tulburării **ADHD tip impulsiv** în cazul copiilor care au fost supuși unei forme de abuz, este mai mare în cazul copiilor supuși abuzului fizic ( $\chi^2=11.791$ ,  $p<0,01$ ) decât în cazul copiilor care au fost victimele unor altor forme de abuz.

**Figura 4.** Frecvența de apariție a simptomelor tulburării ADHD de tip impulsiv la copiii abuzați în funcție de tipul de abuz.

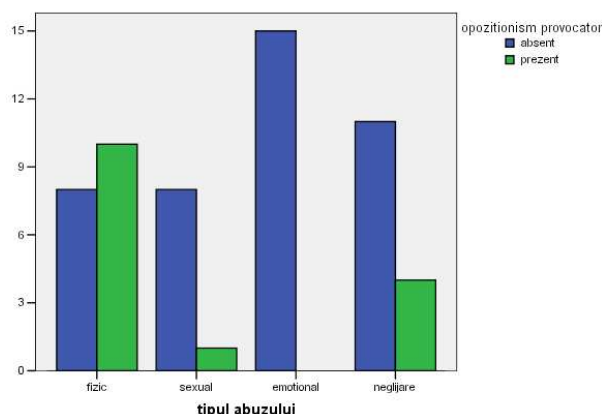


Frecvența de apariție a simptomatologiei specifice tulburării **ADHD tip inatent** este mai ridicată în cazul copiilor care au fost supuși abuzului sexual decât în cazul copiilor care au fost supuși altor forme de abuz ( $\chi^2=10,125$ ,  $p <0,05$ ).

**Figura 5.** Frecvența de apariție a simptomelor tulburării de tip ADHD inatent la copiii abuzați în funcție de tipul de abuz



Frecvența de apariție a simptomatologiei specifice tulburării **opoziționismului provocator** în cazul copiilor care au fost supuși abuzului fizic, este mai mare decât în cazul copiilor care au fost supuși altor forme de abuz ( $\chi^2=14,368$ ,  $p <0,01$ ).

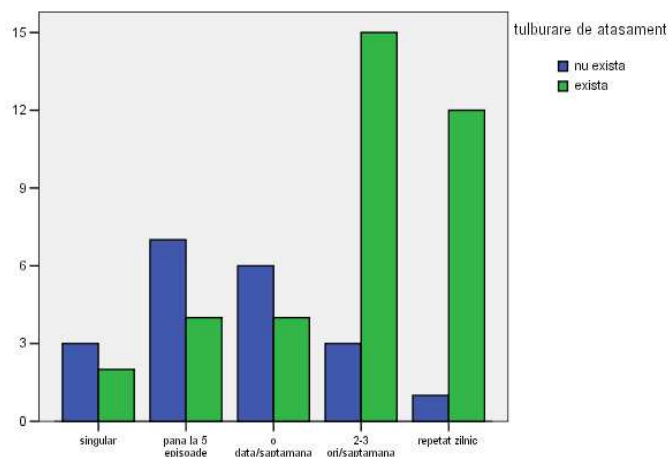


**Figură 6.** Frecvența de apariție a simptomelor tulburării opoziționismului provocator la copiii abuzați în funcție de tipul de abuz

**Ipoteza 2.** Se presupune că, cu cât frecvența episoadelor de abuz este mai ridicată cu atât apariția tulburării reactive de atașament este mai frecventă. Frecvența episoadelor de abuz a fost cotate ca: episod singular, până la 5 episoade, o dată/săptămână, de 2-3 ori/săptămână și repetat zilnic.

Frecvența de apariție a tulburării de atașament în cazul copiilor care au suferit o formă de abuz a fost asociată semnificativ cu frecvența episoadelor de abuz, în situația în care există o frecvență crescută a episoadelor abuzive, episodul este „repetat zilnic” ( $\varphi=0,51$   $p < 0,05$ ).

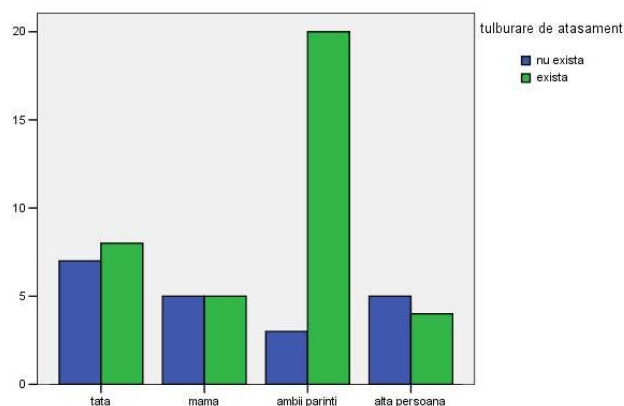
**Figura 7.** Tulburarea reactivă de atașament și frecvența episoadelor de abuz



**Ipoteza 3.** Se presupune că frecvența de apariție a simptomelor tulburărilor de atașament în cazul copiilor supuși unei forme de abuz este asociată cu persoana care a exercitat abuzul (această variabilă a fost măsurată pe o scală nominală și cuprinde următoarele categorii: tata, mama, ambii părinți și altă persoană). Tulburarea de atașament a fost măsurată pe o scală nominală dihotomică (absentă/prezentă).

Frecvența de apariție a tulburării de atașament în cazul copiilor care au suferit o formă de abuz a fost asociată semnificativ cu persoana care a comis abuzul ( $\phi=0,38$   $p < 0,05$ ). În situația în care abuzul este săvârșit de ambii părinți, valorile reziduale situate în intervalul  $[-2,9, 2,9]$  semnalând o frecvență observată mai mare decât cea așteptată în ceea ce privește prezența simptomelor tulburării de atașament.

**Figură 8.** Frecvența tulburării de atașament și persoana care a săvârșit abuzul asupra copilului

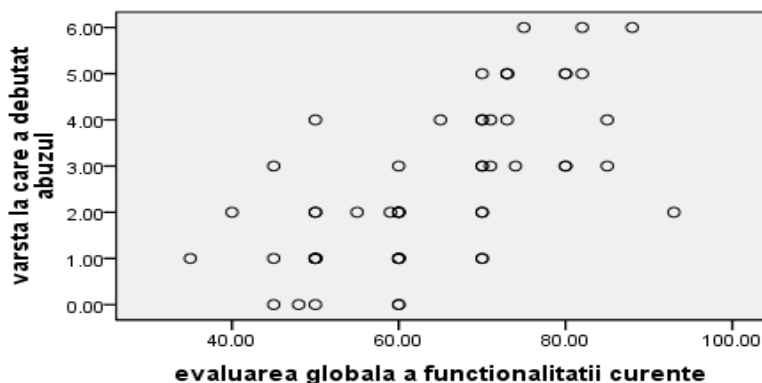


**Ipoteza 4.** Se presupune că există diferențe semnificative în ceea ce privește prezența tulburării de atașament la copiii care au suferit o formă de abuz din punct de vedere al vârstei copiilor la momentul la care au debutat episoadele abuzive.

Media vârstei copiilor la momentul debutului abuzului este de 3,35 ani la grupul de participanți care nu prezintă tulburări de atașament, iar în grupul copiilor abuzați care manifestă tulburări de atașament, media vârstei copiilor la momentul de debut al episoadelor abuzive este de 2,1 ani. Rezultatul testului t este 2.402, rezultat semnificativ statistic  $p=0,23$ .

Putem afirma că media de vârstă a copiilor la momentul debutului abuzului este mai mică la copiii care prezintă tulburări de atașament față de ceilalți copii abuzați la care vârsta la momentul de debut al episoadelor abuzive a fost mare și care nu prezintă tulburări de atașament.

**Ipoteza 5.** Se presupune că în cazul copiilor care au suferit o formă de abuz există o relație de asociere între vârsta copiilor la momentul la care au debutat episoadele abuzive și nivelul de funcționare globală actual.



**Figura 9.** Reprezentarea grafică a vârstei copiilor la momentul de debut a episoadelor de abuzul și scorurile obținute pentru funcționarea globală curentă

Dacă analizăm figura 9, vom constata atât *liniaritatea* cât și *homoscedasticitatea* relației. Datele sprijină ipoteza lansată ( $r=0.65$ ,  $p< 0.01$ ), conform căreia vârsta copiilor la momentul la care au debutat episoadele abuzive se asociază cu nivelul de funcționare globală. Mai exact, cu cât vârsta debutului este mai mică, cu atât nivelul de funcționare este mai redus.

**Ipoteza 6.** Se presupune că există o relație cauzală între vârsta copiilor la momentul la care au debutat episoadele abuzive și nivelul de funcționare globală în cazul copiilor care au suferit o formă de abuz. S-a urmărit analizarea *relației cauzale* care există între dimensiunile vârstei copiilor la momentul la care a debutat abuzul (variabilă predictor) și cele ale nivelului de funcționare globală, măsurate prin scorul de funcționare globală GAF (variabilă criteriu).

Având în vedere faptul că valoarea  $R^2=0,42$ , se poate afirma că vârsta copiilor la debutul episoadelor abuzive explică 42% din variația nivelului actual de funcționare globală iar faptul că F este semnificativ statistic ( $F=41.23$ ,  $p<0.01$ ), înseamnă că putem utiliza predictorul în estimarea acestui criteriu.

Coeficientul de regresie standardizat  $\beta=.655$ ,  $t=6.421$ ,  $p<.001$ , deci există o legătură cauzală statistic semnificativă între variabila predictor și variabila criteriu. Prin urmare, vârsta la care debutează episoadele abuzive influențează intensitatea simptomatologiei prezente.

## IX.5. Concluzii

Acest studiu, având ca participanți copii care au suferit o formă de abuz în familia naturală, a reușit să evidențieze existența unei relații de asociere între tipurile de abuz și anumite tulburări psihice, astfel: frecvența de apariție a simptomatologiei specifice tulburării reactive de

atașament de tip dezinhibat în cazul copiilor care au fost supuși unei forme de abuz, este mai mare în cazul celor neglijăți decât în cazul copiilor care au fost victimele unor altor forme de abuz.

De asemenea, s-a constatat existența unor diferențe semnificative în ceea ce privește prezența simptomatologiei ADHD de tip impulsiv la copiii abuzați, în sensul că frecvența de apariție a acestui tip de simptome este mai mare în cazul copiilor care au fost victimele abuzului fizic decât la copiii care au fost supuși altor forme de abuz.

