



UNIVERSITATEA
PEDAGOGICĂ DE STAT
ION CREANGĂ
DIN CHIȘINĂU

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

Cu titlu de manuscris
C.Z.U: 159.922.7(043.3)

DICU ADRIANA

**INTERVENȚIA PSIHOLOGICĂ ASUPRA COPIILOR CU PĂRINȚII
DIVORȚAȚI**

511.02 – Psihologia Dezvoltării și Psihologia Educațională

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific:
dr. în psihologie, prof. univ.

Valentina Olărescu,

Autor:

Dicu Adriana

CHIȘINĂU, 2024

© Dicu Adriana, 2024

CUPRINS

ADNOTARE.....	4
ANNOTATION.....	5
АННОТАЦИЯ.....	6
LISTA ABREVIERILOR.....	7
LISTA TABELELOR.....	8
LISTA FIGURILOR.....	9
INTRODUCERE.....	10
1.INTERFERENȚE TEORETICO - ȘTIINȚIFICE ÎN CERCETAREA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE ȘI A TULBURĂRILOR EMOȚIONALE ÎN RELAȚIE CU COMPETENȚELE PARENTALE ȘI COPARENTALITATEA	
1.1. Conceptualizarea tulburărilor de personalitate ale copiilor cu părinții divorțați.....	21
1.2. Conceptualizarea tulburărilor emoționale ale copiilor cu părinții divorțați.....	27
1.3. Particularități ale competenței parentale și ale coparentalității la părinții divorțați.....	33
1.4. Concluzii la capitolul 1.....	41
2. EVALUAREA PREDISPOZIȚIILOR LA TULBURĂRI DE PERSONALITATE ȘI A TULBURĂRILOR EMOȚIONALE LA COPII, A COMPETENȚELOR PARENTALE ȘI A COPARENTALITĂȚII	
2.1. Design-ul cercetării: scopul, eșantionul și metodologia cercetării.....	43
2.2. Particularități ale tulburărilor de personalitate și ale tulburărilor emoționale la copiii care provin din familiile divorțate.....	54
2.3. Predicția pentru predispozițiile la tulburările de personalitate și pentru tulburările emoționale ale copiilor în funcție de caracteristicile parentale ale părinților.....	74
2.4. Concluzii la capitolul 2.....	83
3. AMELIORAREA PREDISPOZIȚIILOR TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE ȘI A CELOR EMOȚIONALE ALE COPIILOR ȘI ÎMBUNĂTĂȚIREA COMPETENȚELOR PARENTALE ȘI A COPARENTALITĂȚII	
3.1. Generalități despre Programul de intervenție psihologică.....	86
3.2. Structura programului de intervenție psihologică individuală a copilului.....	90
3.3. Structura programului de intervenție psihologică de grup a copiilor.....	97
3.4. Structura programului de intervenție psihologică individuală a părintelui.....	99
3.5. Structura programului de intervenție psihologică în diada părinte – copil.....	102
3.6. Eficiența programului de intervenție psihologică.....	103
3.7. Concluzii la capitolul 3.....	133
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....	135
BIBLIOGRAFIE.....	138
ANEXE	
Anexa 1. Instrumente de evaluare.....	158
Anexa 2. Rezultatele statistice obținute în experimentul de constatare.....	164
Anexa 3. Rezultatele analizei de regresie în experimentul de constatare.....	170
Anexa 4. Programul de intervenție psihologică.....	192
Anexa 5. Rezultatele statistice obținute în experimentul de control.....	234
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....	253
CV-ul AUTORULUI.....	254

ADNOTARE

Dicu Adriana. Intervenția psihologică asupra copiilor cu părinții divorțați. Teză de doctor în Psihologie. Chișinău, 2024.

Structura tezei: Teza este constituită din: adnotări, lista abrevierilor, introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 242 titluri, 5 anexe, 137 pagini de text de bază, 18 figuri și 32 tabele. Rezultatele obținute sunt prezentate în 11 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: divorț, tulburări de personalitate, tulburări emoționale, preadolescenți, competențe parentale, coparentalitate, conflict parental, program de intervenție psihologică, ameliorarea tulburării.

Domeniu de studiu: Psihologia familiei

Scopul cercetării: Identificarea predispozițiilor tulburărilor de personalitate și emoționale la copiii de 9-12 ani ai căror părinți au divorțat, estimarea competențelor parentale și a relației de coparentalitate pentru părinții divorțați ai copiilor, pentru facilitarea structurării intervenției psihologice orientate/centrate pe ameliorarea predispozițiilor tulburărilor de personalitate și emoționale identificate la copii și educarea/creșterea competențelor parentale și a relației de coparentalitate la părinți.

Obiectivele cercetării: sunt stabilite în vederea studierii și analizei literaturii de specialitate privind domeniul studiat, elaborării și realizării proiectului de cercetare prin aplicarea unor metode și tehnici de investigare care să releve consecințele divorțului și a dinamicii parentale deficitare post-divorț asupra dezvoltării emoționale și a personalității copilului, astfel: identificarea predispozițiilor tulburărilor de personalitate și a celor emoționale ca și consecință a dinamicii divorțului la copiii cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani (preadolescenți); evaluarea și stabilirea/constatarea competențelor parentale ale părintelui rezident; structurarea și implementarea unor programe de intervenție psihologică având ca obiectiv ameliorarea tulburărilor identificate la preadolescenți și îmbunătățirea competențelor parentale și a relației de coparentalitate la părintelui rezident; valorificarea eficienței programelor de intervenție psihologică aplicate copiilor de 9-12 ani și părinților; emiterea de recomandări pentru intervenția psihologică asupra copiilor și asupra părinților acestora, în contextul divorțului.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante constau în: *sistematizarea* științifică a datelor din cercetările de domeniu; *identificarea* predispozițiilor la tulburările de personalitate ale copiilor de 9-12 ani, care traversează o situație de divorț; *evidențierea* tulburărilor emoționale ale copiilor de 9-12 ani, care traversează o situație de divorț; *evaluarea și constatarea* factorilor de risc care aparțin părinților și influențează apariția tulburărilor la copii de 9-12 ani; *evaluarea și stabilirea* competențelor parentale ale părintelui rezident; *determinarea* percepției asupra relației de coparentalitate a părintelui rezident; *remediarea și ameliorarea* tulburărilor de personalitate și a celor emoționale ale copiilor de 9-12 ani, a competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților, prin *elaborarea și aplicarea* unor programe de intervenție psihologică orientate asupra problematicilor identificate atât la copii cât și la părinți.

Noutatea și originalitatea științifică. Pentru prima dată la nivel național s-a realizat: s-a realizat un studiu comparativ experimental, având ca și subiecți – copii de 9-12 ani care provin din familii divorțate și părinți rezidenți pe de o parte și copiii și părinții din familii organizate, pe de altă parte; s-a realizat studiul experimental cu privire la evidențierea predispozițiilor tulburărilor de personalitate și a celor emoționale, ca și consecință a dinamicii divorțului parental; s-au studiat experimental competențele parentale și relația de coparentalitate la părinții în divorț; s-au identificat tulburările de personalitate evidențiate în urma aplicării testelor psihologice ca și consecință a dinamicii divorțului, cu privire la stabilitatea emoțională, extraversia, conformismul și inhibarea copilului asociate cu comportamentele și conduita disfuncționale; s-au evidențiat tulburările emoționale consecință a divorțului: anxietate, depresie, simptome de stres, atașament disfuncțional; s-au evaluat și stabilit competențele parentale ale părintelui rezident în privința cunoașterii copilului, a suportului afectiv oferit, a managementului crizelor și a factorului de disciplinare; s-au evaluat și constatat factorii de risc ai părinților care influențează apariția tulburărilor la copii; s-a determinat percepția asupra relației de coparentalitate a părintelui rezident manifestată cu părintele nerezident, relație care reprezintă un factor determinant al apariției dezechilibrului la nivelul copilului și al familiei; s-au remediat și ameliorat predispozițiile tulburărilor de personalitate și a celor emoționale ale copiilor de 9-12 ani, a nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților, prin elaborarea și aplicarea unor programe de intervenție psihologică orientate asupra problematicilor identificate atât la copii cât și la părinți; s-au validat programele de intervenție psihologică pentru părinți divorțați rezidenți și pentru copii lor.

Semnificația teoretică a lucrării constă în: cercetarea, evaluarea și evidențierea particularităților tulburărilor de personalitate și a celor emoționale apărute la copiii (preadolescenți - 9-12 ani) aflați în contextul dinamicii separării părinților; cercetarea, evaluarea și evidențierea caracteristicilor parentale cu privire la managementul copilului și a dinamicii relaționale cu celălalt părinte; completarea bazelor teoretice ale științei psihologice cu rezultatele obținute în cadrul cercetării în privința cunoștințelor referitoare la specificul tulburărilor care pot fi determinate la copiii expuși, în mod direct sau indirect, unor situații conflictuale dintre părinții lor divorțați; evidențierea necesității parcurgerii unui program de intervenție psihologică pentru diminuarea problematicilor evidențiate, atât la copii de 9-12 ani, cât și la părinți.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în programul de intervenție psihologică elaborat, implementat și validat, care oferă un model alternativ de intervenție pentru ameliorarea tulburărilor de personalitate și a celor emoționale la preadolescenți, îmbunătățirea competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților; programul poate fi utilizat de către practicienii din domeniul psihologiei; datele teoretice și practice ale cercetării pot constitui surse de documentare pentru specialiști, dar și pentru părinți; setul de metode de evaluare selectate servesc la identificarea tulburărilor de personalitate și a celor emoționale ale preadolescenților, la evaluarea competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele sunt utilizate în demersul psihologic al specialiștilor în vederea orientării și îmbunătățirii activității psihologilor clinicieni, a consilierilor și a psihoterapeuților, în procesul de formare continuă și complementară a acestora.

ANNOTATION

Dicu Adriana. Psychological intervention on children with divorced parents. PhD thesis in Psychology. Chisinau 2024.

Thesis structure: The thesis consists of: annotations, list of abbreviations, introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 242 titles, 5 appendices, 137 pages of basic text, 18 figures and 32 tables. The results are presented in 11 scientific papers.

Keywords: divorce, personality disorders, emotional disorders, preadolescents, parenting skills, co-parenting, parental conflict, psychological intervention program, amelioration of the disorder.

Field of study: Family psychology

Research aim: To identify predispositions to personality and emotional disorders in 9-12 year old children whose parents are divorced, to estimate parenting skills and co-parenting relationship for the divorced parents of the children, in order to facilitate the structuring of psychological intervention oriented/focused on improving predispositions to personality and emotional disorders identified in children and educating/increasing parenting skills and co-parenting relationship in parents.

Research objectives: are established in order to study and analyze the literature on the field of study, to develop and carry out the research project by applying research methods and techniques to detect the consequences of divorce and poor post-divorce parenting dynamics on the child's emotional and personality development, such as: identification of predispositions to personality and emotional disorders as a consequence of divorce dynamics in children aged between 9 and 12 years (pre-adolescents); evaluation and establishment/assessment of parenting skills of the resident parent; structuring and implementing psychological intervention programs aimed at improving disorders identified in preadolescents and improving parenting skills and the co-parenting relationship from the perspective of the resident parent; capitalizing on the effectiveness of psychological intervention programs applied to 9-12 year old children and parents; issuing recommendations for psychological intervention on children and their parents in the context of going through divorce.

The results obtained that contribute to solving the important scientific problem are: scientific *systematization* of data from field research; *identifying* the predispositions of personality disorders of 9-12-year-old children who are going through a divorce situation; *highlighting* the emotional disturbances of 9-12 year old children who are going through a divorce situation; *evaluation and determination* of risk factors that belong to parents and influence or cause the appearance of disorders in children aged 9-12 years; *assessment and determination* of the resident parent's parental competence; *determining* the resident parent's perception of the co-parenting relationship; *remedying and improving* the personality and emotional disorders of 9-12-year-old children, the parental skills and the co-parenting relationship of the parents, through the *development and application* of psychological intervention programs *focused* on the problems identified in both children and parents.

Scientific novelty and originality. For the first time at the national level: an experimental comparative study was carried out, having as subjects - children aged 9-12 years who come from divorced families and resident parents on the one hand, and children and parents from organized families, on the other side; predispositions towards personality and emotional disorders were highlighted, as a consequence of the dynamics of parental divorce that 9-12-year-old children go through; parental skills and the co-parenting relationship of divorced parents were studied; the predispositions of personality disorders highlighted following the application of psychological tests as a consequence of the dynamics of divorce were identified, regarding the child's emotional stability, extraversion, conformity and inhibition, associated with dysfunctional behaviors and conduct; the emotional disorders resulting from the divorce were highlighted: anxiety, depression, stress symptoms, dysfunctional attachment; the parental skills of the resident parent were assessed and established regarding the knowledge of the characteristics of the child's development stage, the emotional support offered, crisis management and the disciplinary factor; the risk factors that belong to the parents and influence or determine the appearance of disorders in children were evaluated; the predispositions of personality and emotional disorders of 9-12-year-old children, the level of parental skills and the co-parenting relationship of parents were remedied and improved, through the development and application of psychological intervention programs focused on the problems identified both in children as well as parents; psychological intervention programs for resident divorced parents and their children were validated.

The theoretical significance of the paper is: researching, evaluating and highlighting the peculiarities of personality and emotional disorders occurring in children (preadolescents 9-12 years) in the context of the dynamics of parental separation; researching, evaluating and highlighting parental characteristics regarding child management and relational dynamics with the other parent; to complete the theoretical bases of psychological science with the results obtained in the research regarding the knowledge on the specific disorders that can be caused in children exposed, directly or indirectly, to conflict situations between their divorced parents; to highlight the need to go through a psychological intervention program to reduce the problems highlighted, both in children aged 9-12 years and in parents.

The applied value of the paper lies in the developed, implemented and validated psychological intervention program, which provides an alternative intervention model for the improvement of personality and emotional disorders in preadolescents, improving parenting skills and co-parenting relationship of parents; the program can be used by psychology practitioners; the theoretical and practical research data can be a source of documentation for professionals and parents; the selected set of assessment methods can be used to identify personality and emotional disorders in preadolescents, to assess parenting skills and co-parenting relationship.

Implementation of scientific results. The results are used in the psychological work of specialists in order to guide and improve the work of clinical psychologists, counsellors and psychotherapists, in the process of their continuous and complementary training.

АННОТАЦИЯ

Дику Адриана. Психологическая интервенция для детей с разведенными родителями. Докторская диссертация по психологии. Кишинев, 2024

Структура диссертации: Диссертация состоит из: аннотации, списка сокращений, введения, трех глав, общих выводов и рекомендаций, библиографического списка из 242 наименований, 5 приложений, 137 страницы основного текста, 18 рисунков и 32 таблицы. Результаты работы представлены в 11 научных статьях.

Ключевые слова: развод, личностные расстройства, эмоциональные расстройства, подростки, родительские навыки, совместное воспитание, родительский конфликт, программа психологического вмешательства, минимизация расстройств.

Область исследования: семейная психология

Цель исследования: выявить предрасположенность к личностным и эмоциональным нарушениям у детей 9-12 лет, чьи родители находятся в разводе, оценить родительские навыки и отношения с родителями у разведенных родителей детей, чтобы облегчить построение психологического вмешательства, ориентированного/направленного на улучшение предрасположенности к личностным и эмоциональным нарушениям, выявленной у детей, и обучение/повышение родительских навыков и отношений с родителями.

Задачи исследования: поставлены с целью изучения и анализа литературы по теме исследования, разработки и реализации исследовательского проекта с применением методов и методик исследования, раскрывающих последствия развода и плохой динамики послеразводного воспитания на эмоциональное развитие и личность ребенка, таких как: выявление предрасположенности к личностным и эмоциональным нарушениям как следствие динамики развода у детей в возрасте от 9 до 12 лет (подростков); оценка и определение родительских навыков родителя-резидента; структурирование и реализация программ психологического вмешательства, направленных на коррекцию нарушений, выявленных у детей младшего подросткового возраста, и улучшение родительских навыков и детско-родительских отношений с точки зрения родителя-резидента; использование эффективности программ психологического вмешательства для детей 9-12 лет и родителей; выдача рекомендаций по психологическому вмешательству в детей и их родителей в контексте переживания развода.