În urma analizării rezultatelor s-a observat existența unor diferențe semnificative în ceea ce privește prezența simptomatologiei tulburării de tip opoziționism provocator la copiii abuzați, în sensul că frecvența de apariție a acestui tip de simptome este mai mare în cazul copiilor care au fost victimele abuzului fizic.

În cazul abuzului sexual, s-au observat diferențe semnificative între copiii care au fost supuși acestei forme de abuz și cei care au suferit alte tipuri, sub aspectul frecvenței de apariție a tulburării de tip ADHD tipul inatent. În ceea ce privește abuzul emoțional, deși diferențele au fost semnificative sub aspectul frecvenței de apariție a tulburării reactive de atașament de tip inhibat între copiii care au fost victimele acestui tip de abuz și cei care au suferit alte forme de abuz, relevanța practică a acestui rezultat este una medie. Acest efect, s-ar putea datora eșantionului redus de subiecți.

Totuși sunt situații în care s-au identificat și tulburări asociate: de exemplu în cazul tulburării ADHD impulsiv, aceasta a fost notată ca tulburarea principală în 3 cazuri, și în 6 cazuri apare ca simptomatologie comorbidă, fără a fi asociată semnificativ cu o anumită tulburare. De asemenea în cazul tulburării ADHD inatent, aceasta a fost notată în 4 cazuri ca tulburare principală, și în 4 situații această simptomatologie apare ca fiind asociată altei tulburări, fără a exista o corelație semnificativă din punct de vedere statistic. Opoziționismul provocator a fost identificat ca fiind o altă tulburare frecvent asociată tulburării reactive de atașament.

Tot în acest studiu s-a evidențiat existența unor legături de asociere între anumite caracteristici ale episoadelor de abuz și prezența tulburărilor de atașament.

Frecvența de apariție a tulburărilor de atașament în cazul copiilor care au suferit o formă de abuz tinde să crească în situațiile în care abuzul este exercitat de ambii părinți. O altă variabilă care a fost identificată ca asociindu-se cu frecvența de apariție a tulburărilor de atașament în cazul

copiilor abuzați este reprezentată în proporție de 26% de frecvența crescută cu care au fost exercitate abuzurile, respectiv cu situațiile în care abuzul a fost exercitat zilnic.

Mai mult, tot în acest studiu, au fost constatate diferențe semnificative în ceea ce privește copiii care manifestă tulburări de atașament, față de cei care nu manifestă tulburări de atașament sub aspectul mediei vârstei copiilor la momentul la care a debutat abuzul. Putem afirma în acest sens că media de vârstă a copiilor la momentul de debut al episoadelor abuzive este mai mică (0-2 ani) la copiii care prezintă tulburări de atașament față de ceilalți copii abuzați la care vârsta la momentul debutului episoadelor abuzive este mai mare și care nu prezintă tulburări de atașament. De asemenea acest studiu a evidențiat existența unei relații cauzale dintre vârsta copiilor la momentul de debut al episoadelor abuzive și nivelul de funcționare global actual al copiilor. Astfel cu cât vârsta la momentul debutului este mai mică, cu atât nivelul actual de funcționare globală este mai scăzut.

#### **IX.6. Limite și direcții viitoare de cercetare**

Limitele acestui studiu sunt date în primul rând de numărul mic de participanți, de instrumentul de evaluare și de investigarea insuficientă a relației părinte-copil.

De asemenea, contextul de evaluare ar fi putut constitui un factor activator pentru manifestarea anumitor tipuri de reacții comportamentale.

Investigarea mai complexă a relației părinte-copil nu s-a putut realiza datorită colaborării deficitare a părinților cu instituția destinată protecției copiilor. Unul din motivele pentru care părinții sunt refractari în ceea ce privește colaborarea cu autoritățile este dat de faptul că percep intervenția acestora drept intruzivă, iar atitudinile manifestate în raport cu copiii sunt considerate ca fiind adecvate, înscriindu-se în patternurile acceptate de contextul socio-cultural din care provin.

O altă limită este dată de faptul că tipurile de abuz au fost luate în considerare într-o manieră distinctivă deși în multe cazuri unele tipuri au coexistat. Această încadrare se datorează faptului că ea a fost preluată din clasificarea dosarului fiecărui copil, făcută în urma unei evaluări complexe a situației.

Pentru acest studiu, nu au fost luați în considerare și factorii subiectivi care ar fi putut predispuce la apariția anumitor tipuri de simptome. Mai mult, considerăm a fi necesară introducerea unor variabile referitoare la caracteristicile psiho-sociale ale părinților (existența



unui istoric de abuz în propria copilărie, dependența de substanțe, statut socio-economic, nivel de educație).

Ca direcție de cercetare ar fi deosebit de utilă introducerea unor variabile definite sub aspectul intensității simptomelor, care să permită analizarea simptomatologiei copiilor care au fost supuși unor forme de abuz și sub aspectul efectelor de mediere ale unor variabile dependente. De asemenea, ca direcție viitoare de cercetare considerăm a fi utilă efectuarea unui studiu comparativ care să ia în considerare mai multe categorii de vârstă într-un eșantion mai extins, să țină cont de factorii interni (cum ar fi mecanismele de coping, stilul atribuțional) și să aibă un eșantion de control. De asemenea considerăm necesară elaborarea unui program de intervenție axat pe creșterea rezilienței și urmărirea evoluției simptomatologiei în timp.

## **CAPITOLUL X. STUDIUL 2. APLICAȚII ALE UNUI PROGRAM DE CREȘTERE A COMPETENȚELOR SOCIO-EMOȚIONALE.**

Designul pentru acest studiu este unul cvasi-experimental, s-a apelat la acest tip de design datorită cauzelor etice care țin de imposibilitatea studierii unui lot de control alcătuit din copii abuzați rezidenți ai unui centru de plasament în absența intervenției psihologice. De asemenea nu este posibilă randomizarea participanților iar observațiile inițiale au produs rezultate diferite de la grup la grup. Tipul de design este pretest-posttest al grupurilor neechivalente.

### **X.1 Obiective**

1. Evidențierea diferențelor în ceea ce privește nivelul competențelor socio-emoționale (Încrederea, Perseverența, Organizarea, Înțelegerea, Reziliența) ale copiilor care au suferit o formă de abuz și care au fost instituționalizați în medii diferite, respectiv într-un centru de tip rezidențial și în familia unui asistent maternal profesionist.

2. Creșterea competențelor socio-emoționale (Încrederea, Perseverența, Organizarea, Înțelegerea, Reziliența) ale copiilor care au suferit o formă de abuz în familiile naturale și care au fost instituționalizați într-un centru de tip rezidențial.

## **X.2 Ipoteze**

1. Presupunem că, la copiii care au suferit o formă de abuz și care au fost instituționalizați într-un centru rezidențial, nivelul competențelor socio-emoționale (Încrederea, Perseverența, Organizarea, Înțelegerea, Reziliența) este mai scăzut față de nivelul competențelor socio-emoționale ale copiilor care au suferit o formă de abuz în familia naturală dar care au fost plasați la asistenți maternali.

2. Presupunem că nivelul abilităților socio-emoționale (Încrederea, Perseverența, Organizarea, Înțelegerea, Reziliența) ale copiilor care trăiesc cu familii naturale, nonabuzive este mai ridicat decât cel al competențelor copiilor abuzați în familiile naturale, și care au fost plasați în familia unui asistent maternal.

3. Presupunem că nivelul competențelor socio-emoționale (Încrederea, Perseverența, Organizarea, Înțelegerea, Reziliența) ale copiilor abuzați care sunt rezidenți ai unui centru de plasament este semnificativ mai ridicat în urma aplicării programului DA, Poți!.

## **X.3. Metodologie**

### **X.3.1 Participanți**

La acest studiu au participat un număr de 35 de copii, cu vârsta cuprinsă între 3,5 și 7 ani. Grupurile pot fi descrise astfel: 10 copii care au fost supuși unor forme de abuz în familia naturală, iar de cel puțin un an se aflau cu măsura plasamentului într-un centru de tip rezidențial; 13 copii care au fost supuși unor forme de abuz în familia naturală, iar de cel puțin un an se aflau cu măsura plasamentului la asistenți maternali profesioniști (AMP); 12 copii care locuiesc cu familiile naturale; 6 copii care provin din centrul rezidențial sunt băieți, iar 4 sunt fete și au vârsta cuprinsă între 4 și 7 ani. Din punct de vedere al tipului de abuz, afirmăm că 6 dintre ei au fost supuși abuzului fizic, iar 4 au fost neglijați.

În ceea ce privește lotul de copii abuzați care sunt plasați la asistent maternal și care au fost incluși în acest studiu, putem afirma că vârsta acestora este cuprinsă între 3,5 și 7 ani. Luând în considerare tipul de abuz suferit înainte ca acești copii să fie plasați la asistent maternal profesionist, situația este următoarea: 5 copii au fost abuzați fizic, 7 copii au fost neglijați, iar un copil a fost abuzat sexual.

### **X.3.2. Manipularea experimentală:**

Designul cvasi-experimental este de tipul pretest-posttest al grupurilor neechivalente.

1. **Pretest:** stabilirea nivelului competențelor socio-emoționale la cele două grupuri de copii: grupul format din copii abuzați în familiile naturale și care au fost plasați în centre rezidențiale și grupul format din copii abuzați în familiile naturale și care au fost plasați la asistent maternal profesionist. De asemenea, în scop informativ s-a comparat și nivelul competențelor socio-emoționale ale copiilor abuzați în familiile naturale și care au fost plasați la asistent maternal profesionist cu nivelul competențelor copiilor care provin din familii nonabuzive.
2. **Post-test:** retestarea competențelor socio-emoționale a două grupuri de copii: copii abuzați care au fost plasați în centru rezidențial și copii abuzați plasați în familia unui asistent maternal.

### **X.3.3. Procedura de evaluare și intervenție**

Pentru evaluarea competențelor socio-emoționale s-au utilizat fișele de evaluare concepute pentru programul de intervenție DA, POȚI!. Aceste fișe urmăresc evaluarea a cinci dimensiuni considerate fundamentale pentru dezvoltarea competențelor socio-emoționale. Fiecare dimensiune are câteva subcategorii. Prezentăm pe scurt cele cinci dimensiuni (Bernard, 2004b).

**ÎNCREDEREA** se definește ca fiind convingerea că există o probabilitate mare ca oamenii să te placă și să ai succes, înseamnă de asemenea să nu-ți fie frică de greșeli sau să încerci ceva nou, să nu îți fie frică să spui ceea ce gândești și ceea ce vrei să faci.

Această dimensiune are 3 subcategorii:

- încrederea în timpul muncii (capacitatea de a face față sarcinilor sau activităților noi sau dificile în dezvoltarea proprie),
- încrederea socială (capacitatea de a interacționa cu copiii de aceeași vârstă în timpul unei zile obișnuite),
- încredere nonverbală (capacitatea de a folosi tonul vocii, poziția corpului și contactul vizual – dacă copilul aparține unei culturi în care contactul vizual cu adulții nu este încurajat se evaluează contactul vizual doar în legătură cu copiii de aceeași vârstă).

**PERSEVERENȚA** – a încerca din greu și a nu renunța ușor la realizarea unor sarcini considerate dificile sau atunci când te simți prea obosit. Există două subcategorii:

Aspecte privind simptomatologia clinică a copiilor preșcolari care au suferit o formă de abuz.

Aplicații ale unui program de creștere a competențelor socio-emoționale

- perseverența în timpul muncii (măsura în care copilul este perseverent când este confruntat cu sarcini și/sau activități frustrante, care necesită timp și care pentru copil nu sunt amuzante și interesante,

- perseverența generală (măsura în care este perseverent când este confruntat cu momente de rutină sau lipsite de interes din timpul unei zile obișnuite).

**ORGANIZAREA** – a încerca să faci tot ceea ce depinde de tine pentru a avea cele mai bune rezultate. A asculta cu atenție ceea ce ți se spune. A avea grijă de lucrurile tale, punându-le la locul lor după ce le-ai folosit și a avea grijă de tine păstrându-ți hainele curate și îngrijite. Există patru subcategorii:

- orientarea spre scopuri (dorința de a-și da silința în sarcini sau activități adecvate de dezvoltare),

- ascultarea activă (măsura în care prezintă abilități de ascultare activă),

- managementul timpului (măsura în care prezintă abilități de management al timpului),

- a avea grijă de lucruri (managementul propriu și al propriilor materiale).

**ÎNȚELEGEREA** – definită în acest context ca fiind capacitatea de a te juca frumos cu ceilalți copii, a te comporta responsabil față de ceilalți (a fi cinstit, respectuos, grijuliu), a rezolva conflictele care apar fără a te certa, a respecta regulile importante ale mediului.

Există cinci componente:

- interacțiunea cu copiii de aceeași vârstă (măsura în care muncește, se joacă adecvat cu copiii de aceeași vârstă),

- responsabilitate comportamentală (măsura în care se comportă responsabil față de ceilalți),

- rezolvarea conflictelor (măsura în care rezolvă neînțelegerile fără a se certa),

- comportamente școlare pozitive (măsura în care respectă regulile grupei la grădiniță),

- responsabilitate socială (preia inițiativa pentru păstrarea grupei, grădiniței, centrului ca loc curat).

**REGLAREA EMOȚIONALĂ** – a reuși să te calmezi în 10 minute atunci când ești extrem de supărat, îngrijorat, fără ajutorul sau suportul unui adult; a fi capabil să îți controlezi comportamentul (agresivitatea, retragerea) atunci când ești foarte supărat fără ajutorul unui adult.

Există două subcategorii:

Aspecte privind simptomatologia clinică a copiilor preșcolari care au suferit o formă de abuz.

Aplicații ale unui program de creștere a competențelor socio-emoționale

- autoreglare emoțională/rezistență (măsura în care copilul este capabil să își regleze intensitatea emoțiilor negative, se calmează după 10 minute de la un eveniment supărător),
- autocontrol comportamental (măsura în care un copil își poate controla comportamentele când este supărat).

Fișele de evaluare au fost completate de aparținători în cazul copiilor care locuiesc în familiile naturale, de către asistentul maternal în cazul copiilor aflați în plasament la aceștia și de către educator în cazul copiilor aflați în centrul de tip rezidențial. Evaluatorii au primit instrucțiuni clare cu privire la procedura de evaluare și cotare a acestora. Astfel ei au fost solicitați să observe aspectele comportamentale cuprinse în cele cinci dimensiuni într-o varietate de situații, timp de trei săptămâni. După această perioadă evaluatorilor li s-a solicitat să completeze fișele de evaluare.

Proprietățile psihometrice ale scalei de evaluare a competențelor socio-emoționale de către observator, respectiv consistența internă și corelația dintre jumătăți (Spearman, Guttman) sunt prezentate în tabelul 1.

**Tabel 1.** Proprietățile psihometrice ale scalei de evaluare a competențelor socio-emoționale

Scala/ subscala	Alpha Cronbach	Nr. itemi	Guttman (split- half)	Corelația dintre jumătăți (Spearman)	Rezultat: evaluare scală
<b>Încredere</b>	<b>.877</b>	<b>3</b>	<b>.759</b>	<b>.872</b>	<b>Bună</b>
<b>Perseverență</b>	<b>.894</b>	<b>2</b>	<b>.894</b>	<b>.894</b>	<b>Bună</b>
<b>Organizare</b>	<b>.897</b>	<b>4</b>	<b>.877</b>	<b>.878</b>	<b>Bună</b>
<b>Înțelegere</b>	<b>.934</b>	<b>5</b>	<b>.894</b>	<b>.946</b>	<b>Excelentă</b>
<b>Reziliență</b>	<b>.927</b>	<b>2</b>	<b>.927</b>	<b>.927</b>	<b>Excelentă</b>

Valorile obținute ale parametrilor arată că scala are consistență internă bună, iar în cazul subscalei „Înțelegere” și „Reziliență”, consistența internă este excelentă. De asemenea, itemii sunt clar formulați și nu au fost dificil de cotat. Prin urmare, subscalele constituie un instrument valid și ne putem baza pe rezultatele obținute prin aplicarea acestora.

Odată finalizată evaluarea inițială a tuturor participanților, s-a demarat programul care viza creșterea competențelor socio-emoționale pentru 10 copii abuzați, rezidenți în centrul de plasament. Programul s-a derulat timp de cinci luni, în ședințe săptămânale de 40-50 minute. Programul a presupus folosirea unor materiale: planșe, păpuși, cântece, activități predefinite și la libera alegere a celui care implementează programul.

Programul presupune implementarea a cinci unități: Încrederea, Perseverența, Organizarea, Înțelegerea, Reziliența în conformitate cu specificările făcute de Michael Bernard (2004 b). Fiecare din această unitate este alcătuită din cinci module, iar fiecare dintre acestea conține o serie de activități al căror conținut poate fi predat în mai multe modalități. În general înlănțuirea secvențelor de activități în cadrul fiecărei unități este următoarea:

1. Activități în care li se vor prezenta copiilor definiția abilității pe care trebuie să și-o însușească, precum și oferirea unor exemple și contraexempluri ale abilității respective;
2. Activități care implică practicarea de către copii a comportamentelor care exemplifică abilitatea care se dorește a fi învățată precum și exersarea unor auto-verbalizări pozitive;
3. Activități care implică utilizarea de către copii a auto-verbalizărilor pe măsură ce aceștia realizează comportamente care reflectă abilitatea învățată;
4. Activități în care copiii vor trebui să identifice situații diferite în care ar putea să aplice comportamentele pe care le-au învățat;
5. Activități în care copiii, independent de ajutorul educatoarei, vor trebui să aplice în diferite circumstanțe abilitățile învățate, solicitând ajutor doar atunci când nu reușesc să se descurce.

#### **X.4. Rezultate și discuții**

În ceea ce privește verificarea ipotezelor, prelucrarea datelor s-a realizat prin intermediul programului statistic SPSS 13.0. În prelucrarea datelor s-au folosit următoarele teste statistice: testul Mann-Whitney, testului Wilcoxon.

**Ipoteza1.** 1. Presupunem că, la copiii care au suferit o formă de abuz și care au fost instituționalizați într-un centru rezidențial, nivelul competențelor socio-emoționale (Încrederea, Perseverența, Organizarea, Înțelegerea, Reziliența) este mai scăzut față de cel al competențelor copiilor care au suferit o formă de abuz în familia naturală dar care au fost plasați la asistenți maternali.

Aspecte privind simptomatologia clinică a copiilor preșcolari care au suferit o formă de abuz.

Aplicații ale unui program de creștere a competențelor socio-emoționale

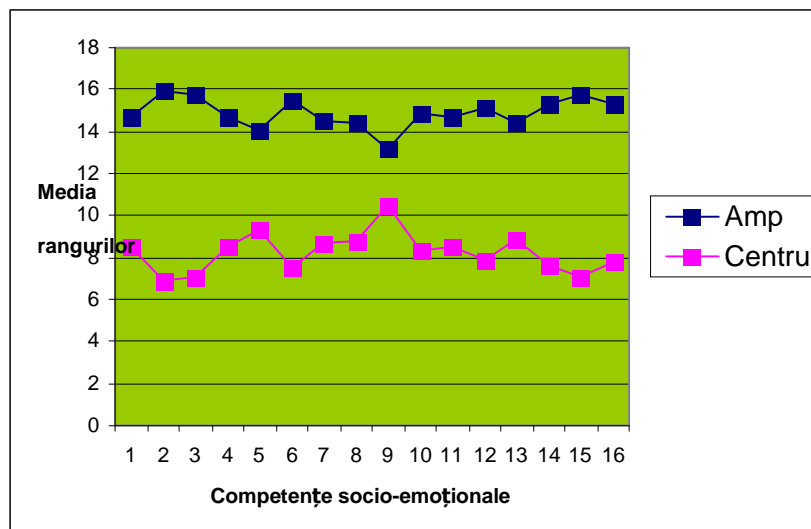
Tabel 2. Valorile testului *Mann Whitney*

COMPETENȚE SOCIO- EMOȚIONALE	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
Încrederea în timpul muncii posttest - încrederea în timpul muncii pretest	30,5	.022
Încrederea socială posttest - încrederea socială pretest	14	.001
Încredere non verbală posttest - încredere non verbală pretest	16	.001
Perseverența în timpul muncii posttest – perseverența în timpul muncii pretest	30	.022
Perseverența generală posttest – perseverența generală pretest	38	.079
Organizarea spre scopuri posttest - organizarea spre scopuri pretest	20	.004
Ascultare activă posttest - ascultare activă pretest	32	.034
Managementul timpului posttest - managementul timpului pretest	33	.039
A avea grijă de lucruri posttest - a avea grijă de lucruri pretest	50	.325
Interacțiuni cu copii de aceeași vârstă posttest - interacțiuni cu copii de aceeași vârstă pretest	28	.016
Responsabilitate comportamentală posttest - responsabilitate comportamentală pretest	30	.024
Rezolvarea conflictelor posttest - rezolvarea conflictelor pretest	24	.008
Comportamente școlare pozitive posttest - comportamente școlare pozitive pretest	34	.037
Responsabilitate socială posttest - responsabilitate socială pretest	21	.005
Autoreglare emoțională posttest - autoreglare emoțională pretest	16	.001
Autocontrol comportamental posttest - autocontrol comportamental pretest	22,5	.005