Полученные результаты, способствующие решению важной научной проблемы, заключаются в научной систематизации данных исследований в данной области; выявлении предрасположенности к личностным расстройствам у детей 9-12 лет, переживающих ситуацию развода; выделении эмоциональных нарушений у детей 9-12 лет, переживающих ситуацию развода; оценке и выявлении факторов риска, принадлежащих родителям и влияющих или определяющих возникновение расстройств у детей 9-12 лет; оценка и определение родительских навыков родителей-резидентов; определение восприятия родителями-резидентами детско-родительских отношений; медиация и улучшение личностных и эмоциональных нарушений детей 9-12 лет, родительских навыков и детско-родительских отношений родителей с помощью программ психологического вмешательства, направленных на решение проблем, выявленных как у детей, так и у родителей.

Научная новизна и оригинальность. Впервые на национальном уровне проведено экспериментальное сравнительное исследование, в котором в качестве испытуемых выступили дети 9-12 лет, происходящие из разведенных семей и проживающих в них родителей, с одной стороны, и дети и родители из организованных семей, с другой стороны; выделены предрасположенности к личностным и эмоциональным расстройствам, как следствие динамики развода родителей, который переживают дети 9-12 лет со своими родителями; изучались родительские навыки и со-родительские отношения разведенных родителей; идентифицированы предрасположенности к расстройствам личности, выявленные в результате применения психологических тестов как следствие динамики развода, в отношении эмоциональной устойчивости, экстраверсии, конформности и заторможенности ребенка, связанных с дисфункциональным поведением; выделены эмоциональные расстройства, возникающие в результате развода: тревожность, депрессия, симптомы стресса, дисфункциональная привязанность; были оценены и установлены родительские навыки постоянного родителя с точки зрения знания особенностей стадии развития ребенка, предлагаемой эмоциональной поддержки, кризисного управления и дисциплинарного фактора; оценены и установлены факторы риска, принадлежащие родителям и влияющие или определяющие появление нарушений у детей; определено восприятие со-родительских отношений родителя-резидента с родителем-нерезидентом, отношения, которые представляют собой важный определяющий фактор возникновения дисбаланса на уровне ребенка и семьи; предрасположенность к личностным и эмоциональным расстройствам детей 9-12 лет, уровень родительских навыков и родительских отношений родителей были исправлены и улучшены путем разработки и применения программ психологического вмешательства, ориентированных на проблемы выявленные у детей, а также у родителей; были утверждены программы психологического вмешательства для разведенных родителей и их детей.

Теоретическая значимость работы заключается в: исследовании, оценке и выделении особенностей личностных и эмоциональных нарушений, возникающих у детей - 9-12 лет в контексте динамики родительского развода; исследовании, оценке и выделении родительских характеристик, касающихся управления ребенком и динамики отношений с другим родителем; в дополнении теоретических основ психологической науки результатами, полученными в ходе исследования, относительно знаний о специфических расстройствах, которые могут быть вызваны у детей, прямо или косвенно подверженных конфликтным ситуациям между разведенными родителями; подчеркнуть необходимость прохождения программы психологического вмешательства для уменьшения выделенных проблем, как у детей в возрасте 9-12 лет, так и у родителей.

Прикладная ценность работы заключается в разработанной, внедренной и валидизированной программе психологического вмешательства, которая представляет собой альтернативную интервенционную модель для улучшения личностных и эмоциональных нарушений у подростков, совершенствования родительских навыков и детско-родительских отношений родителей; программа может быть использована практикующими психологами; теоретические и практические данные исследования могут стать источником документации для специалистов и родителей; подобранный набор оценочных методик может быть использован для выявления личностных и эмоциональных нарушений у подростков, оценки родительских навыков и детско-родительских отношений родителей.

Внедрение научных результатов. Результаты используются в психологической работе специалистов с целью направления и совершенствования работы клинических психологов, консультантов и психотерапевтов, в процессе их непрерывного и дополнительного обучения.

LISTA ABREVIERILOR

D.G.A.S.P.C. – *Direcția de Asistență Socială și Protecția Copilului*

DSM 5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ediția a cincea*

PR – *Părinte rezident*

PN – *Părinte nerezident*

MPACI - *Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory*

HiPIC - *Hierarchical Personality Inventory for Children*

CSI4 - *Chestionarul de evaluare a simptomelor copiilor*

CCP - *Chestionarul de investigare a competenței parentale*

PSI4 - *Parental Stress Index - Fourth Edition*

GD – Grupul divorțați GN – Grupul nedivorțați

GCD - Grupul copii divorțați GCN - Grupul copii nedivorțați

GPD – Grupul părinți divorțați

GPN – Grupul părinți nedivorțați

GE – Grupul experimental

GC – Grupul de control

GCE – Grupul copii experimentalGCC – Grupul copii control

GPE - Grupul părinți experimentalGPC - Grupul părinți control

LISTA TABELELOR

Tabelul 2.1. Diferențe între rezultatele testului MPACI, GCN/GCD, patternuri de personalitate.....	55
Tabelul 2.2. Semnificația diferențelor la scalele testului MPACI, GCD/GCN.....	58
Tabelul 2.3. Diferențe între rezultatele testului MPACI, GCN/GCD, semne clinice.....	59
Tabelul 2.4. Diferențe între rezultatele testului HiPIC, GCN/GCD.....	61
Tabelul 2.5. Semnificația diferențelor la scalele testului HiPIC, GCD/GCN.....	62
Tabelul 2.6. Diferențe între rezultatele testului CSI4, GCN/GCD.....	64
Tabelul 2.7. Semnificația diferențelor la scalele testului CSI4, GCD/GCN.....	66
Tabelul 2.8. Diferențe între rezultatele testului PSI4, GCN/GCD	68
Tabelul 2.9. Semnificația diferențelor la scalele testului PSI4, GCD/GCN.....	68
Tabelul 2.10. Diferențe între rezultatele testului PSI4, GPD/GPN	70
Tabelul 2.11. Diferențe între rezultatele testului CCP, GPD/GPN.....	72
Tabelul 2.12. Semnificația diferențelor la scalele testelor PSI4 și CCP, GPD/GPN	73
Tabelul 2.13. Rezultatele predicției pentru patternurile de personalitate, testul MPACI.....	75
Tabelul 2.14. Rezultatele predicției pentru semnele clinice, testul MPACI.....	76
Tabelul 2.15. Rezultatele predicției pentru patternurile de personalitate, testul HiPIC.....	78
Tabelul 2.16. Rezultatele predicției pentru simptomele copilului, testul CSI4.....	79
Tabelul 2.17. Rezultatele predicției pentru simptomele copilului, testul CSI4.....	80
Tabelul 2.18. Rezultatele predicției pentru simptomele copilului, testul PSI4.....	82
Tabelul 3.1. Media și testul ANOVA, pattern de personalitate MPACI, GCE/GCC, test/retest....	106
Tabelul 3.2. Media și testul ANOVA, pattern de personalitate, MPACI, GCE/GCC, retest.....	109
Tabelul 3.3. Media și testul ANOVA, semnele clinice MPACI, GCE/GCC, test/retest.....	111
Tabelul 3.4. Media și testul ANOVA, semnele clinice MPACI, GCE/GCC, retest.....	113
Tabelul 3.5. Media și testul ANOVA, HiPIC, GCE/GCC, test/retest.....	115
Tabelul 3.6. Media și testul ANOVA, HiPIC, GCE/GCC, retest.....	117
Tabelul 3.7. Media și testul ANOVA, CSI4, GCE/GCC, test/retest.....	118
Tabelul 3.8. Media și testul ANOVA, CSI4, GCE/GCC, retest.....	121
Tabelul 3.9. Media și testul ANOVA, Domeniul copilului PSI4, GCE/GCC, test/retest	123
Tabelul 3.10. Media și testul ANOVA, Domeniul copilului PSI4, GCE/GCC, retest.....	125
Tabelul 3.11. Media și testul ANOVA, Domeniul părintelui, PSI4, GPE/GPC, test/retest.....	127
Tabelul 3.12. Media și testul ANOVA, Domeniul părintelui, PSI4, GPE/GPC, retest.....	128
Tabelul 3.13. Media și testul ANOVA Competențe parentale, CCP, GPE/GPC, test/retest.....	130
Tabelul 3.14. Media și testul ANOVA Competențe parentale, CCP, GPE/GPC, retest.....	132

LISTA FIGURILOR

Fig. 2.1. Mediile pentru patternurile de personalitate MPACI, GCD/GCN.....	55
Fig. 2.2. Mediile pentru simptomatologia emoțională MPACI, GCD/GCN.....	58
Fig. 2.3. Mediile pentru patternurile de personalitate HiPIC, GCD/GCN.....	61
Fig. 2.4. Mediile pentru simptomatologia copilului din CSI4, GCD/GCN.....	63
Fig. 2.5. Extras din mediile rezultatelor la testul CSI4, GCD/GCN.....	64
Fig. 2.6. Mediile pentru simptomele copilului PSI4, GCD/GCN.....	67
Fig. 2.7. Mediile pentru caracteristicile părintelui PSI4, GPD/GPN.....	70
Fig. 2.8. Mediile pentru caracteristicile părintelui CCP, GPD/GPN.....	72
Fig. 3.1. Media pentru patternurile de personalitate, MPACI, GCE/GCC, test/retest.....	105
Fig. 3.2. Media pentru patternurile de personalitate, MPACI, GCE/GCC, retest.....	109
Fig. 3.3. Media pentru semnele clinice, MPACI, GCE/GCC, test/retest.....	110
Fig. 3.4. Media pentru patternurile de personalitate, HiPIC, GCE/GCC, test/retest.....	114
Fig. 3.5. Media pentru simptomatologia copilului, CSI4, GCE/GCC, test/retest.....	118
Fig. 3.6. Media pentru simptomatologia copilului, CSI4, GCE/GCC, retest.....	121
Fig. 3.7. Media pentru simptomatologia copilului, PSI4, GCE/GCC, test/retest.....	123
Fig. 3.8. Media pentru Domeniul părintelui PSI4, GPE/GPC, test/retest.....	126
Fig. 3.9. Media pentru competențe parentale CCP, GPE/GPC, test/retest.....	129
Fig. 3.10. Media rezultatelor competențe parentale CCP, GPE/GPC, retest.....	132

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate.

Fenomenul divorțului generează, de regulă, tensiuni, conflicte și modificări ale căror efecte se prelungesc dincolo de cele legale, astfel că, divorțul implică nu doar persoanele legate strict prin căsătorie, ci are consecințe directe asupra membrilor acesteia, fiind un fenomen psiho-social complex care schimbă atât viața partenerilor cât și a descendenților acestora. Problematica actuală a divorțului în familiile cu copii, din perspectiva modului în care părinții gestionează separarea, poate determina perturbări care afectează funcționalitatea și dezvoltarea psiho-emoțională a copilului cu efecte care pot însoți individul de-a lungul întregii sale vieți, prin apariția tulburărilor de ordin psihologic [70]. Studiile longitudinale evidențiază faptul că, copiii ai căror părinți au divorțat sunt mai predispuși să experimenteze mai multe conflicte în propriile mariaje și sunt mai susceptibili de a ajunge la separare, de regulă fiind implicați în relații de parteneriat desfășurate pe termen scurt, care nu ajung la căsătorie [172].

Din aceste considerente, identificarea și tratarea acestor tulburări psiho-emoționale ale copilului pe fondul gestionării defectuoase a fenomenului divorțului de către părinții săi, sunt imperios necesare.

Consecințele divorțului și impactul acestora asupra copiilor reprezintă o problemă majoră care este răspândită la nivel global, un număr semnificativ de copii fiind afectat de expunerea la conflictele parentale legate de aspectele privind stabilirea domiciliului copilului și a programului de legături personale ale acestuia cu părintele nerezident, de considerentele juridice și financiare, sau de refuzul emoțional al cel puțin unuia dintre părinți de a accepta separarea [66].

Prin natura conceptului, părinții trebuie să asigure creșterea și dezvoltarea copiilor, crearea unui mediu adecvat, nonconflictual, pregătirea emoțională a acestora pentru a înfrunta evenimente adverse de viață precum separarea părinților, pentru ca acestea să fie gestionabile și nu traumatizante [73]. Din perspectivă normativă, atât la nivel mondial, cât și național, există numeroase reglementări privind protecția sănătății fizice, psihice, intelectuale, afective și relaționale ale copiilor, reglementări legale care au ca punct central ocrotirea și garantarea drepturilor copilului. Primul document care a definit și a captat atenția asupra principiilor dezvoltării copilului a fost după primul război mondial – „Declarația de la Geneva din 1924 privind Drepturile Copilului” publicată ca și „Carta Bunăstării Copilului”. Interesul pentru asigurarea și protejarea cu precădere a principiilor de dezvoltare ale copilului a continuat prin proclamarea în 1959 a „Declarației Drepturilor Copilului”, ca rezoluție a Adunării Generale a ONU și mai târziu, prin „Convenția asupra Drepturilor Copilului”, documente completate și cu alte acte internaționale în materie, care au extins protecția specială și care au produs efecte juridice pentru

țările semnatare. În România, drepturile copilului fac obiectul Legii 272/2004, iar în Republica Moldova al Legii 338/1994, modificate și completate cu norme actualizate care sunt în concordanță cu convențiile internaționale în domeniu [23].

În ceea ce privește drepturile copilului cu părinții divorțați sau separați, normele legale menționate, au fost completate cu „Convenția de la Strasbourg din 2006 asupra relațiilor personale care privesc copiii”, norme care asigură mai multe forme de realizare a legăturilor personale ale copilului cu ambii părinți și reglementează relațiile dintre părinți, în interesul superior al copilului [217].

În practică, interacțiunile parentale post-divorț sunt nesatisfăcătoare și prejudicioase, întrucât, se întâmplă adesea ca părintele căruia i-a fost încredințat copilul(părintele resident) să se defuleze, transmițându-i acestuia ostilitatea pe care o resimte față de fostul soț, care, deși poate întemeia din punctul său de vedere, nu este de natură să îl descalifice pe celălalt părinte în rolul său(părintele nerezident) [6, 173]. Prin urmare, instabilitatea afectivă și emoțională a minorului, pe fondul unei imaturități psihice și a lipsei experienței de viață, îl privează pe acesta de posibilitatea de menține și dezvolta relații personale cu părintele de care a fost separat prin divorț, de a-și exprima liber sentimentele, fără presiuni și conflicte de loialitate față de părintele cu care minorul locuiește [131].

Având în vedere că rezultatele divorțului sunt diferite de la o țară la alta în funcție de normele și valorile socio-culturale ale fiecăreia și ținând cont că la nivel mondial S.U.A. raportează cea mai mare rată a divorțurilor, una din două căsătorii se finalizează prin divorț, urmate de către Europa cu un procent de aproximativ 40%, o parte semnificativă a copiilor din lume este nevoită să se adapteze condițiilor de separare ale părinților lor, cu consecința afectării echilibrului psihono-emoțional [121].

În România, datele statistice arată că, în anul 2021 numărul divorțurilor pronunțate prin hotărâri judecătorești definitive sau pe cale administrativă a fost de 27024, în creștere cu 4239 divorțuri comparativ cu anul 2020, astfel că, rata divorțialității a crescut de la 1,03 divorțuri la 1000 locuitori în anul 2020, la 1,23 divorțuri la 1000 locuitori în anul 2021. Raportul dintre numărul divorțurilor pronunțate prin hotărâri judecătorești definitive sau pe cale administrativă și numărul căsătoriilor încheiate a fost, în anul 2021, de un divorț la 4,2 căsătorii, însă, comparativ cu celelalte țări din Uniunea Europeană, în anul 2020, România, cu o rată a divorțurilor de 1,23‰ s-a situat sub media europeană (1,6‰). Datele evidențiate presupun faptul că, un sfert din familiile constituite se finalizează prin divorț, determinând influențe și dificultăți semnificative asupra stării de bine și antrenând după sine multiple efecte și disfuncții, uneori majore, pe toate nivelurile vieții lor (personal, relațional, economic, profesional, social, spiritual). Dezorganizarea familiei

prin divorț împiedică o perioadă mai mult sau mai puțin îndelungată pe adulți și în permanență pe copil să primească sprijinul emoțional și securitatea atât de necesare unui echilibru și dezvoltării armonioase a personalității [22].

În Republica Moldova, în anul 2021, s-au înregistrat 9 905 divorțuri, fiind în creștere cu 12,6% comparativ cu anul 2020, rata divorțialității reprezentând un procent de 3,8% divorțuri la o populație de 1000 de locuitori. Din totalul divorțurilor în anul 2021, ponderea celor survenite după o perioadă de căsnicie mai mică de 5 ani constituiau – 24,3%, după 5-9 ani – 25,6%, urmate de căsătoriile desfăcute după o perioadă cuprinsă între 10-14 ani (17,2%), după 15-19 ani (11,6%) și respectiv după 20 ani (21,3%), durata medie a căsătoriei finalizate prin divorț fiind de 12 ani [23].

Tematica privind impactul divorțului asupra copiilor a suscitat interesul cercetătorilor dintotdeauna [187], fiind concentrate pe legătura dintre reacțiile emoționale ale copiilor la evenimentul separării - începând din momentul în care li se comunică decizia sau chiar mai devreme când copiii realizează că tensiunile dintre părinții sunt negestionabile, consistente și permanente - și abordarea părinților, modul în care aceștia gestionează conflictul personal și dinamica relației [152].

Două meta-analize mari, una raportată în 1991 și cealaltă raportată zece ani mai târziu în 2001, au demonstrat efectele negative ale divorțului, astfel: „copiii cu părinții divorțați au continuat să obțină un scor semnificativ mai scăzut în ceea ce privește realizările academice, conduita, adaptarea psihologică, conceptul de sine și relații sociale“ [121].

Unul dintre primii autori, care au conceptualizat divorțul ca fiind un complex psiho-social pentru cei implicați, în aceeași măsură în care este un demers juridic, a fost Bohannon [90], care a evidențiat anumite dimensiuni și etape ale experienței de divorț, cum ar fi: divorțul emoțional care presupune manifestarea divergențelor dintre parteneri, deteriorarea raporturilor afective și care poate avea loc cu mult înainte de separarea fizică; divorțul legal prin pronunțarea de către o instanță de justiție a desfacerii căsătoriei; divorțul economic sau partajul care se realizează prin divizarea patrimoniului între parteneri și stabilirea obligațiilor de plată a pensiei alimentare; divorțul părintesc prin încredințarea minorului unui părinte și stabilirea drepturilor celuilalt părinte asupra copilului; divorțul comunitar care presupune împărțirea comunității de prieteni și izolarea de comunitatea de rudenie a fostului soț; divorțul psihic, cel mai dificil de realizat, care reprezintă dobândirea autonomiei psihice față de fostul partener de căsătorie, tendința fiind ca persoanele să rămână afectate de pierderea partenerului, cu consecințe majore în raportarea ulterioară față de acesta [91].

O serie de lucrări științifice au fost elaborate în privința fenomenului de divorț și a implicațiilor asupra familiei, în conținutul cărora fiind abordate aspecte psihologice reprezentate de momentele critice și de procesele de adaptare ale copilului în corelație cu unele aspecte juridice și de dinamică relațională dintre părinți. Cele mai reprezentative sunt: C. & S.V. Everett [15], F. Dolto [13], J. Biolley [2], B. Ionescu [24], G. & L. Vișu – Petra [63], A. Veleanovici & G. Dumitriu [55], R. Warshak [66], M.M Pivniceru & C. Luca [45], Ș. Ionescu [25], J. A. Moran & D. K. Weinstock [186], D.A. Papalia [44], I. & D. Marcelli [28].

Perspective asupra evaluării copilului în contexte adverse de viață au fost evidențiate de mai mulți autori, care au oferit metode și tehnici specifice de lucru în evaluarea și psihodiagnosticul tulburărilor emoționale și de personalitate ale copiilor, unii dintre aceștia, centrându-se pe evaluarea consecințelor determinate de separarea părinților, astfel: E. Vladislav [64], I. Mitrofan [30], V. Olărescu [35, 36, 37], V. Olărescu & A. Veleanovici [42], V. Olărescu & G. Dumitriu [43], G. Cucu – Ciuhan [105, 106, 107, 108], M. Vîrlan [59, 60, 61], M. Păvălache [202, 203], V. Stratan [50], V. Gonța [20, 21], Iu. Racu [48], L. Chitoroga [9], L. Mîță [178], A. Veleanovici & G. Dumitriu [55], G. Marc [27], K. Treisman [54], R. Rapee & A. Wignall & J. Hudson [49], R. Friedberg & J. McClure [17], C. Schaefer & A. Drewes [218], R. Barkley [1], V. Satir [51], G. Landreth [26], M.E. Brianda & I. Roskam & M. Mikolajczak [95], F. Dolto [13], V. Oaklander [34], J. Biolley [2], R. Warshak [66], *totuși*:

- studiul literaturii de specialitate a evidențiat inexistența cercetărilor complexe ale tulburărilor de personalitate și a celor emoționale ale copiilor raportate la competențele și abilitățile parentale și la relația de coparentalitate a părinților aflați în situație de divorț;
- de asemenea, analiza literaturii științifice a dovedit lipsa cercetărilor realizate din perspectiva remedierii acestor tulburări prin dezvoltarea competențelor și abilităților parentale și prin îmbunătățirea relației de coparentalitate a părinților.

Având în vedere cele menționate, se impune necesitatea abordării psihologice complexe și integrate, o evaluare profundă a realității psihocomportamentale, un psihodiagnostic exhaustiv a copilului și a părintelui aflat în situație de divorț, prin implementarea programelor psihologice de intervenție care vor facilita atât dezvoltarea psiho-emoțională a copilului, cât și abilitățile parentale ale părintelui, pentru obținerea rezultatelor terapeutice scontate. Reieșind din cele punctate, am revendicat **Problema științifică**, ancorată pe mai multe întrebări: *Ce tulburări emoționale și de personalitate induce divorțul părinților în psihismul/personalitatea preadolescenților? Care metode sunt optime pentru a evidenția toate tulburările emoționale și de personalitate declanșate de divorțul părinților? Care sunt relațiile și competențele parentale declanșatoare a problemelor psihologice ale preadolescenților? Cum să structurăm mai eficient, ce metode vor fi*

relevante în intervenția psihologică cu preadolescenții părinților divorțați și însăși părinții aflați în divorț? În ce mod să desfășurăm ședințele individual/grup/diada?

Scopul cercetării: Identificarea predispozițiilor tulburărilor de personalitate și emoționale la copiii de 9-12 ani ai căror părinți au divorțat, estimarea competențelor parentale și a relației de coparentalitate pentru părinții divorțați ai copiilor, pentru facilitarea structurării intervenției psihologice orientate/centrate pe ameliorarea predispozițiilor tulburărilor de personalitate și emoționale identificate la copii și educarea/creșterea competențelor parentale și a relației de coparentalitate la părinți.

Obiectivele cercetării sunt stabilite în vederea studierii și analizei literaturii de specialitate privind domeniul studiat, elaborării și realizării proiectului de cercetare prin aplicarea unor metode și tehnici de investigare care să releve consecințele divorțului și a dinamicii parentale deficitare post-divorț asupra dezvoltării emoționale și a personalității preadolescenților, astfel:

- Identificarea predispozițiilor tulburărilor de personalitate ca și consecință a dinamicii divorțului la copiii cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani (preadolescenți);
- Evidențierea tulburărilor emoționale ca și consecință a dinamicii divorțului la copiii cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani (preadolescenți);
- Evaluarea și stabilirea/constatarea competențelor parentale ale părintelui rezident;
- Determinarea percepției asupra relației de coparentalitate a părintelui rezident;
- Structurarea și implementarea unui program de intervenție psihologică având ca obiectiv ameliorarea tulburărilor identificate la preadolescenți;
- Elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică având ca obiectiv îmbunătățirea competențelor parentale și a relației de coparentalitate din perspectiva părintelui rezident;
- Valorificarea programelor de intervenție psihologică aplicate preadolescenților și părinților;
- Emiterea de recomandări pentru intervenția psihologică asupra preadolescenților și asupra părinților acestora, în contextul traversării situației de divorț.

Ipoteza cercetării: presupunem că, competențele și abilitățile parentale, relația de coparentalitate ale părintelui aflat în situație de divorț sunt slab dezvoltate, insuficiente, astfel încât, ele afectează dezvoltarea psihică la general și în special, cea emoțională a copilului de 9-12 ani (patternul emergent de personalitate, starea emoțională, manifestarea comportamentală).

Elaborarea logică, determinată și implementarea programelor de intervenție psihologică la copiii și părintele cu care aceștia locuiesc, va remedia și dinamiza, atât dezvoltarea psihico-emoțională a copilului, cât și abilitățile parentale și relația de coparentalitate.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante constau în:

- *sistematizarea științifică a datelor din cercetările de domeniu;*
- *identificarea tulburărilor de personalitate ale copiilor de 9-12 ani, care traversează o situație de divorț;*
- *evidențierea tulburărilor emoționale ale copiilor de 9-12 ani, care traversează o situație de divorț;*
- *evaluarea și constatarea factorilor de risc care aparțin părinților și influențează sau determină apariția tulburărilor la copii de 9-12 ani;*
- *evaluarea și stabilirea competențelor parentale ale părintelui rezident;*
- *determinarea percepției asupra relației de coparentalitate a părintelui rezident;*
- *remediarea și ameliorarea tulburărilor de personalitate și a celor emoționale ale copiilor de 9-12 ani, a competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților, prin elaborarea și aplicarea unor programe de intervenție psihologică orientate asupra problematicilor identificate atât la copii cât și la părinți.*

Noutatea și originalitatea științifică. Pentru prima dată la nivel național:

- s-a realizat un studiu comparativ experimental, având ca și subiecți – copii de 9-12 ani care provin din familii divorțate și părinții rezidenți pe de o parte și copiii și părinții din familii organizate, pe de altă parte;
- s-a realizat studiul experimental cu privire la evidențierea tulburărilor de personalitate și a celor emoționale, ca și consecință a dinamicii divorțului parental pe care copiii de 9-12 ani îl traversează alături de părinții lor;
- s-au studiat experimental competențele parentale și relația de coparentalitate la părinții în divorț;
- s-au identificat tulburările de personalitate evidențiate în urma aplicării testelor psihologice ca și consecință a dinamicii divorțului, cu privire la stabilitatea emoțională, extraversia, conformismul și inhibarea copilului asociate cu comportamentele și conduita disfuncționale;
- s-au evidențiat tulburările emoționale consecință a divorțului: anxietate, depresie, simptome de stres, atașament disfuncțional;
- s-au evaluat și stabilit competențele parentale ale părintelui rezident în privința cunoașterii caracteristicilor etapei de dezvoltare a copilului, a suportului afectiv oferit, a managementului crizelor și a factorului de disciplinare;

- s-au evaluat și constatat factorii de risc care aparțin părinților și influențează sau determină apariția tulburărilor la copii;
- s-a determinat percepția asupra relației de coparentalitate a părintelui rezident (PR) manifestată cu părintele nerezident (PnR), relație care reprezintă un important factor determinant al apariției dezechilibrului la nivelul copilului și al familiei;
- s-au remediat și ameliorat tulburările de personalitate și a celor emoționale ale copiilor de 9-12 ani, a competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților, prin elaborarea și aplicarea unor programe de intervenție psihologică orientate asupra problematicilor identificate atât la copii cât și la părinți;
- s-au validat programele de intervenție psihologică pentru părinți divorțați rezidenți și pentru copii lor.

Semnificația teoretică a lucrării constă în:

- cercetarea, evaluarea și evidențierea particularităților tulburărilor de personalitate și a celor emoționale apărute la copiii (preadolescenți - 9-12 ani) aflați în contextul dinamicii separării părinților;
- cercetarea, evaluarea și evidențierea caracteristicilor parentale cu privire la managementul copilului și a dinamicii relaționale cu celălalt părinte;
- completarea bazelor teoretice ale științei psihologice cu rezultatele obținute în cadrul cercetării în privința cunoștințelor referitoare la specificul tulburărilor care pot fi determinate la copiii expuși, în mod direct sau indirect, unor situații conflictuale dintre părinții lor divorțați;
- evidențierea necesității parcurgerii unui program de intervenție psihologică pentru diminuarea problematicilor evidențiate, atât la copii de 9-12 ani, cât și la părinți.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în:

1. programul de intervenție psihologică elaborat, implementat și validat, care oferă un model alternativ de intervenție pentru ameliorarea tulburărilor de personalitate și a celor emoționale la preadolescenți, îmbunătățirea competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților;
2. programul de intervenție psihologică poate fi utilizat de către practicienii din domeniul psihologiei, care își desfășoară activitatea în cabinetele psihologice sau în instituțiile din sfera sănătății psihice a copilului;
3. datele teoretice și practice ale cercetării pot constitui surse de documentare pentru specialiști, dar și pentru părinții copiilor care prezintă tulburări de personalitate și emoționale;
4. setul de metode de evaluare selectate și propuse servesc la identificarea tulburărilor de personalitate și a celor emoționale ale preadolescenților, la evaluarea competențelor parentale și

a relației de coparentalitate ale părinților care contribuie la elucidarea relației dintre tulburările psihologice ale preadolescentului și abilitățile parentale ale părinților aflați în context de divorț.

Aprobarea și implementarea rezultatelor cercetării.

Rezultatele cercetării au fost prezentate, discutate și aprobate în cadrul ședințelor Școlii Doctorale de Psihologie a Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, în materialele publicate în revistele de specialitate, la conferințele științifice organizate în cadrul U.P.S. „Ion Creangă” și a Universității București. Detaliile relevante ale cercetării au fost prezentate la următoarele conferințe:

- Conferința Națională „*Abordare integrată în cercetarea și practica psihologiei medicale*”; Universitatea de Medicină, București, 2019;
- Conferința Internațională de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare „*Conexiuni virtuale în psihoterapie și dezvoltare personală. Restructurare și autotransformare*”; Universitatea București, 2020;
- Conferința Internațională a Institutului pentru Studiul și Tratamentul Traumei „*Stres, Traumă și Relaționare Umană*”, București, 2021;
- Conferința Națională de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare „*Căi de a fi împreună în procesul schimbării. Psihoterapia între realitate și dorință*”, București, 2021;
- Universitatea Pedagogică de Stat Ion Creangă, Masa rotundă „*Aspecte sociopsihologiceale securității copiilor în medii familiale și rezidențiale*”, Chișinău, 2022;
- Conferința Națională de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare „*Psihoterapia în prezent: adaptare, schimbare, regenerare*”, București, 2022;
- Conferința Științifică Internațională „*Știință și Educație: Noi abordări și perspective*”, Chișinău, Republica Moldova, 2023.
- Conferința Internațională „*Individual, family, society - contemporary challenges*”, Bucharest, 2023,
- Conferința de Psihoterapie Experiențială și Dezvoltare Personală Unificatoare „*Aici și acum privind spre viitor: tranziții terapeutice, integrare și dezvoltare*”, București, 2023;
- Conferința Științifică Internațională „*The Contemporary Issues of the Socio-Humanistic Sciences XIV th Edition*”, Doctoral School of Free International University of Moldova, 2023.

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

testul, experimente de constatare și de control, intervenții psihologice). Au fost utilizate următoarele chestionare și teste psihologice aplicate copilului și părintelui: Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory, adaptat și distribuit în România de Testcentral București, Hierarchical Personality Inventory for Children, adaptat și distribuit în România de Testcentral București, Chestionarul de evaluare a simptomelor copiilor adaptat și distribuit în România de către Cognitrom - România, Chestionarul de investigare a competenței parentale, autor Simona Glăveanu, Parental Stress Index - Fourth Edition elaborat de către Psychological Assessment Resources, S.U.A; *metode matematice și statistice parametrice* - detaliile descriptive au permis utilizarea unor metode statistice parametrice, astfel: în experimentul de constatare: *testul t* pentru eșantioane independente pentru calcularea diferențelor statistice între mediile obținute la eșantioanele cercetării; indicatorul *d Cohen* - mărimea efectului sau magnitudinea diferenței standardizate între mediile distribuțiilor pentru variabilele studiate; *testul Levene* și raportul *Hartley Fmax* pentru verificarea omogenității valorilor pe baza cărora au fost calculate mediile la nivelul variabilelor studiate; analiza de *regresie liniară* pentru a analiza rolul de predictor al variabilelor reprezentate de abilitățile parentale asupra trăsăturilor de personalitate și a celor emoționale ale copiilor; în experimentul de control: *testul ANOVA* pentru măsurători repetate cu design mixt pentru a analiza rolul intervenției terapeutice asupra variabilelor studiate.