**Figura 1.** Reprezentarea grafică a mediei rangurilor nivelurilor competențelor socio-emoționale ale copiilor care au fost abuzați în familiile naturale și care au fost plasați în centrul rezidențial și cei plasați la asistent maternal profesionist

**Competențe socio-emoționale**

- 1-încrederea în timpul muncii
- 2-încrederea socială
- 3-încredere non verbală
- 4-perseverența în timpul muncii
- 5-perseverența generală
- 6-organizarea spre scopuri
- 7-ascultare activă
- 8-managementul timpului
- 9-a avea grijă de lucruri
- 10-interacțiune cu copii de aceeași vârstă
- 11-responsabilitate comportamentală
- 12-rezolvarea conflictelor
- 13-comportamente școlare pozitive
- 14-responsabilitate socială
- 15-autoreglare emoțională
- 16-autocontrol comportamental



Analizând rezultatele testului *Mann-Whitney*, putem observa că nivelul competențelor socio-emoționale diferă semnificativ la copiii care au suferit o formă de abuz în familia naturală și care au fost plasați la asistent maternal față de cei care au suferit o formă de abuz în familia naturală și care au fost plasați în centru rezidențial ( $p < 0.05$ ,  $N_1=10$ ,  $N_2=13$ , valorile lui  $U$  calculat fiind mai mici decât valoarea  $U$  critică 35). Nivelul competențelor socio-emoționale este mai ridicat la copiii care au suferit o formă de abuz în familia naturală și care au fost plasați la asistent maternal față de copiii abuzați plasați într-un centru rezidențial. Totuși, nivelul dimensiunii „a avea grijă de lucruri” și cel al dimensiunii „perseverența generală” nu diferă semnificativ la copiii abuzați care au fost plasați la asistent maternal față de cei plasați în centru rezidențial.

**Ipoteza 2.** Presupunem că nivelul abilităților socio-emoționale (Încrederea, Perseverența, Organizarea, Înțelegerea, Reziliența) ale copiilor care trăiesc cu familii naturale, nonabuzive este mai ridicat decât cel al abilităților copiilor abuzați în familiile naturale și care au fost plasați în familia unui asistent maternal.



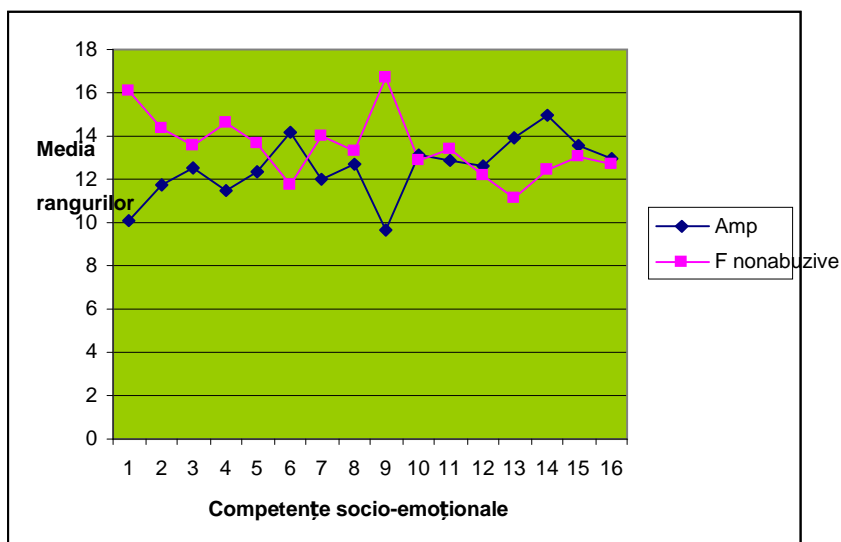
Tabel 3. Valorile testului Mann Whitney

COMPETENȚE SOCIO- EMOȚIONALE	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
Încrederea în timpul muncii posttest – încrederea în timpul muncii pretest	40.5	.032
Încrederea socială posttest - Încrederea socială pretest	61.5	.323
Încredere non verbală posttest - încredere non verbală pretest	71.5	.700
Perseverența în timpul muncii posttest – perseverența în timpul muncii pretest	58.5	.257
Perseverența generală posttest – perseverența generală pretest	70	.647
Organizarea spre scopuri posttest - organizarea spre scopuri pretest	63	.388
Ascultare activă posttest - ascultare activă pretest	65.5	.473
Managementul timpului posttest - managementul timpului pretest	74	.817
A avea grijă de lucruri posttest - a avea grijă de lucruri	34	.011
Interacțiune cu copii de aceeași vârstă posttest - interacțiune cu copii de aceeași vârstă pretest	76	.903
Responsabilitate comportamentală posttest - responsabilitate comportamentală pretest	73	.772
Rezolvarea conflictelor posttest - rezolvarea conflictelor pretest	67	.543
Comportamente școlare pozitive posttest - comportamente școlare pozitive pretest	54	.165
Responsabilitate socială posttest - responsabilitate socială pretest	71	.672
Autoreglare emoțională posttest - autoreglare emoțională pretest	77	.952
Autocontrol comportamental posttest - autocontrol comportamental pretest	74	.816

Figura 2. Mediile rangurilor competențelor socio-emoționale în cazul celor două grupuri

### Competențe socio-emoționale

- 1-încrederea în timpul muncii
- 2-încrederea socială
- 3-încredere non verbală
- 4-perseverența în timpul muncii
- 5-perseverența generală
- 6-organizarea spre scopuri
- 7-ascultare activă
- 8-managementul timpului
- 9-a avea grijă de lucruri
- 10-interacțiune cu copii de aceeași vârstă
- 11-responsabilitate comportamentală
- 12-rezolvarea conflictelor
- 13-comportamente școlare pozitive
- 14-responsabilitate socială
- 15-autoreglare emoțională



Aspecte privind simptomatologia clinică a copiilor preșcolari care au suferit o formă de abuz.

Aplicații ale unui program de creștere a competențelor socio-emoționale

16-autocontrol comportamental

Din analiza datelor cele două grupuri formate din copiii abuzați plasați la asistent maternal de cel puțin un an și din copiii care provin din familii nonabuzive, singura diferență între mediile rangurilor este reprezentată de nivelul competenței „a avea grijă de lucruri” ( $p=0.01$ ,  $N1=13$ ,  $N2=12$ , valoarea lui  $U$  calculat este 34, fiind mai mică decât valoarea  $U$  critică 35). Iar nivelul competenței „orientare spre scopuri” este mai ridicat în cazul copiilor care au fost plasați la asistent maternal față de copiii din familii naturale. În rest, nu există rezultate semnificative statistic care să ateste faptul că cele două grupe sunt diferite din punct de vedere al nivelului competențelor socio-emoționale.

**Ipoteza 3.** Presupunem că nivelul competențelor socio-emoționale (Încrederea, Perseverența, Organizarea, Înțelegerea, Reziliența) ale copiilor abuzați care sunt rezidenți ai unui centru de plasament este semnificativ mai ridicat în urma aplicării programului DA, Poți!.

Pentru a evidenția diferențele dintre nivelul inițial și cel final al competențelor socio-emoționale, s-a apelat la testul Wilcoxon.

**Tabel 4.** Valorile testului Wilcoxon

COMPETENȚE SOCIO- EMOȚIONALE	Z	Asig.Sig. (2-tailed)
Încrederea în timpul muncii posttest - încrederea în timpul muncii pretest	-2.762	0.006
Încrederea socială posttest - încrederea socială pretest	-2.919	0.004
Încredere non verbală posttest - încredere non verbală pretest	-2.919	0.004
Perseverența în timpul muncii posttest – perseverența în timpul muncii pretest	-2.972	0.004
Perseverența generală posttest – perseverența generală pretest	-2.810	0.005
Organizarea spre scopuri posttest - organizarea spre scopuri pretest	-2.859	0.004
Ascultare activă posttest - ascultare activă pretest	-2.85	0.004
Managementul timpului posttest - managementul timpului pretest	-2.889	0.004
A avea grijă de lucruri posttest - a avea grijă de lucruri	-2.739	0.006
Interacțiune cu copii de aceeași vârstă posttest - interacțiune cu copii de aceeași vârstă pretest	-2.428	0.015
Responsabilitate comportamentală posttest – responsabilitate comportamentală pretest	-2.598	0.004
Rezolvarea conflictelor posttest - rezolvarea conflictelor pretest	-3.051	0.002
Comportamente școlare pozitive posttest - comportamente școlare pozitive pretest	-3.162	0.002
Responsabilitate socială posttest - responsabilitate socială pretest	-2.598	0.004
Autoreglare emoțională posttest - autoreglare emoțională pretest	-2.762	0.006
Autocontrol comportamental posttest - autocontrol	-2.919	0.004

Aspecte privind simptomatologia clinică a copiilor preșcolari care au suferit o formă de abuz.

Aplicații ale unui program de creștere a competențelor socio-emoționale

comportamental pretest		
------------------------	--	--

La copiii care au suferit o formă de abuz, și care au fost instituționalizați într-un centru rezidențial, nivelul competențelor socio-emoționale este diferit la momentul evaluării inițiale față de momentul evaluării finale. Diferența mediilor rangurilor este semnificativă ( $p < 0,05$ ), astfel diferențele exprimă valori ale competențelor socio-emoționale mai mari după momentul aplicării programului. Scorurile Z sunt mai mici decât valoarea critică (8) pentru  $N=10$  și  $\alpha = 0.05$ .

3.1. În continuare s-a procedat la analiza rezultatelor celor două evaluări făcute pentru copiii abuzați plasați la asistent maternal, în lipsa intervenției.