Cercetarea experimentală are la bază un demers comparativ de evaluare psihologică și intervenție psihologică desfășurate în perioada 2019 – 2023, asupra unui număr total de 228 de copii cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani și 228 de părinți, delimitați astfel: 125 de copii și 125 de părinți divorțați rezidenți, cu care copiii locuiesc (PR) și 103 copii și 103 părinți proveniți din familii organizate.

Sumarul compartimentelor tezei. Teza este alcătuită din următoarele părți: adnotare în 3 limbi, lista abrevierilor, lista tabelor și figurilor, introducere, trei capitole, concluzii și recomandări, bibliografie, anexe.

În *Introducere* s-a abordat actualitatea și importanța temei de cercetare, problema științifică importantă soluționată, s-au formulat scopul și obiectivele tezei, inovația și noutatea științifică a investigației și a rezultatelor obținute, importanța teoretică și valoarea aplicativă a lucrării cu implementarea rezultatelor și aprobarea rezultatelor cercetării.

În *Capitolul 1*, intitulat „*Interferențe teoretico - științifice în cercetarea tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale în relație cu competențele parentale și coparentalitatea*” este realizată o incursiune teoretică din punctul de vedere al tulburărilor de personalitate și a celor emoționale ale copilului cu părinții divorțați, a dinamicii familiale și a caracteristicilor individuale ale părinților aflați în situație de separare, fiind studiată literatura de

specialitate din domeniu. Au fost definite conceptele de tulburări de personalitate și emoționale ale copiilor, competențele parentale și dinamica relațională a coparentalității părinților, fiind investigați factorii care determină disfuncționalități emoționale și comportamentale ale părinților și copiilor aflați în divorț. S-au evidențiat tipuri de tulburări ale copiilor, taxonomii ale competențelor parentale și ale relației de coparentalitate ale părinților, astfel cum sunt prezentate în literatura de specialitate și în cercetările realizate până în prezent. În virtutea apariției acestor problematici, au fost investigate consecințele la nivel emoțional și de personalitate, implicațiile care decurg pe termen scurt, mediu și lung, în privința dezvoltării copilului și a funcționalității familiale.

Capitolul 2, intitulat „Evaluarea tulburărilor de personalitate și a celor emoționale la copii, a competențelor parentale și a coparentalității” relevă scopul, obiectivele, ipotezele și metodologia cercetării experimentale. Sunt prezentate metodele și instrumentele utilizate, caracteristicile celor două loturi investigate (vârstă, gen, nivel de pregătire, tipurile de tulburări de personalitate și emoționale ale copiilor de 9-12 ani, nivelul competențelor și a relației de coparentalitate ale părinților), cu evidențierea relației dintre factorii familiali de risc care determină și influențează prezența tulburărilor la copii. Aplicarea testelor psihologice a evidențiat prezența unor patternuri comportamentale și emoționale ale copiilor aflați în situație de divorț: insubordonare, instabilitate, conformism, inhibare, comportamente disruptive, nivel scăzut al stabilității emoționale, dar și prezența anxietății, depresiei, furiei, disocierii, a simptomelor de stres, etc. De asemenea, în urma aplicării instrumentelor, au rezultat competențe parentale reduse în privința suportului afectiv, a managementului stresului și a crizelor, a disciplinării și relațiilor deficitare și conflictuale ale părinților. Este prezentat specificul și intensitatea acestor problematici atât ale copiilor cât și ale părinților acestora.

În *Capitolul 3, intitulat „Ameliorarea tulburărilor de personalitate și a celor emoționale ale copiilor și îmbunătățirea competențelor parentale ale părinților rezidenți”* este evidențiată caracteristica generală a experimentului formativ fiind prezentate obiectivele și principiile elaborării programului de intervenție psihologică, tehnicile, procedurile și metodele psihoterapeutice, etapele programului formativ individual, de grup și de familie, pentru copiii și părinții rezidenți ai acestora. Pe baza principiilor care ghidează intervenția psihologică, sunt expuse condițiile necesare pentru desfășurarea adecvată a experimentului formativ în ceea ce privește relația terapeutică, calitățile psihologului și cadrul terapeutic. Tot în cuprinsul acestui capitol, este expusă structura programului de intervenție, care cuprinde intervenția psihologică individuală, de grup și de familie, program ce are ca scop ameliorarea problematicilor evidențiate la copii și părinți. Programul de intervenție asupra copilului are în vedere în primul rând controlul

comportamentelor de risc ale copilului, reducerea distresului, controlul emoțional, creșterea stimei de sine, prelucrarea emoțiilor și cognițiilor asociate evenimentului separării parentale, îmbunătățirea abilităților de relaționare și a atașamentului, Intervenția psihologică asupra părintelui se concentrează pe dezvoltarea abilităților parentale în relație cu copilul și pe îmbunătățirea coparentalității în abordarea relațională a părintelui rezident cu celălalt părinte(PnR). În urma realizării programului formativ, este analizată eficiența intervenției psihologice implementată prin compararea rezultatelor copiilor și părinților din grupul de control cu cele ale copiilor și părinților din grupul experimental care a beneficiat de intervenție, fiind evidențiate rezultatele semnificative obținute, care susțin eficiența programului.

Concluziile generale și Recomandările prezintă sinteza rezultatelor finale ale cercetării și recomandările pentru profesioniștii care sunt implicați în studierea domeniului cercetat.

1. INTERFERENȚE TEORETICO - ȘTIINȚIFICE ÎN CERCETAREA TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE ȘI A TULBURĂRILOR EMOTIIONALE ÎN RELAȚIE CU COMPETENȚELE PARENTALE ȘI COPARENTALITATEA

1.1. Conceptualizarea tulburărilor de personalitate ale copiilor cu părinții divorțați

Deși copilăria este o perioadă de dezvoltare fluidă, dinamică și schimbătoare, cercetările au arătat că trăsături și modele specifice de percepție, relație și gândire care au apărut din interacțiunea factorilor genetici și psihosociali tind să fie relativ stabile. Aceste tipare de personalitate organizează și structurează calitatea experienței interne a copiilor, precum și strategiile lor defensive și de coping, relaționarea, procesele cognitive și adaptarea [35]. Dacă trăsăturile și configurațiile personalității devin rigide și persistente are sens să presupunem prezența unui tipar de personalitate emergent care necesită atenție clinică și planificare a intervenției timpurii pentru a preveni rezultatele negative asupra sănătății mintale.

Psihologia contemporană, generalizând și sprijinindu-se pe propriile cercetări are o poziție avansată în ceea ce privește reperele temporale ale dezvoltării copilului [86, 93]. Un factor fundamental al dezvoltării este reprezentat de mediul individului fiind în corelație cu avansul socio-economic și cultural care au condus la evoluția dezvoltării care se răsfrâng asupra tuturor dimensiunilor ființei umane [69]. Anii preadolescenței, reprezintă o perioadă de tranziție a dezvoltării. În această perioadă, dominantă este apariția de caracteristici ce exprimă tendințe de maturizare biologică și intensă dezvoltare a structurii personalității și a instalării planului gândirii formale de tip adult.

Unii autori, precum Diane Papalia [44], E. Verza și F.E. Verza [56] consideră că preadolescența face parte integrantă din adolescență sau din copilărie, în timp ce alți autori delimitează perioada preadolescenței ca perioadă distinctă, ca o trecere de la copilărie la adolescență [166, 229].

Problemele psihologice de natură clinică își găsesc deseori rădăcina în expresiile timpurii ale trăsăturilor stabile de personalitate aflate în formare, dincolo de surprinderea simptomelor clinice izolate, formând patternuri de personalitate emergente [34].

Identificarea și diagnosticarea problemelor psihologice la copii este foarte importantă pentru că acestea pot duce la tulburări psihologice la vârsta adultă [102]. De fapt, jumătate din totalul tulburărilor debutează până la vârsta adolescenței[106].

Zuckerman considera că personalitatea umană ar putea fi redusă la două dimensiuni fundamentale de ordin temperamental: tendința de abordare comportamentală (incluzând sociabilitate, impulsivitate, agresivitate) și tendința de evitare/inhibare comportamentală

(nevrotism, anxietate), aceste caracteristici fiind vizibile foarte devreme la copii, cele două tendințe fundamentale constituind un teren preexistent care pot conduce la dezvoltarea diferențiată a personalității adultului de mai târziu [130]. Aceste două tendințe sunt puse în corespondență cu modul în care copilul abordează pericolele și provocările majore de viață, ceea ce permite dezvoltarea unui mod de encodare și de activare a schemelor de răspuns pe care copilul le poate sedimenta de-a lungul experienței sale. Prin urmare, unele experiențe, inițial externe, se internalizează și devin situații interne, uneori inconștiente, ce activează și întrețin un pattern de comportament.

Asocierea dintre tensiunile familiale cauzate de tranzițiile privind separarea părinților și efectele adaptării copilului la schimbările separării, a fost stabilită în numeroase studii care evidențiază nivelul mai ridicat de probleme emoționale și de comportament, atât la nivel externalizant (comportament antisocial, noncompliant, agresivitate), cât și la nivel internalizant (comportament inhibat, retras, anxietate, depresie), cu un nivel mai scăzut de responsabilitate socială, stimă de sine și competență socială și cognitivă, la copiii și adolescenții care trăiesc în cămine litigioase sau în familii divorțate în comparație cu cei din familii armonioase și nedivorțate [125].

Personalitatea legată de schimbările specifice vârstei în funcționarea mentală a copiilor, inclusiv modalitățile de organizare a experienței subiective, de relaționare cu ceilalți, de confruntare cu dificultățile și de adaptare la mediul extern, este lipsită de stabilitate și flexibilă. În acest context, este dificil de distins caracteristicile tipice ale dezvoltării psihologice normale a copiilor de semnele și simptomele mai multor sindroame psihopatologice care sunt optime pentru adulți, dar nu neapărat pentru copii [3, 131].

Allport a evidențiat că un rol important în dezvoltarea personalității copilului îl joacă mediul familial și cel socio-cultural, deoarece personalitatea este un sistem în cadrul unei matrice de sisteme socio-culturale. Ea este o „structură internă” interacționând cu alte „structuri externe” (care ar putea să nu existe deloc dacă sistemele constitutive ale personalității ar fi distruse). Dar nici un sistem dat al personalității nu ar putea fi ceea ce este (sau ar dura mult timp în a se constitui), fără sistemele colective înconjurătoare. Structura personalității permite un interval de variabilitate. Trăsăturile și atitudinile sunt structurate în cadrul unor limite superioare și inferioare. Datorită acestei libertăți, personalitatea poate întâmpina mai ușor credințele culturii sale, ale situațiilor de moment și ale rolurilor sale. În virtutea acestei flexibilități, prezente atât în cadrul sistemului personalității, cât și în cel social, se realizează în mod normal o adaptare reciprocă și o intersecție reușită [69].

Teoria lui Zimbardo considera faptul că, dacă vrei să schimbi o persoană sau să preîntâmpini

deraieri comportamentale grave, atunci ar trebui în primul rând, să schimbi situația în care se află persoana. Astfel că, paradigma după care ar trebui conduse intervențiile, este aceea prin care, focalizarea pe un mediu sănătos, echilibrat, să asigure un impact pozitiv al variabilelor personalității și un sistem de răspuns adecvat la variabilele situaționale externe [228].

Studiile de analiză a factorilor de influență asupra dezvoltării copilului demonstrează că perioada petrecută în familie este decisivă pentru evoluția personalității și integrarea socială [38], modelul adultului și relațiile familiale impregnează modelele de dezvoltare socială ulterioară, precum și succesul social al individului. O dezvoltare integrală a personalității copilului necesită studiul multiplelor predispoziții genetice, dar și al influențelor mediului, al contextului său de viață, care trebuie să includă identificarea formelor de sprijin și stimulare necesare [47].

Personalitatea viitorului adult este determinată de modul în care părinții înțeleg să-l educeși să-l formeze, întrucât familia poate crește sau diminua încrederea în sine, creativitatea, dezvoltarea aptitudinilor. Capacitatea de a se raporta la viață, nivelul de competență, gradul de înțelegere depind de modul în care, în copilărie, s-au format anumite imagini despre capacitățile și potențialul copilului [7, 46].

Această situație este cu atât mai vizibilă în ceea ce privește cantitatea și calitatea afectelor manifestate în cadrul familiei; de exemplu, un climat familial lipsit de securitate emoțională va genera copilului o percepție asemănătoare asupra realității din mediul social: aceasta va părea instabilă, periculoasă, greu de controlat, ceea ce îl va determina pe copil să manifeste reținere, să aibă dificultăți de relaționare, să se simtă incapabil să facă față unui mediu pe care îl percepe ca fiind ostil [35, 194].

Lyddon și Sherry acordă o mare importanță teoriei atașamentului în formarea și dezvoltarea personalității, apreciind că aceasta asigură un cadru viabil pentru înțelegerea dezvoltării și menținerii tulburărilor de personalitate, cu implicații deosebite în consilierea clienților cu probleme provenite în cursul dezvoltării personalității. Ei continuă linia de cercetări care făceau referire la conceptul de „stilurile dezvoltării personalității”, înțeles și explicat prin intermediul stilurilor de atașament, evoluției adaptării și relațiilor afective maladaptative [175]. Asumpția fundamentală în cercetarea atașamentului asupra copiilor este aceea că răspunsurile sensibile ale părinților la nevoile copiilor determină un atașament sigur, în contrapondere cu lipsa răspunsurilor pozitive care determină nesiguranța, deci un atașament nesigur, creând premisele dezvoltării unor tulburări de personalitate [52, 187].

Studii longitudinale au susținut de asemenea, ipoteza că participarea și expunerea copilului la evenimente adverse de viață crește riscul dezvoltării tulburărilor de personalitate [225]. Studiile au constatat că instabilitatea familiei și lipsa afecțiunii și a supravegherii părintești în timpul

preadolescenței și adolescenței prezic formarea unor personalități dependente și pasiv-agresive [96, 98]. Cercetările au indicat rezultate semnificative la pacienți cu tulburări de personalitate care raportează antecedente privind divorțul părinților sau manifestări de abuz și neglijare din partea acestora în perioada copilăriei, rezultate care au fost asociate cu niveluri ridicate ale simptomelor unor tulburări de personalitate antisociale, evitante, borderline, dependente, pasiv-agresive, în perioada adultă timpurie [185, 204].

Date colectate în cadrul unui studiu prospectiv longitudinal de mare amplitudine pe un eșantion epidemiologic de copii au fost utilizate pentru a identifica factorii de risc familial pentru psihopatologia viitoare care au identificat, ca factor de risc pentru prevalența tulburărilor psihopatologice în copilărie, divorțul asociat cu conflictul parental [227].

Relația părinte-copil și asocierea acestuia cu dezvoltarea tulburării de personalitate borderline au fost investigate de Boucher [94] în revizuirea sistematică a 40 de studii în principal transversale, care au explorat perspectivele persoanelor studiate și au descoperit o serie de factori determinați ai problematicei, raportând îngrijire parentală inadecvată (insuficientă sau supraprotejare), inconsistență parentală generată de separarea părinților, atitudini parentale negative.

Cinci analize sistematice au explorat rolul practicilor parentale dezadaptative ca factor de risc psihosocial pentru dezvoltarea tulburării de personalitate realizate cu scopul de a identifica progresul în acest domeniu, necesar pentru a rafina teoriile de dezvoltare, pentru a descoperi mecanisme etiologice, pentru a îmbunătăți depistarea timpurie și pentru a atinge obiectivul final de prevenire [239].

Keinanen și colab. au analizat în mod sistematic 51 de studii de caz care examinează factorii de vulnerabilitate psihosocială pentru tulburarea borderline. Autorii au identificat familia, respectiv, comportamentul/stilul parental, climatul familiei și relația părinte-copil asociată cu expunerea la un mediu ostil interparental și dimensiunea parentală afectivă reprezentată prin căldură scăzută, ostilitate și comportamente corective dure [159].

Efectele statutului familial asupra traiectoriei personalității au fost evidențiate la copiii în vârstă de 1-10 ani și a tulburărilor psihiatrice asociate apărute mai târziu, au fost examinate într-un studiu complex care a cuprins un eșantion de 648 de copii [162]. Modelele de statut familial înainte și după divorț au determinat rezultate ale tulburărilor de internalizare variate la copiii care au traversat experiența de divorț [205]. Riscul crescut de tulburări perturbatoare a fost mai răspândit pentru băieții și fetele din familia separată față de copiii din familia intactă [164].

Trauma copilului și asocierea acestuia cu caracteristici limită la copii a fost investigată de o serie de cercetători prin revizuirea sistematică a unor studii de cohortă longitudinală, prin care au

concluzionat că, în general, abuzul este un factor de risc pentru caracteristicile limită ale personalității la copii și adulți, riscul fiind crescut de severitatea abuzului [33, 96]. Neglijarea și conflictul părinților, dificultățile de creștere și dezvoltare ale acestora din propria copilărie, abuzul sexual și fizic, pot determina etiologia pentru dezvoltarea tulburării de personalitate borderline. Factorii de risc psihosociali: „părinți nefavorabili”, comportamentul/stilul părintesc, climatul familiei și relația părinte-copil au fost evidențiați și susținuți printr-o serie de studii în care au fost asociați cu factorii de vulnerabilitate pentru apariția tulburării de personalitate borderline [115, 139].

Mai mult, pe fondul existenței unor caracteristici parentale sub formă de psihopatologie și siociopatologie ale părinților, istoric de pierdere, de separare sau de abuz, trăsăturile de personalitate parentală asociate cu evenimente de viață negative, conflicte parentale, crează premisele caracteristicilor de personalitate ale copilului [154, 160]. Prezența diagnosticului matern poate determina rezultate parentale deficitare prin interacțiuni mai puțin satisfăcătoare, mai mulți factori de risc cognitiv-comportamentali, dificultăți de relaționare mamă-copil și o sănătate mintală mai slabă, afectând dezvoltarea echilibrată copilului [204].

Potențialul efect al separării părinților în timpul adolescenței timpurii asupra problemelor de externalizare și internalizare, din perspectiva satisfacerii nevoii de autonomie și a nevoii de apartenență ca și componente de personalitate privind relaționarea, a condus la evidențierea corelației dintre contextul separării părinților și creșterea problemelor de externalizare [220]. În special la băieți, relațiile prospective oferite de analizele longitudinale au întărit ideea conform căreia comportamentul părinților conflictuali și inaccesibili în perioada separării poate avea consecințe grave asupra dezvoltării personalității copilului (subcontrolul impulsurilor, agresivitate și energie excesivă) [130].

În urma unui studiu amplu privind caracteristicile personalității și corelarea acestora cu mediul de dezvoltare familială și cu funcționarea adecvată a familiei, Fortunato și colab. au susținut faptul că, au fost identificate trăsături de personalitate pe baza unui spectru larg de dimensiuni cognitive, afective și comportamentale, taxonomie care include categorii de personalitate și criterii de diagnostic pentru a stabili personalitățile emergente ale copiilor într-un mod bazat empiric, robust din punct de vedere psihologic și semnificativ clinic [139]. Personalitățile schizoide și schizotipale au fost corelate cu retragerea, precum și cu probleme sociale, de gândire și de atenție, probabil din cauza detașării severe a copiilor de relațiile interpersonale, a gamei lor foarte restrânse de expresii și emoții, împreună cu prezența unor credințe neconvenționale și a unor comportamente ciudate [174]. Personalitățile obsesiv-compulsive care se caracterizează printr-o preocupare generalizată pentru ordine, perfecționism

și control mental și interpersonal - în detrimentul flexibilității, deschiderii și eficienței au fost asociate cu anxietate/depresie și probleme sociale și de gândire [72]. Dimpotrivă, personalitățile dependente și evitante au evidențiat o corelație ridicată cu anxietatea/depresia și retragerea, precum și cu problemele sociale, de gândire și de atenție[31, 166]. Personalitățile borderline și histrionice, care se disting printr-o capacitate deficitară de reglare a emoțiilor și tendința de a acționa în funcție de impulsuri, au prezentat o corelație semnificativă și pozitivă cu problemele de externalizare care au fost, de asemenea, legate de personalitățile antisocială, narcisistă și pasiv-agresivă, luând în considerare atitudinea acestor pacienți de a fi furioși sau ostili, egocentrici și lipsiți de empatie [77, 157].

Identificarea traiectoriilor de dezvoltare a configurațiilor psihopatologice prin luarea în considerare a personalității copilului și a dinamicii sale de dezvoltare de bază permite predicții diagnostice mai specifice și promovează intervenții mai oportune [80]. Pot fi făcute diverse considerații privind personalitatea copilăriei și continuitatea acesteia pe parcursul dezvoltării. Este de remarcat faptul că, în conformitate cu literatura de specialitate, unele personalități prezintă continuitate homotipică de la copilărie până la adolescență și la maturitate, de regulă cele caracterizate prin sănătate psihologică [59, 119]. Necesitatea de a acorda o mai mare atenție detectării și identificării timpurii a caracteristicilor și modelelor de personalitate în copilărie poate preveni expunerea copiilor la consecințe marcante pe termen lung, cu un risc crescut de a dezvolta afecțiuni clinice severe în adolescență sau la vârsta adultă [92].

Relația dintre legăturile parentale și formarea prototipurilor comportamentale ale copilului a fost dovedită în studiul privind implicarea a doi factori de îngrijire a părinților, respectiv, respingere parentală și supraprotecție parentală ale fiecărui părinte care a evidențiat dezvoltarea prototipurilor inhibitate/autocritice și disforice/dependente ca dimensiuni de personalitate [138]. Personalitatea depresivă, caracterizată printr-o concentrare negativă asupra propriei persoane, o emoționalitate negativă ridicată și o reactivitate crescută la stres a fost identificată în stadii timpurii ale adolescenței, s-a menținut și tinde să fie persistentă și continuă în diferite stadii de dezvoltare, până în stadiul de adult. Au fost identificate mai multe origini potențiale ale trăsăturilor personalității depresive, inclusiv un istoric de adversitate familială și/sau depresie maternă [212].

În ceea ce privește personalitatea instabilă și cea cu tendințe impulsive care caracterizează comportamentul copiilor, este probabil să existe o predispoziție la tulburări de personalitate histrionică la vârsta adultă și narcisică sau antisocială [123]. Factorii de mediu și diferitele traiectorii de personalitate interferează în adolescență atunci când întâlnesc un corp pubescent cu relaționarea grupului de covârșnici, formând o diferență utilă din punct de vedere clinic, care permite să se înțeleagă nuanțele personalității în copilărie, ceea ce nu este la fel de evident ca și la

adulți [237].

În concordanță cu literatura de specialitate, personalitățile paranoice emergente, relativ rare în copilărie, care reprezintă modele omniprezente de neîncredere și ostilitate au fost corelate în principal cu comportamentul agresiv și problemele sociale [192]. Dimpotrivă, personalitățile schizoide și schizotipale au fost corelate cu retragerea, precum și cu probleme sociale, de gândire și de atenție, probabil din cauza detașării severe a copiilor de relațiile interpersonale, a gamei lor foarte restrânse de expresii și emoții, împreună cu prezența unor credințe neconvenționale și a unor comportamente bizare [156].

1.2. Conceptualizarea tulburărilor emoționale ale copiilor cu părinții divorțați

O serie de factori au un impact major asupra adaptării copilului după divorțul părinților, unul bine stabilit fiind nivelul conflictului parental în timpul și după divorț.

În cazul divorțurilor cu grad înalt de conflict parental, există o serie de consecințe de ordin emoțional asupra copilului, dificil sau imposibil de abordat din perspectivă psihologică, dacă nu se produce o restructurare de dinamică la nivelul relației dintre cei doi părinți, în urma divorțului [98].

Unii consideră că instabilitatea familială este o problemă majoră de sănătate publică pentru copii; alții consideră că divorțul este relativ inofensiv, chiar o schimbare pozitivă, în special pentru femeile cu căsnicii nefericite sau pentru copiii expuși la conflicte puternice [193, 200].

Cercetările au documentat faptul că divorțul/separarea părinților este asociat cu un risc crescut de probleme de adaptare ale copiilor și adolescenților, inclusiv dificultăți academice (de exemplu, note mai mici și abandon școlar), comportamente perturbatoare (de exemplu, probleme de comportament și de consum de substanțe) și numeroase tulburări emoționale [100].

La nivelul cercetărilor științifice, s-a evidențiat o incidență semnificativă în privința *tulburărilor de anxietate și a tulburărilor depresive* la copiii cu părinții divorțați, în special dacă aceștia au mai puține surse potențiale de reziliență și de sprijin social [221].

În analiza factorilor socio-psihologici determinanți ai anxietății la preadolescent, atenția cea mai mare se acordă factorilor ce țin de mediul familial al preadolescentului, considerându-le drept cadru hotărâtor al dezvoltării personale a acestuia [37].

Anxietatea ca stare de teamă și de încordare este prezentă la copii, de obicei, asociată cu: manifestări motorii - ticurile motorii reactive la o situație de conflict și tensiune interioară, manifestări vegetative - transpirații, uscăciunea gurii, dureri abdominale, diaree, sau cu expresii somatice - tulburări de somn, tulburări de alimentație, acuze hipocondriace. Copilul anxios trăiește cu un sentiment de teamă permanentă, cu o așteptare ca și cum ceva teribil urmează să se întâmple,

având caracter anticipator [160]. Manifestări concrete ale anxietății sunt des întâlnite în experiența clinică în contextul copiilor cu părinții aflați în divorț/divorțați, astfel de manifestări fiind: iritabilitate, furie, refuzuri, capricii; nevoia de a avea un adult în preajmă, de a fi liniștit; temeri privind acțiuni sau comportamente anterioare; culpabilitate. Astfel de stări prezintă schimbări în cursul dezvoltării copilului atât în natura lor cât și în posibilitatea de răspuns. Unele nu mai există, iar altele se intensifică pe măsura dezvoltării și traversării unor contexte situaționale adverse.

De regulă întâlnită la copiii mici ca un comportament considerat normal, *anxietatea de separare*, se evidențiază prin teama copilului privind separarea de figura principală de atașament care se reactivează în contextul separării părinților, indiferent de vârstă. Sentimentul de separare de părinți reprezintă un traumatism sever cu implicații imediate sau tardive asupra dezvoltării intrapsihice a preadolescentului și asupra procesului de integrare a acestuia mai ales când intervine și coincide cu vârsta preadolescentă [140]. În cazul copiilor ai căror părinți au divorțat, simptomele anxietății de separare sunt de cele mai multe ori semnificative clinic, frica de a nu rămâne fără persoana percepută ca fiind de protecție, de a nu fi separat și despărțit sau chiar abandonat de aceasta, este un comportament foarte prezent. Stările emoționale pot fi de intensitate diversă și cu manifestări variate: îngrijorare, neliniște, teamă exagerată și persistentă, proteste prin plâns, țipăt, apatie, refuz de a dormi singur, somn neliniștit cu vise terifiante, coșmaruri implicând tema separării, comportament de ”agățare” și pavor nocturn [145]. La acestea se pot adăuga unele acuze somatice cum ar fi: dureri de cap, de stomac, scaune diareice, vărsături și febră, simptome neurovegetative specifice: transpirația, paliditatea, eritemul facial.

Cercetările realizate în acest sens de către Kossowsky et al, sugerează că tulburarea de anxietate de separare din copilărie poate fi asociată cu un risc sporit de dezvoltare a altor tulburări la vârsta adultă [164]. Autorii au efectuat o meta-analiză pentru a examina relația dintre tulburarea de anxietate de separare din copilărie și psihopatologia viitoare, un diagnostic de tulburare de anxietate de separare în copilărie crește semnificativ riscul de tulburare de panică și de orice altă tulburare de anxietate în perioada adolescenței sau la vârsta adultă [140]. Rezultatele unui studiu longitudinal asupra copiilor cu niveluri clinice de anxietate de separare susțin constatările anterioare ale literaturii de specialitate, evidențiind un număr disproporționat mai mare de diagnostice comorbide, preocupări somatice, anxietate și comportament internalizant general semnificativ mai mari la copiii care experimentează o suferință stabilă și semnificativă în corelație cu variabile parentale și familiale [160].

Evenimentele de viață traumatice și atitudinile părinților sunt discutate ca posibili factori etiologici pentru *tulburările de panică* [80], care se pot manifesta în contextul unei tulburări anxioase sau cognitive a copiilor, fiind o consecință a experiențelor stresante, a unui atașament

anxios sau unui mediu familial cu nivel ridicat de stres. Atacurile de panică pot fi neașteptate adică nu sunt asociate cu un declanșator specific sau pot fi legate de o situație, însă apar aproape întotdeauna la expunerea la un declanșator specific sau la anticiparea acestuia, dar nu sunt invariabil asociate cu acel declanșator [119]. Manifestările pot varia, de la forma unor stări de frică, ritm cardiac accelerat, transpirații, dificultăți de respirație, disconfort la nivelul pieptului, dureri abdominale, vărsături, greață, până la simptome exagerate și invazive ca: leșin, stare de pierdere a echilibrului și a controlului, stări de sufocare, senzație de ireal, stare de moarte iminentă [28].

Atunci când îngrijorarea copilului devine persistentă și nerealistă, nu se concentrează asupra unui obiect sau a unei situații specifice și prezintă griji excesive cu privire la performanțele și competențele școlare sau evenimentele sportive, cu privire la siguranța personală și a membrilor familiei, sau cu privire la dezastre naturale și evenimente viitoare, se evidențiază simptomatologia pentru *anxietatea generalizată*, întâlnită mai frecvent la fete. Simptomele impun o suferință accentuată și interferează cu funcționarea socială, emoțională și educațională, fiind însoțite de simptome fizice, cum ar fi dureri de cap, tensiune, neliniște, tulburări gastrointestinale și palpitații cardiace. Pot apărea, de asemenea, probleme legate de tensiunea musculară, inclusiv tremurături, contracții, senzație de tremurat și dureri musculare care nu pot fi explicate examinarea medicală [141]. Ca manifestări și trăiri, copiii sunt acaparați de griji și preocupări pe care nu le pot gestiona, o parte dintre aceștia, devin interesați excesiv de performanța lor academică sau sportivă, perfecționiști dar deopotrivă nesiguri pe ei, căutând permanent aprobarea părinților [198]. Contextul familial, precum și sistemul uman mai larg din care face parte preadolescentul reprezintă factori importanți în etiologia anxietății în preadolescență, având în același timp repercusiuni importante asupra relațiilor interpersonale, dar pot interfera și cu activitățile de zi cu zi ale copilului [106].

Asociate, de regulă, cu tulburările anxioase, *tulburările de dispoziție* întâlnite la copii prezintă simptome mai mult sau mai puțin severe, evidențiate prin episoade depresive care se pot declanșa ca și consecință a unor factori ce țin de dinamica separării, cel mai frecvent fiind întâlnită situația percepută de către copil ca o pierdere, separarea părinților fiind un fapt care presupune a nu mai avea lângă sine un părinte [88, 109]. În cazul situațiilor conflictuale dintre părinți la care copilul asistă sau este parte, se pot manifesta elemente specifice unui abuz emoțional, care au ca și consecință tulburări de dispoziție [100]. Din perspectivă clinică, semnele și simptomele apărute sunt diverse, în funcție de vârsta copilului manifestate prin: apatie, scăderea sau creșterea apetitului alimentar, insomnie sau hipersomnie, plâns facil, iritabilitate, lentoare motorie și verbală, scăderea imaginii de sine și sentimente de lipsă de speranță [79].

Deși simptomele sunt mai puțin severe decât cele observate în depresia majoră, rareori întâlnită la copii, tulburarea distimică cu debut în copilărie se caracterizează printr-o dispoziție depresivă sau iritabilă persistentă și de lungă durată [196] care poate fi stabilită ca diagnostic în situația în care copilul sau adolescentul are o stare depresivă sau iritabilă o perioadă de cel puțin un an. Rogers și Spalding subliniază faptul că, tulburarea se întâlnește frecvent la copiii neglijăți de părinții lor, preocupați mai degrabă de înfruntările reciproce, copii provenind din familii cu dificultăți de exprimare emoțională și de comunicare, cu un mediu familial intens conflictual [211].