**Tabel 5.** Valorile testului *Wilcoxon*

COMPETENȚE SOCIO- EMOȚIONALE	Z	Asig.Sig. (2-tailed)
Încrederea în timpul muncii posttest - încrederea în timpul muncii pretest	-2.000	.046
Încrederea socială posttest - încrederea socială pretest	-1.000	.317
Încredere non verbală posttest - încredere non verbală pretest	-1.000	.317
Perseverența în timpul muncii posttest – perseverența în timpul muncii pretest	-2.000	.046
Perseverența generală posttest – perseverența generală pretest	-1.732	.083
Organizarea spre scopuri posttest - organizarea spre scopuri pretest	-1.414	.157
Ascultare activă posttest - ascultare activă pretest	-1.000	.317
Managementul timpului posttest - managementul timpului pretest	.000	1.000
A avea grijă de lucruri posttest - a avea grijă de lucruri	-2.000	.046
Interacțiune cu copii de aceeași vârstă posttest - interacțiune cu copii de aceeași vârstă pretest	.000	1.000
Responsabilitate comportamentală posttest – responsabilitate comportamentală pretest	-1.000	.317
Rezolvarea conflictelor posttest - rezolvarea conflictelor pretest	-1.414	.157
Comportamente școlare pozitive posttest - comportamente școlare pozitive pretest	-1.414	.157
Responsabilitate socială posttest - responsabilitate socială pretest	-1.000	.317
Autoreglare emoțională posttest - autoreglare emoțională pretest	-1.000	.317
Autocontrol comportamental posttest - autocontrol comportamental pretest	.000	1.000

Din analiza datelor se poate observa că în cazul a trei dimensiuni (“încredere în timpul muncii“, “perseverența în timpul muncii“ și “a avea grijă de lucruri“) apar diferențe semnificative

Aspecte privind simptomatologia clinică a copiilor preșcolari care au suferit o formă de abuz.

Aplicații ale unui program de creștere a competențelor socio-emoționale

între pretest și posttest. Pentru dimensiunea “încredere în timpul muncii”, media rangurilor obținute la pretest diferă semnificativ de cea obținută la posttest,  $p=0.046$ , valoarea testului Wilcoxon este 2 fiind mai mică decât valoarea critică (17) pentru  $N=13$ . Diferențele între evaluările inițiale și cele finale nu sunt statistic semnificative pentru celelalte dimensiuni.

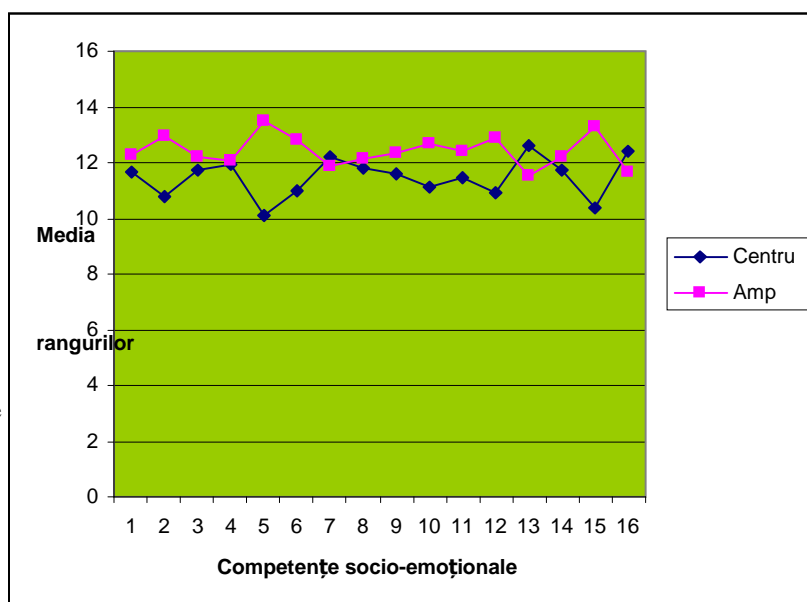
3.2. În continuare s-a analizat diferența mediilor rangurilor nivelului competențelor socio-emoționale ale copiilor care locuiesc în centrul de tip rezidențial și care au participat la programul de intervenție (posttest) și ale copiilor care locuiesc în familiile asistentului maternal și care nu au participat la program (posttest).

**Tabel 6.** Valorile testului *Mann Whitney*

COMPETENȚE SOCIO- EMOȚIONALE	Mann-Whitney U	Asymp. Sig. (2-tailed)
Încrederea în timpul muncii posttest - încrederea în timpul muncii pretest	61.500	.813
Încrederea socială posttest - încrederea socială pretest	53.000	.392
Încredere non verbală posttest - încredere non verbală pretest	62.500	.864
Perseverența în timpul muncii posttest – perseverența în timpul muncii pretest	64.000	.946
Perseverența generală posttest – perseverența generală pretest	46.000	.207
Organizarea spre scopuri posttest - organizarea spre scopuri pretest	54.500	.484
Ascultare activă posttest - ascultare activă pretest	63.000	.894
Managementul timpului posttest - managementul timpului pretest	63.000	.892
A avea grijă de lucruri posttest - a avea grijă de lucruri pretest	61.000	.792
Întrașiune cu copii de aceeași vârstă posttest - întrașiune cu copii de aceeași vârstă pretest	56.000	.542
Responsabilitate comportamentală posttest - responsabilitate comportamentală pretest	59.500	.719
Rezolvarea conflictelor posttest - rezolvarea conflictelor pretest	54.000	.468
Comportamente școlare pozitive posttest - comportamente școlare pozitive pretest	59.000	.645
Responsabilitate socială posttest - responsabilitate socială pretest	62.500	.866
Autoreglare emoțională posttest - autoreglare emoțională pretest	48.500	.239
Autocontrol comportamental posttest - autocontrol comportamental pretest	61.000	.785

### Competențe socio-emoționale

- 1-încrederea în timpul muncii
- 2-încrederea socială
- 3-încredere non verbală
- 4-perseverența în timpul muncii
- 5-perseverența generală
- 6-organizarea spre scopuri
- 7-ascultare activă
- 8-managementul timpului
- 9-a avea grijă de lucruri
- 10-interacțiune cu copii de aceeași vârstă
- 11-responsabilitate comportamentală
- 12-rezolvarea conflictelor
- 13-comportamente școlare pozitive
- 14-responsabilitate socială
- 15-autoreglare emoțională
- 16-autocontrol comportamental



**Figura 3.** Reprezentarea grafică a mediei rangurilor nivelurilor competențelor socio-emoționale

Așa cum se poate observa cu ușurință, mediile rangurilor nivelurilor competențelor socio-emoționale ale copiilor nu diferă semnificativ. Astfel putem afirma că după intervenție, nivelul competențelor socio-emoționale nu diferă semnificativ de cel al copiilor aflați în plasament la asistent maternal, copiii care nu au fost incluși într-un program de creștere a acestor competențe. Deși diferențele nu sunt semnificative, se poate observa totuși că media rangurilor nivelului competențelor socio-emoționale ale copiilor din centrul rezidențial este mai mică decât cea a copiilor aflați în familiile asistenților maternali. Copiii abuzați plasați în familiile asistenților maternali de mai mult de un an, ating un nivel al competențelor socio-emoționale apropiat de cel al copiilor din familii nonabuzive. Astfel putem concluziona că programul de creștere a competențelor socio-emoționale a fost util, rezultatele arată o creștere semnificativă statistic în ceea ce privește media rangurilor obținute la pretest și posttest, însă cu toate acestea, rezultatele nu au fost semnificativ diferite când s-a comparat media rangurilor grupului de copii care a fost instituționalizat în centrul de plasament și care a beneficiat de intervenție față de media rangurilor obținute de copiii plasați în familia unui asistent maternal profesionist și care nu au participat la programul de intervenție.

## **X.5. Concluzii**

Rezultatele obținute susțin ipotezele cercetării conform cărora copiii abuzați în familia naturală, instituționalizați în centre rezidențiale (de mai mult de un an), prezintă carențe mai pregnante la nivelul achizițiilor socio-emoționale comparativ cu copiii abuzați în familiile naturale și care sunt plasați la asistent maternal (de mai mult de un an). De asemenea, nivelul dezvoltării competențelor socio-emoționale ale copiilor plasați la asistent maternal nu diferă semnificativ statistic de nivelul dezvoltării competențelor socio-emoționale ale copiilor care locuiesc cu familiile naturale.

Așa cum s-a evidențiat în studiul anterior, copiii abuzați manifestă multiple probleme comportamentale. Copiii abuzați care sunt instituționalizați în centre rezidențiale, se confruntă și cu probleme serioase legate de lipsa persoanei de atașament, astfel această situație poate accentua problemele de externalizare sau internalizare.

De asemenea, problemele de externalizare și internalizare care apar ca efect al tratamentului abuziv, pot duce la stabilirea unor măsuri de transferare a copilului în multiple centre de plasament fapt care alterează capacitatea de adaptare a copilului, iar la un moment dat aceste schimbări pot constitui în sine factori declanșatori pentru apariția unor noi tulburări de comportament care se suprapun celor existente (Newton, Litrownik and Landsverk , 2000). Mai mult, problemele manifestate de copii înainte de intrarea în sistemul de protecție socială devin componente ale problemelor care apar ca răspuns la experiența de a fi în sistemul de protecție. Problemele din cadrul sistemului de îngrijire și protecție, inclusiv lipsa de stabilitate rezidențială și resursele psihoterapeutice limitate, combinate cu lipsa susținerii părintești, de multe ori întârzie procesul de evaluare și intervenția adecvată asupra problemelor de sănătate mintală (Arcelus, Bellerby, & Vostanis, 1999; Barber, Delfabbro, & Cooper, 2001).

Prin implementarea acestui program s-a urmărit creșterea competențelor socio emoționale ale copiilor care sunt plasați într-un centru rezidențial. Așa cum se poate observa din analiza rezultatelor pretest și posttest, acest obiectiv a fost atins, totuși nu s-au obținut diferențe semnificative din punct de vedere statistic prin compararea nivelurilor competențelor socio-emoționale ale copiilor instituționalizați în centrul rezidențial, și care au participat la acest program cu nivelul competențelor socio-emoționale ale copiilor plasați la asistent maternal și care nu au participat la acest program. Astfel putem afirma că în cazul copiilor plasați la AMP situația diferită în sensul că există posibilitatea dezvoltării unui tip de atașament stabil față de îngrijitorul

principal care oferă totodată copiilor un model și un sprijin adecvat pentru dezvoltarea competențelor socio-emoționale. Mai mult, acest tip de îngrijire presupune un model de învățare al patternurilor comportamentale specifice unei familii funcționale.

#### **X.6. Limite și direcții viitoare de cercetare**

Eșantioanele luate în calcul sunt limitate din punct de vedere al numărului de subiecți, fapt care nu permite luarea în calcul a anumitor factori care țin de tipul abuzului. De asemenea nu a fost luată în calcul simptomatologia clinică sau alți factori individuali interni care puteau accelera sau decelera rata achizițiilor și/sau au alterat manifestările comportamentale care s-au urmărit.