Evenimentele adverse de viață afectează în mod negativ copilul, care dezvoltă simptome depresive sau anxioase, dar care pot determina îndeplinirea criteriilor de diagnosticare pentru *tulburările de stres*, stările emoționale dezechilibrate caracterizate printr-o frică intensă, oroare, neputință, fiind asociate cu reexperimentarea traumei (coșmaruri, amintiri intruzive, flashback-uri, joc traumatic) [221, 241]. Experiența clinică evidențiază în cadrul activității ludice jocul care devine repetitiv și poate avea ca subiect evenimentul traumatic. De regulă, se recurge la evitarea declanșatorilor traumatici, a amintirilor și a situațiilor care îi pot rememora copilului evenimentul traumatic. Tulburarea de stres determină dezechilibre pe plan neurofiziologic: dificultăți hipnice referitoare la insomnie de trezire, teama de întuneric, teama de a dormi singur [28]. Deseori se întâlnește o stare de excitabilitate, hipervigilență, irascibilitate, incapacitatea de a trăi emoții pozitive și reacție de tresărire exagerată. În cazul copiilor ai căror părinți s-au aflat într-o situație de conflict de lungă durată se remarcă o întârziere în dezvoltare. Studiile asupra copiilor cu tulburare de stres posttraumatic au replicat constatări mai mici ale hipocampului, ceea ce sugerează că volumul mai mic al hipocampului poate fi cauzat de experiențele de neurodezvoltare în medii de interacțiune cu stress [86].

Riscul incidenței tulburării de stres este crescut la copiii care au fost expuși la o situație conflictuală dintre părinții lor sau au fost implicați chiar ei într-o astfel de situație, întrucât părinții reprezintă persoane semnificative cu care copilul dezvoltă relații de încredere. Tulburarea de stres se poate manifesta accentuat în contextul apariției la copil a sentimentului devinovăție, frecvent întâlnit în situația separării parentale, sentiment care îi intensifică simptomele [89].

Tulburările de anxietate, tulburările de dispoziție și tulburările de stres produc frecvent simptome fizice. Clinicienii trebuie să excludă simptomele somatice datorate unei alte afecțiuni înainte de a lua în considerare un diagnostic de tulburare cu simptome somatice care sugerează o distorsiune în percepția sau interpretarea simptomelor [165]. *Somatizarea* este frecventă în cadrul conflictelor familiale și a evenimentelor majore de viață, cum ar fi pierderea sau divorțul părinților la nivelul de dezvoltare al preadolescenței [177]. Davidson a investigat mecanismele biologice care ar putea fi afectate de traumele din copilărie, în general și de conflictul parental ridicat în

special, astfel că, în cercetările realizate s-a evidențiat relația pozitivă dintre expunerea la conflictul/trauma parentală ridicată și sistemul biologic de răspuns la stres (axa hipotalamo-hipofizară adrenocorticală și sistemul nervos simpatic), somnul și inadaptarea psihologică a copilului care a experimentat un divorț cu nivel înalt de conflict parental [113].

Acele tulburări care au simptome somatice și sugerează o problemă medicală, dar care sunt de cele mai multe ori o consecință a unor situații cu potențial traumatic sau de abuz, sunt explicate de *tulburările somatice*. Mecanismul de internalizare a simptomelor determinate de o suferință psihologică persistentă, este frecvent întâlnit în rândul copiilor [203], care dezvoltă adesea simptome somatice comune fără nicio explicație medicală, cele mai frecvente fiind: durerile, oboseala și amețelile, ratele de prevalență estimate fiind mai consistente la fete decât la băieți [161]. O serie de cercetări realizate au examinat interrelațiile dintre reactivitatea cortizolului la copii și reactivitatea lor psihologică la conflictul interparental [221], faptul că asocierile dintre stres și nivelurile ridicate de cortizol ca răspuns la conflictul interparental au fost deosebit de pronunțate atunci când copiii au prezentat niveluri ridicate de implicare în conflicte [114]. Un studiu al lui El-Sheikh, Harger et al, a evidențiat faptul că reglarea fiziologică a copilului în relația dintre expunerea la conflictul marital verbal și fizic al părinților și adaptarea și sănătatea fizică a acestuia, prin măsurarea tonusului vagal în funcție de ritmul cardiac și respirator i-a protejat pe copii împotriva creșterii problemelor de externalizare, internalizare și desănătate [123].

Separarea sau divorțul părinților, conflictele interparentale de nivel ridicat, violența, de cele mai multe ori împotriva figurii materne, pot perturba stabilitatea și echilibrul unui copil, astfel de experiențe adverse de viață determinând perturbarea conștiinței, memoriei, identității sau percepției mediului, simptomatologia fiind caracteristică *tulburărilor disociative* [207]. Copiii care manifestă astfel de tulburări experimentează de obicei un stres cronic puternic, cu impact evident asupra instabilității și lăbilității lor emoționale, exprimându-și uneori tendința la comportamente de automutilare. Confruntarea cu conflictele familiale persistente pot determina copilul să adopte disocierea ca mecanism de apărare la situațiile dureroase pe care le traversează și la care nu poate face față [102]. Trăirea subiectivă a evenimentului separării părinților și reacția emoțională a copilului reprezintă factori de risc individuali care, pe fondul unei fragilități anterioare, pot conduce la o formă de disociere cu rol în a îndepărta impactul evenimentelor cu potențial stresor [20].

Implicațiile clinice și efectele divorțului părinților sunt evidențiate și în sistemul de atașament al copilului, în ceea ce privește caracteristicile cheie ale teoriei atașamentului luând în considerare: sistemul de control comportamental inadecvat, relaționarea socială, modul în care relația parentală disfuncțională afectează relațiile copilului actuale și funcționarea lui ulterioară

ca adult, fiind trăsături care formează *tulburări de atașament* în sistemul psihologic al copilului [97]. Manifestările clinice pot evidenția pe de o parte, un comportament dezinhibat prin care copilul poate expune un pattern de atașament neclar, cu o sociabilitate nediscriminativă și o capacitate diminuată sau absentă de a selecta figurile de atașament, iar pe de altă parte, un comportament inhibat, în care copilul este neputincios să inițieze și să răspundă adecvat la interacțiunile cu ceilalți, prezentând un pattern exagerat de răspunsuri inhibate, hipervigilente și peste măsură de ambigue, un amestec de apropiere și de evitare [214]. Un sistem de control comportamental, evaluarea parentalității, transformarea calității parentale și a rolului modelelor de îngrijire prin sisteme de intervenție psihologică în urma destrămării familiei, conduc la o valoare adaptativă a atașamentului și reduc tulburările de atașament ale copilului. Considerentele legate de stilul de atașament al copilului în divorț implică pe de o parte, evaluarea legăturii dintre părinți și copil, iar pe de altă parte se poate concentra pe legăturile dintre frați și pe implicațiile acestora cu privire la planurile parentale după divorț, cum ar fi deciziile legate de domiciliul copiilor, în situația existenței în familie a doi sau mai mulți minori [222].

Faber și Wittenborn au studiat și au relevat faptul că, siguranța atașamentului oferă un tampon și încurajează reziliența copiilor care se confruntă cu divorțul, teoria atașamentului din această perspectivă oferă o bază teoretică solidă pentru evaluarea și tratarea clinică a copiilor cu părinți divorțați și/sau recăsătoriți pentru reducerea problemelor de adaptare și încurajarea rezilienței [129].

Divorțul poate fi responsabil pentru un declin al sănătății fizice și psihologice la copii, neadaptarea acestora fiind declanșată de o serie de factori de risc asociați cu divorțul, cum ar fi conflictul interparental, psihopatologia parentală, declinul nivelului socio-economic, inconsecvența stilurilor parentale, o relație de co-parenting paralelă și conflictuală între părinți și niveluri scăzute de sprijin social [223]. Astfel de factori de risc pot declanșa *tulburări de adaptare*, marcate de simptome psihopatologice, performanțe școlare slabe, comportamente de risc, răspunsuri psihofiziologice exacerbate la stres și slăbirea sistemului imunitar, reprezentând o deteriorare semnificativă în funcționarea socială și școlară a copiilor [158, 174]. Simptomele și comportamentele manifestate de către copil conduc la o deteriorare semnificativă în funcționarea școlară și socială a acestuia [41].

Dincolo de toate aceste problematice dar în strânsă legătură cu acestea copilul, de obicei aflat în situația în care părinții sunt angajați într-un divorț cu grad înalt de conflict, poate crea o alianță cu unul dintre părinți și respinge relația cu celălalt părinte, fără a avea o justificare legitimă, comportament care determină apariția *tulburării de alienare parentală* [55]. Simptomul de rezistență și de refuz al copilului de a avea contact cu părintele înstrăinat, se asociază cu o serie

se semne clinice care apar frecvent în cadrul acestei tulburări, în special dacă aceasta atinge un nivel moderat sau sever, ca de exemplu: lipsa de ambivalență privind părinții, convingerile, animozitățile copilului și desconsiderarea cu privire la părintele înstrăinat [64].

1.3.Particularități ale competenței parentale și ale coparentalității la părinții divorțați

Literatura de specialitate și cercetările din domeniu evidențiază modul în care copiii experimentează, în urma divorțului părinților, o multitudine de probleme de ordin psihologic care creează perturbări în capacitatea relațională și de adaptare socială a copilului [179]. O serie de factori influențează tipul, severitatea și persistența acestora, factori care depind de caracteristicile individuale ale copilului și de caracteristicile familiale, de modul în care părinții gestionează divorțul, precum: competența parentală și relaționarea post-divorț a părinților, existența conflictului parental, rețeaua de suport, existența unui nou partener al unuia dintre părinți, schimbările de mediu [168]. Astfel că, adaptarea copilului la noul context depinde în principal de modul în care părinții gestionează situația de separare, existând divorțuri în care acomodarea copilului se poate realiza mai puțin traumatizant și fără consecințele emoționale consistente [124].

Însă, nu întotdeauna copiii provenind din familiile care experimentează o situație de separare legală prezintă o simptomatologie ce poate permite stabilirea unui diagnostic psihiatric, în multe cazuri sunt întâlnite simptome caracteristice pentru o serie de tulburări psihice, din categoria tulburărilor anxioase, afective, comportamentale, somatoforme sau disociative [27].

Studiile arată că divorțul și conflictul marital al părinților au părut să crească șansele ca preadolescenții să nu fie apropiați de niciunul dintre părinți la vârsta adultă. Bazându-se pe competențele parentale și pe perspectivele de echilibru, au fost testate ipoteze concurente despre relațiile părinte-copil și bunăstarea subiectivă a copiilor [74]. Descendenții au avut cel mai înalt nivel de bunăstare atunci când au crescut într-o familie căsătorită cu un nivel scăzut de conflict și au fost apropiați de ambii părinți. Cu toate acestea, în cazurile de divorț și de niveluri ridicate de conflict marital, copiii au avut o bunăstare mai bună dacă au fost apropiați de ambii părinți decât de unul singur [202].

Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale - DSM 5 introduce o nouă taxonomie denumită „*Problemă relațională părinte-copil*”, în cadrul căreia este evidențiat diagnosticul „*Copil afectat de problemele relaționale dintre părinți*”, definit drept o „categorie care trebuie utilizată atunci când abordarea clinică are ca obiect efectele negative ale neînțelegerilor dintre părinți (nivel ridicat de conflict, suferință, lipsă de respect, discreditate) asupra unui copil din familie, inclusiv efecte asupra unei tulburări mintale sau asupra altor afecțiuni de natură medicală ale copilului” [73].

Prin urmare, în cazul divorțurilor cu grad înalt de conflict parental, există o multitudine de probleme de ordin emoțional ale copilului, dificil sau imposibil de abordat din perspectivă psihologică, dacă nu se realizează o restructurare la nivelul abilităților și competențelor părinților sau a relației interparentale, în urma separării [128].

Conceptualizarea competențelor parentale depinde, de regulă, de rezultatele specifice ale copilului pe care acesta le manifestă în existența sa. De exemplu, pe plan cognitiv, dezvoltarea limbajului pare să fie cel mai bine încurajată de mediile de îngrijire parentale bogate în exprimări lingvistice adaptate la nivelul de dezvoltare al copilului, de receptivitatea părinților la comportamentul copilului vizând promovarea dezvoltării intelectuale a acestuia, medii care răspund la nevoile copilului [93]. Din punct de vedere emoțional, părinții sunt considerați competenți în funcție de sensibilitatea și capacitatea lor de a asigura suport și de a răspunde în mod adecvat la suferința copilului [45].

Competența parentală este definită de efectele sale fiind examinată dintr-o varietate de perspective care converg spre diferite categorii care interferează cu temperamentul copilului și cu mediul de viață al familiei determinând anumite practici comportamentale și emoționale ale părinților. În acest sens, autorii Teti și Candelaria au evidențiat trei arii care definesc competența și abilitatea parentală referindu-se la: *crearea unei relații pozitive părinte-copil* din perspectivă emoțională; *implicarea și controlul părintelui* în mod echilibrat; *evitarea unor comportamente parentale dure și coercitive* care ar putea avea un impact negativ asupra echilibrului emoțional al copilului [232].

Studiile autorilor Moran și Weinstock, cu experiență în expertiza și evaluarea copilului în procesele de custodie, analizând competențele și abilitățile parentale în vederea dezvoltării unui model de evaluare psihologică în cazurile de divorț, evidențiază trei categorii relevante de investigare: *creștere, educare și coparentalitate*, fiecare categorie cu un ansamblu specific de competențe, astfel:

- *competența de creștere* care face referire la partea de exprimare emoțională a afecțiunii, la capacitatea de conținere și protecție pentru asigurarea securității emoționale pe care părintele este apt să o ofere copilului;

- *competența de educare* cuprinde capacitatea de comunicare asertivă, deschisă și autentică, competența de management familial - care face referire la organizarea și implementarea activităților copilului în mediul său, competența de disciplinare și de aplicare a metodelor de control în vederea realizării limitelor;

- *coparentalitatea*, care se referă la capacitatea de comunicare și relaționare a celor doi părinți, cu relevanță pe încurajarea relației copilului cu celălalt părinte [186].

Competența parentală, în viziunea autoarei Glăveanu reprezintă un „sistem de cunoștințe, priceperi, capacități, deprinderi și abilități susținute de trăsături de personalitate specifice, care îi permit părintelui să îndeplinească cu succes responsabilitățile parentale, să prevină și să depășească situațiile de criză în favoarea dezvoltării copilului și astfel, să atingă obiectivele activităților educative”. Taxonomia pe care Glăveanu a evidențiat-o în cercetarea sa explicativ - interpretativă relevă un model factorial care cuprinde o serie de factori constitutivi ai competenței parentale cu efect formativ asupra copilului, astfel:

- factorul *Cunoaștere* cuprinde satisfacerea nevoilor copilului, manifestarea unor reacții adecvate ale părinților la aceste nevoi și vizează abilitatea părintelui de a cunoaște caracteristicile conform nivelului de dezvoltare al copilului, pentru a înțelege nevoile acestuia și a găsi răspunsuri potrivite și metode optime de relaționare și educare în vederea gestionării evenimentelor de viață;
- factorul *Managementul timpului* prezintă două orientări: capacitatea părintelui de a gestiona din punct de vedere calitativ și cantitativ timpul necesar petrecut cu copilul său și abilitatea părintelui de a organiza și susține în mod folositor și echilibrat programul de viață al copilului, cu referire la: programul școlar și de studiu, activitățile extra-școlare, educative și recreative, adaptarea rutinei zilnice pentru un stil de viață sănătos care să determine creșterea și dezvoltarea echilibrată a copilului din punct de vedere bio-psiho-social;
- factorul *Suport afectiv* reprezintă abilitatea părintelui de a dispune de mecanisme personale care să susțină prevenirea și gestionarea apariției situațiilor cu potențial conflictual din familie. Părintele poate aborda evenimentele stresante prin: asigurarea unui suport afectiv referitor la gestionarea distresului și a emoțiilor negative ale copilului; restructurarea disensiunilor dintre părinți; evitarea expunerii copilului la problematicile din mediul familial;
- factorul *Disciplinare* se referă la modalitatea părintelui de a implementa metode educative în vederea transmiterii unui ansamblu de norme, reguli și proceduri, în funcție de nivelul de dezvoltare și de înțelegere ale copilului, pentru a gestiona comportamentele copilului și de a evidenția consecințele posibile apărute ca efect a conduitei indezirabile pe care copilul o poate manifesta;
- factorul *Managementul crizelor* reprezintă abilitatea părintelui de a regla contextele de criză emoțională sau comportamentală pe care copilul le manifestă și are în vedere competența părintelui de a identifica soluții relevante și practice la dificultățile pe care copilul le traversează, asigurându-i susținere și suport [18, p. 81-83].

Alți autori consideră faptul că modelele parentale dețin în componența lor atât informații ce vizează stilul parental, cât și aspecte ce descriu atmosfera familială. Studiile de analiză a factorilor de influență asupra dezvoltării copilului demonstrează că influența mediului familial este decisivă

pentru evoluția personalității și integrarea socială, modelul adultului și relațiile familiale impregnează modelele de dezvoltare socială ulterioară, precum și succesul social al individului [99, 36]. O dezvoltare integrală a personalității copilului necesită studiul multiplelor predispoziții genetice dar și al influențelor mediului, al contextului său de viață, care trebuie să includă identificarea formelor de sprijin și stimulare necesare, reprezentate de abilitățile parentale [61].

Modul în care părinții acționează asupra copiilor, fie în mod armonios, fie dizarmonios, stilurile educative personale caracteristice fiecăruia dintre cei doi părinți, care prezintă un număr mare de variații și o multitudine de factori externi și interni determinanți, crează abordarea parentală asupra copilului. Atmosfera familială este considerată ca fiind un tablou al numeroaselor relații ce se stabilesc între membrii familiei, fiind un rezultat direct al modelelor comportamentale pe care membrii familiei le adoptă [148]. Ca și operaționalizare a conceptului, atmosfera familială poate fi dată de câteva atribute specifice, cum ar fi: organizare, coeziune familială și colaborare, dezorganizare - reprezentată de disensiuni și dezbinare afectivă; coerență sau inconstanță în promovarea valorilor socio-morale și în mijloacele educative utilizate [167].

În abordarea problematicii familiei, o serie de autori au realizat analize care evidențiază dimensiunile care dau structurii familiale trăsătura de sistem funcțional și modalitatea prin care se pot realiza modificări care să perturbe funcționarea normală a sistemului. Comunicarea între membrii familiei, starea emoțională a acestora, relațiile din interiorul sistemului familial, funcțiile familiei și rolurile parentale reprezintă indicatori care definesc *homeostazia familială*. Autorii evidențiază faptul că, perturbarea la nivelul comunicării în cuplul parental reprezintă primul semnal care poate determina o modificare relațională părinte-copil atât în cadrul familiilor divorțate cât și în cele nedivorțate. În cazul în care comunicarea dintre cei doi părinți se realizează tensionat, poate produce un nivel crescut de dificultate adaptativă pentru copil [92, 195].

O serie de particularități socio-culturale și socio-economice reprezintă vectori mediatori ai experienței pe care copilul o parcurge în spațiul disociat din cadrul separării părinților. După unii autori, cultura societății care constituie mediul de proveniență al fiecărui părinte, modelează competențele sale parentale, setul de abilități pe care părintele îl dezvoltă, precum și modelul educațional pe care acesta îl adoptă în creșterea și îngrijirea copilului său, toți acești factori reprezentând o constelație de variabile care nu pot fi neglijate atunci când se intenționează implementarea unui program de dezvoltare a abilităților parentale în cazul familiilor divorțate [230].

Capacitatea de comunicare cu celălalt părinte, redefinirea și restructurarea rolurilor și responsabilităților fiecărui părinte în privința creșterii și educării copilului se referă la conceptul de *coparentalitate*, folosit de literatura de specialitate pentru a descrie relația dintre doi părinți

separați sau divorțați care își exercită atribuțiile parentale în comun în vederea asigurării unei relaționări echilibrate a copilului cu fiecare părinte [194].

Coparentingul se concentrează pe interacțiunile interparentale în ceea ce privește funcțiile și așteptările adulților atunci când își îndeplinesc rolul de părinți, prin sincronizarea dinamică a adulților atunci când au grijă de un anumit copil [179]. McHale a definit coparentingul ca fiind "un contract încheiat între cei care sunt reciproc responsabili pentru îngrijirea și creșterea unui copil" [231]. Într-o contribuție anterioară, Feinberg a afirmat că, coparentingul se referă la modul în care părinții - și alți adulți care își asumă responsabilități parentale - interacționează între ei atunci când îndeplinesc funcții parentale [131].

Coparentingul este o construcție complexă care împărtășește caracteristici cu alte domenii ale sistemului familial. Într-un efort de a spori claritatea în jurul conceptualizărilor coparentingului, sunt propuse definiții bazate pe structurile externe (cine, ce și unde) și interne (ce) care leagă construcția coparentingului prin prezentarea unui cadru de 4 dimensiuni ale coparentingului care traversează granițele metodologice și include: solidaritatea coparentală, sprijinul coparental, coparentingul subminator și parentingul partajat [235]. În acest context, influența directă a coparentalității post-divorț asupra adaptării copiilor a determinat identificarea a trei tipuri de relații coparentale: *cooperantă și implicată*, *moderat implicată și infrecventă*, dar *conflictuală* [106]. De asemenea, modul în care părinții colaborează în rolurile lor este legată de adaptarea părinților, de parentingul individual și de rezultatele acestuia asupra copiilor [112].

În contextul actual, împărțirea mai mult sau mai puțin egală a responsabilităților parentale de către mame și tați, reprezintă o discuție amplă și complexă, nivelurile și formele de implicare ale bărbaților în activitatea parentală, variază atât în cadrul, cât și între aranjamentele structurale familiale [163]. În cea mai mare parte, mamele continuă să fie principalele persoane care se ocupă de creșterea și îngrijirea copiilor. În timp ce unii bărbați sunt mai implicați în creșterea copiilor decât au fost propriii lor tați, implicarea tatălui în fiecare tip de aranjament familial este strâns legată de relația taților cu mamele copiilor lor [142]. Pe de altă parte, rezultatele unor cercetări susțin un efect mic, dar semnificativ al programelor de coparenting asupra rezultatelor legate de bunăstarea părinților și de calitatea relațiilor de coparenting [103].

Relațiile de coparentalitate însumează un ansamblu de comportamente de implicare și eforturi conjugate ale celor doi părinți în educația, planificarea și traiectoria de viață a copilului. Lamela et. al enumeră o serie de componente ale coparentalității care descriu conduite decooperare între cei doi părinți, care se sprijină pe așteptări, credințe, atitudini și comportamente de susținere, astfel încât, coparentalitatea de succes nu presupune inexistența conflictului, ci capacitatea de a depăși conflictul în virtutea angajamentului de suport al copilului [168].

Hetherington și Kelly identifică trei tipuri de coparentalitate:

- *coparentalitatea conflictuală*, care implică comportamente interpersonale ostile, încărcate de furie și reproșuri, în prezența copilului, astfel încât, părinții nu colaborează între ei și nu au capacitatea de a se detașa de propriile resentimente pe care le au unul față de celălalt și de a separa problemele și conflictul care a generat divorțul de nevoile copilului. Conform autorilor, acest tip de coparentalitate, tinde să se amelioreze în proporție de 75% în decurs de 6 ani de la divorț;

- *coparentalitatea cooperantă*, situație în care părinții plasează prioritar nevoile copilului, cooperează în privința metodelor de educație și de disciplinare, comunică și aplică copilului aceleași reguli de comportament și conduită, își adaptează programele parentale în funcție de nevoile copilului, încurajează relația copilului cu celălalt părinte;

- *coparentalitatea paralelă* este tipul cel mai des întâlnit fiind și cel mai facil de adoptat de către părinți; se caracterizează prin situația în care cei doi părinți se ignoră reciproc, nu colaborează și nu-și coordonează activitățile cu copilul, evitând orice interferență cu celălalt părinte, comunicarea parentală fiind inexistentă. Indisponibilitatea unui părinte de a-l implica pe celălalt în deciziile legate de copil, poate conduce la stări de tensiune și conflict între părinți, la apariția luptei pentru putere, la confuzie, lipsă de roluri, așteptări neclare și dificultăți de gestionare a relației parentale cu privir la timpul și loialitatea copilului [146].

Atât coparentalitatea conflictuală, cât și cea paralelă, prescriu modele deficitare de dezvoltare a relației părinte-copil și reflectă niveluri scăzute ale competenței parentale. Maniera în care cei doi părinți cooperează după divorț reprezintă suportul sau absența suportului în privința dezvoltării echilibrate a copilului [47]. Coparentalitatea conflictuală prelungită determină apariția tulburărilor emoționale la copil cu efecte dramatice pe termen lung în planul dezvoltării personalității acestuia [145].

Pe baza cercetărilor lui R. Laperriere asupra tulburărilor mentale ale copiilor și pe baza tipologiilor psihologice descrise de Patricia Hedges [144, 171] constată că anumite condiții socio-familiale conduc la răspunsuri dezadaptative la copii și, dacă aceste condiții persistă pe o perioadă îndelungată, la evoluția personalității pe o traiectorie deviantă, punând bazele dezvoltării patologice a acesteia. Factorii psihotraumatizanti responsabili de inadaptarea familială a copilului pot fi împărțiți în patru categorii de comportamente parentale neadecvate și anume:

- tipul hipoprotector care se caracterizează prin lipsa de afecțiune, de îngrijire, de supraveghere, de îndrumare și de interes față de copil;

- tipul hiperprotector care presupune modalitatea indulgentă prin care copilul este ferit de responsabilitățile specifice vârstei, nefiind implicat în activitățile și responsabilitățile mediului familial;

- tipul inconsecvent care prezintă și conduce la formarea unui comportament influențabil și caracterizat printr-o confuzie și o sugestibilitate ridicate ale copilului, comportamentul imprevizibil al părintelui creând impredictibilitate și neputința copilului de a se adapta;

- tipul hiperautoritar care împiedică dezvoltarea capacității de decizie și acțiune a copilului și subminează consistent încrederea în sine și independența acestuia.

Toate acestea conduc la reacții comportamentale de opoziție, la crize coleroase, la indisciplină și obraznicie, la acte heteroagresive cu sfidarea normelor de conduită, la delikte, refuz sau abandon școlar [142, 171].

Alți autori abordează influența mediului familial din perspectiva corelațiilor dintre stilul de viață al părinților și tulburările copiilor. Dobrescu a studiat reacțiile comportamentale ale copilului din prisma nu numai a genelor implicate în conduitele dezadaptative ale copiilor, ci și din perspectiva comportamentului parental, realizând asocieri ale conduitelor și ale stilului de viață ale părinților separați sau împreună, începând chiar cu mediul intrauterin și continuând cu creșterea și dezvoltarea copiilor acestora [12].

Relația dintre cei doi părinți divorțați a fost analizată și din perspectiva *coparentingului competitiv*, definit ca o situație în care un părinte îl subminează pe celălalt în prezența copilului sau care se luptă pentru controlul copilului. Pe lângă definiția de bază, coparentingul competitiv este, de asemenea, susceptibil să implice o lipsă de coparenting cooperant, manifestări de afectivitate negativă și conflicte familiale, ceea ce face să fie neclar pentru copil și evidențiază coparentingul competitiv ca predictor robust în relația cu simptomele de externalizare ale copilului [188].

Studiile contemporane de cercetare în domeniul familiei au dedicat efort pentru a elucida interacțiunea dintre adaptarea individuală a adulților și dinamica relației lor coparentale. Au fost evaluate două variabile "trăsături" deosebit de relevante ale părinților, flexibilitatea parentală și autocontrolul, în legătură cu natura interacțiunilor coparenților împreună cu copiii lor și s-a evidențiat faptul că, flexibilitatea parentală și autocontrolul părinților în colaborarea lor, ar explica variația semnificativă a calității coparentale [231].

Parentingul competent și receptiv din punct de vedere emoțional au fost predictorii direcți și proximali într-un studiu privind reziliența în copilărie, cu accent pe reflectarea stăpânirii de sine a copilului și a atingerii obiectivelor specifice vârstei, în fața unei adversități substanțiale [240]. Resursele psihosociale și parentalitatea cooperantă au condus la rezultate semnificative care au diferențiat preadolescenții expuși la factori de risc, fiind clasificați fie ca rezilienți fie ca neadaptați, prin recurgerea la resurse interne și externe care îmbunătățesc procesele de adaptare specifice fiecărei etape de dezvoltare [219].

Cercetările au arătat că acest coparenting este un mecanism familial vital pentru a prezice sănătatea mintală a copiilor și adolescenților. Având în vedere prevalența tot mai mare a dizolvării căsătoriei în societățile actuale, obiectivul revizuirii sistematice a fost și este necesar pentru a rezuma rezultatele cheie ale studiilor empirice care au testat asocierea dintre sănătatea mintală a copiilor și coparentingul după dizolvarea căsătoriei [169].

În acest context, dezvoltarea competențelor parentale, adoptarea unui stil parental adecvat și formarea unei relații dintre cei doi părinți bazată pe comunicare și colaborare, astfel încât să satisfacă nevoile copilului, reprezintă un demers imperios necesar. Susținerea psihologică a copilului în urma unui divorț cu un înalt nivel de conflict parental se poate dovedi dificilă sau inefficientă în lipsa unei intervenții care să urmărească reducerea conflictului și dezvoltarea unor abilități parentale specifice părintelui divorțat.

Studiul analitic al literaturii de profil, ne-a condus spre libera afirmare a inexistenței cercetărilor complexe ale tulburărilor de personalitate și a celor emoționale ale preadolescenților raportate la competențele și abilitățile parentale și la relația de coparentalitate a părinților aflați în situație de divorț; de asemenea, analiza literaturii științifice a dovedit lipsa cercetărilor realizate din perspectiva remedierii acestor tulburări prin dezvoltarea competențelor și abilităților parentale și prin îmbunătățirea relației de coparentalitate a părinților.

Având în vedere concluziile menționate, se impune necesitatea abordării psihologice complexe și integrate, o evaluare profundă a realității psihocomportamentale, un psihodiagnostic exhaustiv a copilului preadolescent și a părintelui aflat în situație de divorț, prin implementarea programelor psihologice de intervenție care vor facilita, atât dezvoltarea psiho-emoțională a preadolescentului, cât și abilitățile parentale ale părintelui, pentru obținerea rezultatelor terapeutice scontate.

Reieșind din cele punctate, am revendicat ***Problema științifică***, ancorată pe mai multe întrebări: *Ce tulburări emoționale și de personalitate induce divorțul părinților în psihismul /personalitatea preadolescenților? Care metode sunt optime pentru a evidenția toate tulburările emoționale și de personalitate declanșate de divorțul părinților? Care sunt relațiile și competențele parentale declanșatoare a problemelor psihologice ale preadolescenților? Cum să structurăm mai eficient, ce metode vor fi relevante în intervenția psihologică cu preadolescenții părinților divorțați și însăși părinții aflați în divorț? În ce mod să desfășurăm ședințele individual/grup/diadă?*

Ipoteza cercetării: presupunem că, competențele și abilitățile parentale, relația de coparentalitate ale părintelui divorțat sunt slab dezvoltate, insuficiente, astfel încât, ele afectează dezvoltarea psihică în general și în special, cea emoțională a copilului de 9-12 ani (patternul

emergent de personalitate, starea emoțională, manifestarea comportamentală).

Elaborarea logică, determinată și implementarea programelor de intervenție psihologică la copiii și părinții cu care aceștia locuiesc, va remedia și dinamiza atât dezvoltarea psiho-emoțională a copilului, cât și abilitățile parentale și relația de coparentalitate.

Scopul cercetării: Identificarea predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale la copiii de 9-12 ani ai căror părinți au divorțat, estimarea nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate pentru părinții divorțați ai copiilor, pentru facilitarea structurării intervenției psihologice orientate/centrate pe ameliorarea tulburărilor de personalitate și emoționale identificate la copii și educarea/creșterea nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate la părinți.

Obiectivele cercetării sunt stabilite în vederea *studierii și analizei literaturii de specialitate privind domeniul studiat*, elaborării și realizării proiectului de cercetare prin *aplicarea unor metode și tehnici de investigare* care să releve consecințele divorțului și a dinamicii parentale deficitare post-divorț asupra dezvoltării emoționale și a personalității preadolescenților, astfel:

- Identificarea predispozițiilor la tulburările de personalitate ca și consecință a dinamicii divorțului la copiii cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani (preadolescenți);
- Evidențierea tulburărilor emoționale ca și consecință a dinamicii divorțului la copiii cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani (preadolescenți);
- Evaluarea și stabilirea/constatarea nivelului competențelor parentale ale părintelui rezident;
- Determinarea percepției asupra relației de coparentalitate a părintelui rezident;
- Structurarea și implementarea unui program de intervenție psihologică având ca obiectiv ameliorarea tulburărilor identificate la preadolescenți;
- Elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică având ca obiectiv îmbunătățirea competențelor parentale și a relației de coparentalitate din perspectiva părintelui rezident;
- Valorificarea eficienței programelor de intervenție psihologică aplicate preadolescenților și părinților;
- Emiterea de recomandări pentru intervenția psihologică asupra preadolescenților și asupra părinților acestora, în contextul divorțului.