O altă limită este aceea că nu s-au făcut mai multe măsurători ale aceluiași copil cu același instrument de persoane diferite. Tot la acest capitol putem aminti faptul că deși evaluatorilor li s-a explicat procedura de evaluare, pot apărea variabile confundate care țin în special de felul în care se percep asistenții maternali, care pot considera că prin evaluarea competențelor copilului, este indirect evaluată munca lor.

Nu s-au evidențiat factorii care contribuie la obținerea unor rezultate mai ridicate la posttest față de pretest la copiii care sunt plasați la asistenți maternali, specificăm însă faptul că, copiii plasați la asistent maternal au beneficiat de intervenția psihologului atunci când s-a impus, existând astfel câteva situații în care psihologul a modelat anumite comportamente problematice. De asemenea asistentul maternal a intervenit situațional modelând comportamentele problematice ale copilului. Considerăm că nu ar fi fost etică o abordare în care copiii să nu fi beneficiat de intervenție atât timp cât necesitau acest lucru.

Una din direcțiile viitoare de cercetare este aceea a evaluării periodice a copiilor care au fost incluși în program pentru a se evidenția dacă efectele se mențin în timp și intenționăm includerea părinților acolo unde este posibil acest demers.

### **CAPITOLUL XI. STUDII DE CAZ**

#### **X.1. Cazul Iuliei, 4,5 ani**

- Iulia asistă la scene de violență între părinți.
- Iulia este lăsată în grija tatălui care este consumator de alcool și care obișnuiește să folosească un ton ridicat și un limbaj impropriu când i se adresează.

- Mama Iuliei este antreprenor conducând o afacere care îi solicită foarte mult timp întrucât întâmpină mari dificultăți financiare.
- Iulia a fost adusă de tată pentru evaluare, a plecat de lângă acesta cu ușurință, odată ajunsă în sala de evaluare i-a adresat psihologului întrebările: „Aici e casa ta? Pot să stau și eu aici până vine mami să mă ia?”.
- Din punct de vedere comportamental, Iulia manifestă accese de agresivitate și furie atunci când nevoile sale emoționale nu sunt satisfăcute sau când comportamentul mamei era contrar dorințelor sale (ex.: Mama vrea să părăsească sala cu jucării).
- În cursul evaluării s-au evidențiat unele semne care se înscriu în tipul tulburării de deficit atențional și hiperactivitate (simptome confirmate de medicul psihiatru).

#### **Simptomele de hiperactivitate**

- Adeseori se agită sau se foiește.
- Adeseori trebuie să se ridice de pe scaun.
- Adeseori aleargă sau se cațără atunci când nu ar trebui.
- Adeseori are dificultăți în a se juca sau în a se angaja în activități în liniște.
- Adeseori este în mișcare, parcă ar fi animată de un motor.

Mama Iuliei a conștientizat faptul că manifestările comportamentale și emoționale ale fetei sunt declanșate și se accentuează pe fondul tensiunilor familiale, astfel a decis să îl părăsească pe tatăl copilului ei, a continuat procesul de consiliere până a decis să plece din țară.

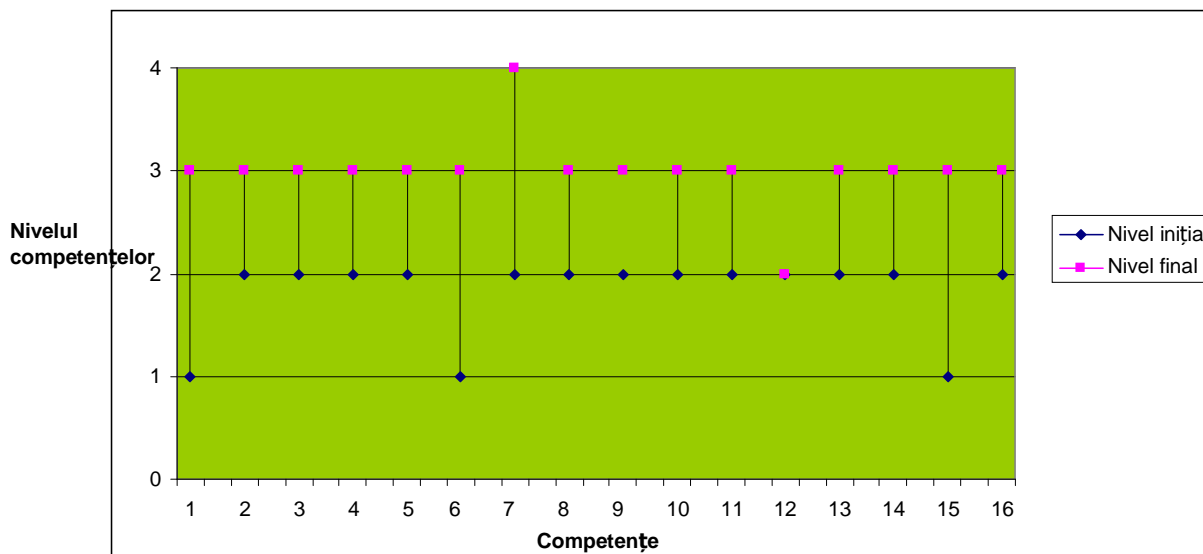
#### **XI.2. Cazul Elenei, 7 ani**

- Elena este abuzată fizic de către concubinul mamei.
- Atât mama sa cât și concubinul (denumit de copil „El”) doresc să se dispenseze de Elena care este percepută ca „o grijă în plus”. Aceștia sunt consumatori de alcool.
- Tatăl natural este consumator de alcool și violent, mai are 2 copii instituționalizați.
- Elena a rămas în grija mamei, aceasta a avut multiple relații de concubinaj soldate cu separarea, datorită violențelor domestice și a consumului de alcool.
- Elena a fost lăsată foarte mult timp singură, datorită faptului că mama sa lucra la diverse ferme. În ultimul timp, Elena, era supravegheată de mama concubinului mamei, atât timp cât a locuit cu mama sa și concubinul acesteia, dar și de mătușa maternă după ce a fost luată de aceasta.



- Mama copilului a declarat că este hotărâtă să renunțe la Elena, solicitând instituirea unei măsuri de plasament față de aceasta, invocând diferite motive: „nu mă ascultă”, „nu am posibilități să o cresc și să o ajut”. Concubinel mamei a încurajat-o pe aceasta să renunțe la copil.
- Educatoarea afirmă că Elena „este agresivă , nu s-a integrat în colectiv, deranjează orele”.
- S-a instituit măsura plasamentului la un asistent maternal.
- După instituirea măsurii de plasament, Elena a acceptat aparent cu ușurință regulile familiei. Ulterior au apărut următoarele problemele reliefate de asistentul maternal: la școală și-a lovit o colegă și și-a exprimat intenția de a-i distruge bunurile altelei dacă se mai afișează cu ele la școală, se înfurie când nu reușește să facă o sarcină academică și renunță la a o mai continua în condițiile în care este activată emoțional, comportamentul din acel moment fiind manifestat prin accese de plâns zgomotos. O altă problemă identificată de asistentul maternal a fost aceea că refuză să recunoască când greșește și că a lovit o fetiță în parc.
- Asistentul maternal era extrem de îngrijorat de faptul că Elena ar putea fi luată de cineva de pe stradă sau de la locul de joacă, întrucât aceasta afișea o sociabilitate nediscriminantă față de toate persoanele cu care intra în contact, chiar și față de străini.
- Asistentul maternal a încercat să le sucombe folosind intervenția directă în momentul acceselor de furie, intervenție care alimenta mai mult starea emoțională a fetei.
- S-a propus includerea copilului și a asistentului maternal într-un program de consiliere psihologică.
- Obiectivele planului de consiliere s-au atins parțial datorită faptului că la scurtă perioadă de timp asistentul maternal a demisionat, invocând existența unor probleme familiale.
- Elena a fost plasată într-un centru de tip rezidențial fiind inclusă în programul de dezvoltare a competențelor socio-emoționale, DA, Poți!.

Astfel vom prezenta grafic evaluarea inițială și cea finală a Elenei incluzând scorurile obținute la toate competențele socio-emoționale cât și comportamentele aferente acestui scor.



**Figura 1.** Reprezentarea grafică a rezultatelor obținute de Elena în faza de pretest și posttest

- În timpul programului, Elena a fost receptivă, a făcut eforturi susținute pentru a face față activităților și cerințelor programului.
- Elena are o evoluție pozitivă a nivelului competențelor, doar în ceea ce privește rezolvarea conflictelor nivelul a rămas același, acest lucru poate fi pus și pe seama multiplelor situații conflictuale care se iscau între copii.
- Într-o situație Elena și-a îmbunătățit competențele ajungând de la un nivel “în dezvoltare” al unei competențe la nivelul ”puternic consolidat” (a avea grijă de lucruri). Această competență a dobândit-o și datorită faptului că nu impune un efort cognitiv sau emoțional deosebit de mare, iar rezultatul obținut imediat a fost întărit și de alte persoane neimplicate în program (îngrijitoarea, bucătăreasa).
- Atât Elena cât și ceilalți copii au participat la ședințe individuale de consiliere, însă psihologul a aplicat tehnicile folosite în program, oferind feed-back-ul indicat de acesta.
- Problemele emoționale și comportamentale ale Elenei pot recidiva mai ales în contextul în care se va găsi o persoană de îngrijire pentru ea, din acest motiv, programul continuă, iar Elena va beneficia în continuare de consiliere individuală.

- Considerăm că un mediu stabil din punct de vedere emoțional, dar mai ales prezența unei persoane de atașament ar putea reduce atât intensitatea cât și frecvența de apariție a comportamentelor indezirabile.
- Se caută în continuare o soluție pentru oferirea unui mediu stabil acestui copil.

### **XI.3. Concluzii**

Copiii descriși în aceste studii de caz au avut experiențe de îngrijire extrem de patogene fiind expuși la dificultăți multiple de dezvoltare. Aceste simptome nu sunt incluse în criteriile de diagnostic pentru tulburările reactive de atașament, dar sunt manifestate de majoritatea copiilor expuși traumelor. Aceste simptome atipice au prezentat o dilemă pentru diagnostic. Astfel s-au utilizat mai multe diagnostice atașate diagnosticului tulburării reactive de atașament (ADHD, tulburare de opoziționism provocator)

Este datoria cercetătorului de a stabili dacă există o multitudine de simptome care contribuie la o singură explicație sau dacă, în fapt, acești copii prezintă mai multe diagnostice pe Axa I.

Având în vedere că există situații de îngrijire inadecvate pe un continuum de la lipsa de experiență a părinților până la abuz sever, este absolut necesar ca cercetarea să demonstreze relevanța și utilitatea păstrării acestei etiologii. Întrebarea adresată de cercetătorii developmentaliști este aceea dacă acești copii suferă de tulburări de atașament sau de un sindrom al maltratării. Din perspectiva lor, trăsătura definitorie a tulburărilor de atașament este o perturbare profundă a relației părinte copil (Zeanah et al., 2001). Zeanah (2001) a propus un set de criterii pentru tulburările de atașament, astfel diagnosticul necesită o evaluare a relației copil-părinte. Această orientare este diferită de actualele criterii DSM, care se axează pe tulburări de relaționare socială și acordă mai puțină atenție relației copil-îngrijitor. În cazul Elenei, nu se poate investiga această relație. Totuși s-a încercat diminuarea comportamentelor heteroagresive prin implementarea programului, DA, Poți! și într-o oarecare măsură s-a realizat acest lucru. În cazul Iuliei s-a putut investiga tipul de relație părinte copil și s-a intervenit asupra modificării acestei relații.

## CONCLUZII GENERALE

Această teză, având ca participanți copii preșcolari care au suferit o formă de abuz în familia naturală, a reușit să evidențieze existența unei relații de asociere între tipurile de abuz și anumite tulburări psihice (tulburarea reactivă de atașament, tulburarea de deficit atențional și hiperactivitate, opoziționism provocator), de asemenea a evidențiat existența unei relații de asociere între exercitarea abuzului de către ambii părinți si/sau debutul episoadelor abuzive la o vârstă fragedă a copilului și prezența tulburărilor de atașament. Vârsta copiilor la momentul de debut al episoadelor de abuz s-a dovedit a fi un predictor pentru nivelul de funcționare global actual al copiilor. Astfel, cu cât vârsta la momentul debutului este mai mică, cu atât nivelul actual de funcționare global este mai scăzut.

Pornind de la evidențierea problemelor de externalizare care se asociază cu prezența unei forme de abuz, dar mai ales pornind de la nevoia copiilor din centre rezidențiale de a fi mai performanți în sarcini cognitive, comportamentale și emoționale, am decis să implementăm un program de creștere a competențelor socio-emoționale la copiii care au suferit o formă de abuz și care sunt rezidenți ai unui centru de plasament. În urma aplicării programului „DA, Poți!” elaborat de Prof. Michael Bernard (2004), s-au obținut rezultate semnificative din punct de vedere statistic în ceea ce privește nivelul inițial și cel final al competențelor socio-emoționale ale copiilor care au participat la acest program.

De asemenea cercetarea a evidențiat, prin intermediul studiilor de caz, atât efectul abuzului asupra copiilor cât și impactul programului de dezvoltare a competențelor socio-emoționale într-o situație concretă.

În concluzie apreciem că această lucrare a adus un plus muncii psihologilor clinicieni care lucrează cu copii abuzați prin aceea că oferă informații cu privire la simptomatologia clinică a copiilor abuzați, oferind totodată și un model de intervenție cu scopul de a îmbunătăți competențele socio-emoționale ale copiilor.

## BIBLIOGRAFIE

AACAP Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool Age (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1504–1512.

AACAP Work Group on Quality Issues (N.W. Boris and C.H. Zeanah, principal authors) (2005). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44,

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.S., Waters, E., Wall, S. (1978), *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.

Arcelus, J.B., Bellerby, T., Vostanis, P. (1999). A mental-health service for young people in the care of the local authority. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4(2), 233–245.

Asociația Psihiatrilor Liber din România (2003). Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, ediția a patra, text revizuit.

Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului (2009) Situație Protecția Drepturilor Copilului. [www.copii.ro](http://www.copii.ro)

Barber, J.G., Delfabbro, P.H., Cooper, L.L. (2001). The predictors of unsuccessful transition to foster care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 785–790.

Barkley R. A., (1990) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook of Diagnosis and Treatment: New York: Guilford*

Barkley, R. A. (1989). Attention-deficit hiperactivity disorder. In E.J.Mash, R.A. Barkley (Eds), *Treatment of childhood disorders*. New York: Guilford Press. 39-72

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., Smallish, L.(1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria : I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 98, 1089-1095.

Baumgartel, A., Wolraich, M. L., Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 629-638.

Bernard, M. E., Cronan, F. (1999). The child and adolescent scale of irrationality. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 121–132.

Bernard, M. E. (2001a). Program achieve: A curriculum of lessons for teaching students how to achieve success and develop social-emotional-behavioral well-being. 2nd ed. Vols. 1–6. Laguna Beach, Calif.: You Can Do It! Education.

Bernard, M. E. (2002). Providing all children with the foundation for achievement and social-emotional-behavioral well-being. 2nd ed. Priorslee, Telford (UK): Time Marque.

Bernard, M. E. (2003a). Developing the social-emotional-motivational competence of young people with achievement and behavior problems: A guide for working with teachers and parents. Oakleigh, Victoria, Australia: *Australian Scholarships Group*, p. 150.

Bernard, M. E. (2003b). The social-emotional well-being surveys. Camberwell, Victoria, Australia: *The Australian Council for Educational Research*.

Bernard, M. E. (2004a). The You Can Do It! early childhood education program: A social-emotional learning curriculum (4–6 year olds). Oakleigh, Victoria, Australia: *Australian Scholarships Group*.

Bernard, M.E. (2003). Building the Foundations for Success and Social-Emotional Well-Being in Young People: A Consultant's Guide for Working with Parents and Teachers. Oakleigh, VIC (AUS): *Australian Scholarships Group*; Laguna Beach, CA (USA): You Can Do It! Education, Priorslee, Telford (ENG): Time Marque.

Bernard, M.E. (2004a). Emotional resilience in children: Implications for Rational Emotive Education. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 4, 39-52.

Bernard, M.E. (2004b). The You Can Do It! early childhood education program: Developing social-emotional-motivational competencies (4-6 Year Olds). Oakleigh, VIC (AUS): *Australian Scholarships Group*.

Bernard, M.E. (2006a). Providing all children with the foundations for achievement, well-being and positive relationship, 3rd Ed.. Oakleigh, Vic: *Australian Scholarships Group*.

Bernard, M.E. (2006b). It's time we teach social-emotional competence as well as we teach academic competence. *Reading and Writing Quarterly*, 22, 103-119.

Bernard, M.E. (2006c). Program achieve. A social and emotional learning curriculum, 3rd Edition. Oakleigh, Vic: *Australian Scholarships Group*, pp. 1,200.

Biederman J, Milberger S, Faraone SV. Family-environment risk factors for attention deficit hyperactivity disorder: a test of Rutter's indicators of adversity. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52: 464-470.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Millberger, S., Faraone, S., Spencer, T. (1995). Psychoactive substance abuse disorder in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1652-1658. York: Plenum.

Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L., Towson, K. (2004). Mental health of 'looked after' children: A needs assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 117–129.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28.

Brown R.T, (2000) Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults. Washington, DC: American Psychiatric Press;.

Brown, R.T. Abramowitz, A.J., Madan-Swain, A., Eckstrand, D., Dulcan, M. (1989). ADHD gender differences in a clinic referred sample. Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York.

Bruce J, Tarullo AR, Gunnar MR. (2009). Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 21, 157- 171.

Butler S.F, Arredondo DE, McCloskey V. (1995) Affective comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*.;7:51-55.

Callaghan, J., Young, B., Pace, F., Vostanis, P. (2004). Evaluation of a new mental health service for looked after children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 130–148.

Caspi, A., Moffit, T. E., Newman, D. L., Silva, P. A. (1996). Behavioural observations at age 3 years predict adult psychiatry disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1033-1039.

Cassidy, J., Mohr, J. J. (2001). Unsolvable fear, trauma, psychopathology: theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the lifespan. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 275–298.

Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092-1106.

Cicchetti D, Rogosch F, Lynch M, Holt K. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*;5:629–647.

Cicchetti, D. (2004). An odyssey of discovery: Lessons learned through three decades of research on child maltreatment. *American Psychologist*, 59, 731–741.

Cicchetti, D., Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Directions for Child Development*, 11, 31–55.

Cicchetti, D., Toth, S.L., Hennessy, K. (1989). Research on the consequences of child maltreatment and its application to educational settings. *Topics in Early Childhood Special Education*, 9, 33–35.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A. (1994). The toll of child maltreatment on the developing child. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 3, 759–776.

Connell, J. P., Goldsmith, H. H. (1982). A structural modeling approach to the study of attachment and strange situation behaviors. In R. N. Emde, R. J. Harmon (Eds.), *The development of attachment and affiliative systems* (pp. 213-243). New York: Plenum.

Crittenden, P. (1995). Attachment and psychopathology. in S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 367–406). Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Deater-Deckard K, Dodge K(1997). Externalizing behavior problems revisited: Nonlinear effects and variation by culture, context and gender. *Psychological Inquiry*;8:161–175.

DeKlyen, M., Greenberg, M.T. (2008), Attachment and psychopathology in childhood. In: Cassidy J, Shaver P, (Eds.), *Handbook of Attachment, 2nd Edition* (pp 637- 665), New York, NY, Guilford Press

Dilsaver S.C, Henderson-Fuller S, Akiskal HS (2003). Occult mood disorders in 104 consecutively presenting children referred for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a community mental health clinic. *Journal of Clinical Psychiatry*.;64: 1170-1176.

Dimigen,G., Del Priore, C., Butler, S., Evans, S., Ferguson, L., Swan, M. (1999). Psychiatric disorder among children at time of entering local authority care: Questionnaire survey. *British Medical Journal*, 319(7211), 675.

Dopfner, Shurmann și Frolich, 2006 Program terapeutic pentru copiii cu probleme comportamentale de tip hipercibernetice și opozante (THOP) Editura, Romanian Psychological Testing Services

Ellis A. Bernard M.(2007): Terapia Rațional-Emoțională și Comportamentală în tulburările Copiilor și adolescenților. Teorie, Practică și Cercetare, editura RTSC, Cluj

Ethier LS, Lemelin J-P, Lachorite C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse, Neglect*;28:1265–1278.

Faraone SV, Biederman J, Weber W, Russell RL (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37: 185-93

Fearnley, S. (2000). The extra dimension: Making sense of attachments – Both positive and negative. Rawtenstall, UK: Keys Child Care Consultancy.

Finkelhor, D. (1995). The victimization of children: A developmental perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 177–193.

Fischer-Mamblona, H. (2000). On the evolution of attachment-disordered behaviour. *Attachment and Human Development*, 2(1), 8–22.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679–700.

Ford JD, Racussin R, Ellis C, Daviss W, Reiser J, Fleischer A, Thomas J. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among young children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment* 2000;5:205–217.

Fosha D. 2003. Dyadic regulation and experiential work with emotion and relatedness in trauma and disordered attachment. in *Healing trauma: Attachment, trauma, the brain and the mind*, MF Solomon, DJ Siegel, Eds.: pp. 221-281. New York: Norton.

Furman L. M. (2008) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Does New Research Support Old Concepts? *Journal of Child Neuronal*; 23; 775

Gaub, M., Carlson, C. L. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV subtypes in a school-based population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 103-111.

Gaub, M., Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1036-1045.

Gil, E.; Johnson, T. (1993). Sexualized children. Launch Press; Rockville, MD:

Gomes-Schwartz, B., Horowitz, J. M., Cardarelli, A. P., Sauzier, M. (1990). The aftermath of child sexual abuse: 18 months later. In B. Gomes-Schwartz, J. M.

Goodman R, Scott S. (1997). Child Psychiatry. Oxford: Blackwell Science

Green, J., Goldwyn, R. (2002). Attachment disorganization and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 835-846

Green, J. (2003). Are attachment disorders best seen as social impairment disorders? *Attachment and Human Development*, 5, 259-264.

Green. A.H. (1993). Child sexual abuse: Immediate and long-term effects and intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 890-902.

Harter, S. (1977). A cognitive-developmental approach to children's expression of conflicting feelings and a technique to facilitate such expression in play therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 417–432.

Hill, C., Thompson, M. (2003). Mental and Physical Health Co-Morbidity in Looked after Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 8: 315-321

Hochstadt, N., Jaundes, P., Zimo, D., Schacter, J. (1987). The medical and psychosocial needs of children entering foster care. *Child Abuse and Neglect*, 11, 53–62.

Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K., Neil, M. (2000). Effects of abuse on attachment representations: Narrative assessments of abused children. *Journal of Child Psychotherapy*, 26, 433–455.



Kazdin A. (1985) Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Psychology*;94:298–307

Keck, G., Kupecky, R. (1995). Adopting the hurt child. Colorado Springs, CO: Pinon Press

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164–180.

Kenrick, J. (2000). ‘Be a kid’: The traumatic impact of repeated separations on children who are fostered and adopted. *Journal of Child Psychotherapy*, 3, 393–412.

Klein, R. G., Mannuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 383-387

Lamminmaki T, Ahonem T, Narhi V, Lyytinen H, de Barra HT. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder subtypes: are there differences in academic problems? *Developmental neuropsychology* 11: 297- 310.

LeDoux, J. (1998). The emotional brain. London: Weidenfeld and Nicolson

Legea nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 557 din 23 iunie 2004

Leslie, L.K., Gordon, J.N., Ganger, W., Gist, K. (2002). Developmental delay in young children in child welfare by initial placement type. *Infant Mental Health Journal*, 23(5), 496–516.

Levy, T., Orlans, M. (1998). Attachment, trauma and healing: Understanding and treating attachment disorder in children and families. Washington, DC: CWLA. Perry, B., Pollard, R. (1998). Homeostatis, stres, trauma and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 33–51.

Lieberman, A.F., van Horne, P. (1999). Attachment, trauma and domestic violence: *Implications for child custody*. *Child Custody*, 7(2), 423–443.

Main, M., Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child Abuse Neglect*, 8, 203–217.

Main, M., Solomon, J. (1990). Procedures for identifying in facts as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti E.M. Cummings (Eds). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121–160). Chicago: University of Chicago Press.

Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F.A., Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759-782.

Mannuzza, S.; Klein, R. Adolescent and adult outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Quay, HC.; Hogan, AE., editors. *Handbook of disruptive behavior disorders*. Kluwer Academic/Plenum Press; New York: 1999. p. 279-294.

Margolin G, Gordis E. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*;51:445–479.

McCann, J.B., James, A., Wilson, S., Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British medical Journal*, 13(7071), 1529–1530.

Minnis, H., Reekie, J., Young, D., O'Connor, T., Ronald, A., Gray, A., et al. (2007). Genetic, environmental and gender influences on attachment disorder behaviours. *British Journal of Psychiatry*, 190, 495.

Minnis, P., Pelosi, A.J., Knapp, M., Dunn, J. (2001). Mental health and foster carer training. *Archives of Diseases in Childhood*, 84, 302–306.

Mount, M.J., Lister, A., Bennum, I. (2004). Identifying the mental health needs of looked after young people. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(3), 363–382.

Newton, R. R., Litrownik, A. J., Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviours and number of placements. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1363–1374.

O'Connor, T.G., Rutter, M. (2000), Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 703-712

O'Connor, T.G., Zeanah, C.H. (2003), Assessment strategies and treatment approaches. *Attachment and Human Development*, 5, 223-244.

Osofsky J. (2003) Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: Implications for prevention and intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*;6:161–170.

Patterson G.R, DeBaryshe B. D, Ramsey E (1989). A developmental on antisocial behaviour. *American Psychologist* 44, , 329-335

Pears, K.C., Bruce, J., Fisher, P.A. (2009). Indiscriminate friendliness in maltreated foster children. *Child Maltreatment*, 14, 1-12

Perry, B.D., Conrad,D.J., Dobson, C., Schick, S., Runyan,D. (2000). The Children's Crisis Care Centre Model: A proactive, multidimensional child and family assessment process.

Pilowsky,D. (1992). Short-term psychotherapy with children in foster care. in P.J. O'Brien, D. Pilowsky, O. Lewis (Eds.), *Psychotherapies with children and adolescents: Adapting the psychodynamic process*. Washington DC.: American Psychiatric Press.

Pliszka SR. (2003). Psychiatric comorbidities in children with attention deficit hyperactivity disorder: implications for management. *Pediatric Drugs Journal*.;5:741-50.

Popa, M. (2008). *Statistică pentru psihologie. Teorie și aplicații SPSS*. Editura Polirom, București

Preda, Vasile(1998) *Delincvența juvenilă*, Editura Presa Universitară Clujeană

Reams, R. (1999). Children birth to three entering the state's custody. *Infant Mental Health Journal*, 20,166–174.

Romano E, Tremblay RE, Farhat A, Côté S (2006). Development and prediction of hyperactive symptoms from 2 to 7 years in a population-based sample. *Pediatrics*.;117:2101-2109.

Rutter M, Kreppner J, Sonuga-Barke E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 529-543.

Rutter,M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611.

Rutter,M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626–631.

Sava, F. (2004). *Analiza datelor in cercetarea psihologică. Metode statistice complementare*. Editura ASCIPS, Cluj-Napoca

Schaffer, H. R., (2007). *Introducere Psihologia Copilului*, Editura ASCR, Cluj-Napoca

Schore, A. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59–87.

Schore, A. (2000). Attachment and right brain development. *Attachment and Human Development*, 2(1), 23–47.

Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 201–269.

Smyke, A.T., Dumitrescu, A., Zeanah, C.H. (2002), Disturbances of attachment in young children: I. The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 972-982.

Solomon, J., George, C. (1999). The measurement of attachment security in infancy and childhood. In J. Cassidy P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 287–316). New York: Guilford Press.

Sroufe, L. A. (1979). Socioemotional development. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (pp. 462-515). New York: John Wiley.

Sroufe, L. A., Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29. Chicago: University of Chicago Press.

Sroufe, L.A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.

Stafford, B., Zeanah, C.H., Scheeringa, M. (2003). Exploring psychopathology in early childhood: PTSD and attachment disorders in DC: 0-3 and DSM-IV. *Infant Mental Health Journal*, 24, 398-409.

Thompson, R.A. (2008). Early attachment and later development. In: J. Cassidy, P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment, 2nd Edition* (pp 348-365), New York, Guilford Press

Tizard B., Rees J (1975). The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 61-73.

Trickett, P. K., Putnam, F. W. (1993). Impact of child sexual abuse on females: Toward a developmental, psychobiological integration. *Psychological Science*, 4, 81–87.

Terjensen și Esposito (2007) Terapia de grup pentru copii și adolescenți. In Ellis A. Bernard M. *Terapia Rațional-Emoțională și Comportamentală în tulburările Copiilor și adolescenților. Teorie, Practică și Cercetare*, editura RTSC, Cluj

Unicef - World Report on Violence against Children

van IJzendoorn, M.H., Bakersman-Kranenberg, M.J (2002). Disorganized attachments and the dysregulation of negative emotions. In: B. Zuckerman, A. Lieberman, N.A, Fox (Eds.). *Emotional regulation and developmental health: Infancy and early childhood*. Johnson, Johnson Pediatric Institute, L.L.C.

van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., Bakersman-Kranenberg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: A meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249..

Weiss, G., Hechtman, L. T. (1993). *Hyperactive children grown up: ADHD in children, adolescents, and adults*. New York: Guilford Press.

Werner, E. E. (1989). High risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72–81.

Widom, C.S. Child abuse, neglect, and witnessing violence. In: Stoff, D.; Breiling, J.; and Maser, J., eds. *Handbook of Antisocial Behavior*. New York: Wiley, 1997. pp. 159-179

Zeanah C.H. (2007). Reactive attachment disorder. In: Narrow, W.E., First, M.B., Regier, D., Sirovatka P.J. (Eds.). *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for the DSM-V*. Arlington, VA, APA Press.

Zeanah, C.H., Smyke, A.T. (2005). Building attachment relationships following maltreatment and severe deprivation. In L. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson,, M. Greenberg (Eds.) *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention and policy* (pp. 195-216), New York, Guilford Press.

Zeanah, C.H., Smyke, A.T. (2008). Attachment disorders and severe deprivation. In M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor,, A. Thapar (Eds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry*, pp. 906-915. London, Blackwell.

Zeanah, C.H. (1996). Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders in infancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 42-52.

Zeanah, C.H., Keyes, A., Settles, L. (2003). Attachment relationship experiences and child psychopathology. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 1- 9.

Zeanah, C.H., Larrieu, J.A., Heller, S.S.,Valliere, J., Hinshaw-Fuselier, S., Aoki,Y., Drilling, M. (2001). Evaluation of a preventative intervention for maltreated infants and toddlers in foster care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 214–221.

Zeanah, C.H., Mammen O., Lieberman, A. (1993), Disorders of attachment. In: C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 332-349), New York, NY, Guilford Press.

Zero To Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC: 0--3R)*. Washington, D.C., Zero To Three Press.