1.4. Concluzii la capitolul 1

Având în vedere informațiile prezentate în capitolul 1 putem concluziona următoarele:

1. Funcționarea mentală a copiilor, preadolescenților de 9-12 ani, inclusiv modalitățile de organizare

a experienței subiective, de relaționare cu ceilalți, de confruntare cu dificultăți și de adaptare la mediul extern, este lipsită de stabilitate și flexibilitate. Participarea și expunerea copilului la evenimente adverse de viață ca separarea părinților, divorțul parental sau o serie de factori de risc asociați cu divorțul, cum ar fi conflictul interparental, psihopatologia parentală, inconsecvența stilurilor parentale, pot declanșa probleme de adaptare ale copiilor și adolescenților, dificultăți academice, manifestări comportamentale de alienare, și în consecință, crește riscul dezvoltării tulburărilor de personalitate și emoționale..

2. Tulburările de personalitate reprezintă forme frecvente la nivelul trăsăturilor aflate în formare ale preadolescentului, prin apariția manifestărilor simptomatologiei specifice dimensiunilor antisociale, evitante, borderline, dependente, pasiv-agresive, în perioada dezvoltării timpurii a copilului. Trăsăturile emergente de personalitate sunt puse în corespondență cu modul în care copilul abordează provocările majore de viață, determinând dezvoltarea unui mod de encodare și de activare a schemelor de răspuns pe care copilul le poate sedimenta de-a lungul experienței sale.
3. Implicațiile clinice și efectele divorțului părinților sunt evidențiate în sistemul emoțional al copilului, prin manifestarea tulburărilor de anxietate, a tulburărilor de dispoziție, a tulburărilor de stres, asociate frecvent cu simptomele somatice, disociative și de adaptare ale acestuia, având ca factor etiologic atitudinile părinților care prezintă dificultăți în gestionarea situației de separare.
4. Competențele și abilitățile parentale cuprind categorii relevante de investigare: *creștere, educare și coparentalitate*, fiecare incluzând un ansamblu specific de competențe; Relațiile de coparentalitate însumează un ansamblu de comportamente de implicare și eforturi conjugate ale celor doi părinți în educația, planificarea și traiectoria de viață a copilului și descriu conduite de cooperare între cei doi părinți. Coparentalitatea, identificată ca fiind *cooperantă, paralelă și conflictuală*, are pondere mare asupra dezvoltării psihice a copilului;
5. Prin studii longitudinale s-a explorat rolul practicilor parentale dezadaptative ca factor de risc psihosocial pentru declanșarea tulburărilor de personalitate și emoționale la copii, dar și cu scopul de a rafina teoriile de dezvoltare, de a descoperi mecanisme etiologice, pentru a realiza progrese în depistarea timpurie și pentru a atinge obiectivul final de prevenire a tulburărilor de personalitate și emoționale
6. În acest context, intervenția psihologică asupra copiilor cu părinții divorțați, problema elaborării unor modalități eficiente de ameliorare/depășire a tulburărilor de personalitate și a celor emoționale la preadolescenți, a competențelor parentale și a coparentalității la părinți, reprezintă o problemă stringentă și necesită un studiu complex.

2. EVALUAREA PREDISPOZIȚIILOR LA TULBURĂRI DE PERSONALITATE ȘI A TULBURĂRILOR EMOȚIONALE LA COPII, A COMPETENȚELOR PARENTALE ȘI A COPARENTALITĂȚII

2.1. Design-ul cercetării: scopul, eșantionul și metodologia cercetării

Pentru etapa experimentului constatativ a fost delimitată o serie de întrebări care să contribuie la rezolvarea problemei de cercetare, care vizează copiii cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani, cu predispoziții la tulburări de personalitate și emoționale, cum ar fi: Care este nivelul de afectare cu privire la personalitatea în formare a preadolescenților cu părinții divorțați? Care este nivelul de afectare cu privire la emoționalitatea preadolescenților cu părinții divorțați? Există o relație semnificativă între comportamentele parentale post-divorț și predispozițiile tulburărilor de personalitate și emoționale ale preadolescenților? Care sunt metodele și tehnicile psihologice pe care le vom aplica pentru evaluarea copiilor și părinților?

Experimentul de constatare s-a realizat în perioada septembrie 2020 - aprilie 2021 și a constat într-un studiu comparativ al predispozițiilor tulburărilor de personalitate și emoționale la preadolescenții care provin din familii divorțate și la preadolescenții din familii organizate, nedivorțate. Eșantionul a fost constituit dintr-un număr de 228 de copii cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani și 228 de părinți, delimitați astfel: 125 de copii și 125 de părinți cu care copiii locuiesc, numiți părinți rezidenți (PR), divorțați, formând grupul "divorțați"(GD) și 103 copii și 103 părinți din familii organizate, formând grupul "nedivorțați"(GN).

Subiecții din cele două grupuri au fost selectați aleator din populația de preadolescenți din municipiul București, astfel: grupul "divorțați" a fost selectat din beneficiarii înscriși la Centrul de Consiliere din cadrul D.G.A.S.P.C. Sector 2, București, iar grupul "nedivorțați" a fost ales din elevii încadrați în clasele a III-a, a IV-a și a V-a din cadrul unor școli gimnaziale din București.

Referitor la criteriile de includere în eșantioanele de cercetare, au fost luate în vedere caracteristici comune legate de vârsta cronologică a copilului de 9-12 ani și caracteristici specifice sub forma prezenței sau absenței divorțului la părinți, în funcție de cele două grupuri de referință.

Scopul experimentului de constatare a constat în identificarea predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale la copiii cu vârste de 9 - 12 ani, consecință a divorțului părinților, și identificarea nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate pentru părinții rezidenți ai copiilor, ca factori care determină apariția acestor tulburări.

În cadrul experimentului constatativ al cercetării, au fost formulate și verificate următoarele **ipoteze**:

1. Presupunem că, la copilul cu părinții divorțați vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale;

2. Presupunem că, vom identifica nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală la părintele rezident al copilului.

În contextul scopului cercetării experimentale și în baza ipotezelor, se stabilesc următoarele **obiective** pentru etapa de constatare:

- Identificarea și analiza predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale la copiii în vârstă de 9 – 12 ani ai căror părinți au divorțat;

- Identificarea și analiza nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate din perspectiva părintelui cu care copilul locuiește (PR);

- Determinarea legăturii dintre nivelul competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților și variabilele de personalitate și emoționale ale copiilor.

Întrucât între cele două grupuri implicate în cercetare există diferențe în privința dinamicii familiale, cu impact direct și indirect asupra membrilor implicați, decizia pentru investigarea caracteristicilor emoționale și comportamentale ale copiilor și ale părinților acestora, este necesară pentru a constata posibilele afectări și disfuncționalități în sănătatea mintală a preadolescenților și în abilitățile parentale ale părinților cu privire la gestionarea situației post- divorț.

Pentru investigarea predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale ale copiilor precum și pentru analiza nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților, s-au selectat o serie de **instrumente** care să permită examinarea cât mai fidelă a acestora, astfel: Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory care identifică stilurile de personalitate și sindroamele clinice ale preadolescenților, Hierarchical Personality Inventory for Children destinat evaluării diagnostice a personalității copiilor cu vârste cuprinse între 6 și 13 ani, Chestionarul de evaluare a simptomelor copiilor care evaluează cele mai prevalente tulburări psihiatrice manifestate la copiii cu vârste cuprinse între 5 și 12 ani, Parental Stress Index - Fourth Edition evaluează sursele de stres rezultate prin raportarea părintelui la caracteristicile copilului, instrumente folosite în scopul verificării primei ipoteze, prin care presupunem că, la copilul cu părinții divorțați vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale; Chestionarul de investigare a competenței parentale care evidențiază nivelul competenței parentale și Parental Stress Index - Fourth Edition evaluează sursele de stres legate de caracteristicile părintelui, instrumente care verifică cea de-a doua ipoteză prin care presupunem că, vom identifica un nivel de competențe parentale reduse și o relație de coparentalitate conflictuală la părintele rezident al copilului. Mai detaliat, prezentăm fiecare instrument în continuare:

1. **Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory - MPACI**, autori Theodore Millon, Ph.D., DSc, Carrie Millon, Ph.D., Robert Tringone, Ph.D., Seth Grossman, PsyD. Este un instrument adaptat de către Daniel David, PhD și distribuit în România de Testcentral București. Este un instrument

comprehensiv special creat pentru a ajuta specialistul în domeniul sănătății mintale să identifice corect problemele psihologice ale copiilor cu vârsta cuprinsă între 9 și 12 ani. Evaluarea cu instrumentul MPACI oferă o viziune integrată, care sintetizează stilurile de personalitate emergente și sindroamele clinice, ajutând specialiștii în detectarea semnelor timpurii ale tulburărilor. Testul ajută la o intervenție timpurie în vederea ameliorării dificultăților apărute în preadolescență și care, neidentificate, pot conduce la probleme mai mari în viitor. Inventarul conține 97 de itemi care se adresează direct copilului și se utilizează pentru: evaluarea preadolescenților cu probleme în vederea confirmării ipotezelor diagnostice; planificarea tratamentului individualizat prin oferirea unei imagini integrate a patternurilor de personalitate emergente și a semnelor clinice curente; măsurarea progresului înainte, în timpul și după tratament. În baza cercetărilor efectuate, au fost selectate și dezvoltate 14 constructe, 7 patternuri de personalitate emergente și 7 semne clinice curente, astfel:

- *Patternurile de personalitate emergente:*
 - *Încrezător* – preadolescenții cu scor ridicat la această scală tind să fie centrați pe sine și dispun de o încredere bună în propriile abilități. Ei sunt încrezători și se consideră speciali. Pot obține succese la nivel academic, sportive sau sociale și sunt preferați de copiii de aceeași vârstă;
 - *Sociabil* - preadolescenții cu scor ridicat la această scală tind să fie sociabili, vorbăreți și populari în grupul de covârșnici. Prezintă un nivel ridicat de energie, sunt spirituali și duc o viață social activă. Ei își asumă riscuri, caută experiențe noi și le place să fie în centrul atenției;
 - *Conformist* – scorurile ridicate pe această scală caracterizează un copil serios, responsabil și organizat, care respectă reguli stricte și e foarte preocupat de ceea ce gândesc ceilalți despre el; însă, manifestă neîncredere în forțele proprii și resimte un conflict intern puternic, furie și resentimente care îl determină să aleagă între a fi obedient și provocativ;
 - *Supus* - preadolescenții cu scor ridicat la această scală tind să fie timizi, tăcuți și cooperanți însă, prezintă o nevoie puternică de dependență și caută atașamente foarte apropiate. Caută în adulții semnificativi sprijin și securitate, iar deseori manifestă teamă de separare și comportamente de „agățare”. Încrederea în sine poate fi scăzută fiind preadolescenți submisivi care își subestimează și minimizează reușitele;
 - *Inhibat* - scorurile ridicate pe această scală indică o personalitate hipersensibilă la durerea anticipată și dispune de o capacitate limitată de a experimenta plăcerea. Copiii inhibați tind să fie anxioși și retrași, au prieteni puțini și consideră că nu sunt în acord cu ceilalți. Un factor agravant al acestei personalități este tendința lor de a testa oamenii până când își validează convingerea de bază că ceilalți nu sunt de încredere și că îi vor răni. Au o stimă de sine scăzută, resurse de coping limitate și prin urmare sunt vulnerabili la anxietate, depresie și tensiune emoțională;

- *Insubordonat* - preadolescenții cu scoruri ridicate la această scală tind să manifeste probleme de comportament, sunt neastâmpărați, impulsivi și prezintă o toleranță scăzută la frustrare. Deprinderile slabe de management al furiei, dificultățile în respectarea regulilor, atitudinea rebelă, nevoia de gratificare imediată îi conduc adesea spre manifestarea unor comportamente mai puțin acceptabile din punct de vedere social. Nu au interes pentru școală, se retrag din activități organizate, au conflicte cu părinții și cu autoritatea, în general;
- *Instabil* - preadolescenții cu scoruri ridicate la această scală înregistrează un distress cronic semnificativ cu impact evident asupra instabilității și labilității lor emoționale. Sepot confrunta cu multe conflicte și dezmembrări familiale și prezintă un istoric de abuz și neglijare. Mulți au comportamente impredictibile, gânduri disfuncționale, confuzie a identității și își exprimă tendința de a acționa sau chiar manifestă comportamente de automutilare și gânduri suicidare, care pot să le pună viața în pericol.
- *Semnele clinice curente*
 - *Anxietate/Frică* – scala evaluează probleme care apar în general cu o anumită frecvență, persistă o perioadă mai îndelungată și afectează viața de zi cu zi a copilului cu privire la simptome somatice (dureri de stomac), afective (nervozitate), cognitive (frica de a se răni pe sine sau familia), și comportamentale (fuga de la școală);
 - *Deficit de atenție* – scala evaluează incapacitatea de concentrare a atenției, hiperactivitatea și impulsivitatea, probleme care afectează performanța școlară a copilului și relațiile de familie. Poate să reflecte și răspunsul copilului la situațiile stresante de viață;
 - *Tendințe obsesiv-compulsive* – se referă la evaluarea obsesiilor definite ca gânduripersistente și recurente resimțite ca fiind intruzive și la compulsiilor definite ca și comportamente repetitive sau acte mentale pe care copilul este constrâns să le realizeze pentru a diminua stresul creat de anxietate;
 - *Probleme de conduită* – scala măsoară actele ostile, antisociale și uneori violente ale preadolescenților în relația cu covârșnicii sau cu adulții. Prezintă noncompliance, toleranță scăzută la frustrare, agresivitate și gândire disfuncțională;
 - *Comportamente disruptive* – scala se centrează pe problemele de control al impulsurilor, pe incapacitatea copilului de gândi înainte de a acționa și de a amâna reacția într-o situație emoțională;
 - *Dispoziție depresivă* – scala măsoară problemele dispoziționale cu privire la tristețe, descurajare și singurătate. Preadolescenții pot avea gânduri negative despre prezent și un punct de vedere pesimist legat de viitor;
 - *Distorsionarea realității* – scala a fost construită pentru a identifica preadolescenții care pot manifesta experiențe perceptuale și distorsionări cognitive neobișnuite care pot crea confuzie și

teamă creând un distress puternic [184].

2. *Hierarchical Personality Inventory for Children - HiPIC* - Inventarul ierarhic de personalitate pentru copii, autori I. Mervielde, Ph.D. Filip de Fruyt, Ph.D. Este adaptat și distribuit în România de Testcentral București. Este un instrument comprehensiv, destinat evaluării diagnostice a personalității normale a copiilor cu vârste cuprinse între 6 și 13 ani. Testul are la bază consacratul model Big Five. HiPIC descrie diferențele dintre comportamentele și atitudinile copiilor. Astfel, utilizat în context clinic sau pedagogic, permite evaluarea stilului emoțional, interpersonal, motivațional și comportamental al celor mici, pornind de la cele 5 mari dimensiuni ale personalității. Chestionarul se adresează părintelui (tutorei/cadrului didactic), sau oricărei persoane care întrunește criteriul frecvenței de interacțiune cu copilul evaluat. Administrarea se bazează pe răspunsurile în cinci trepte oferite celor 144 de simple și scurte afirmații, care înfățișează comportamente concrete și observabile ale copilului. Testul poate fi utilizat în două maniere: ca o privire de ansamblu asupra funcționării specifice a personalității copilului și ca o formă comparativă a convergențelor și divergențelor evaluărilor celor doi părinți. În practică, HiPIC este utilizabil în contextul clinic pentru cunoașterea punctului de pornire în terapie, pentru identificarea resurselor și vulnerabilităților și pentru setarea obiectivelor terapeutice. Instrumentul abordează cele cinci dimensiuni ale personalității și anume:

- *Stabilitate emoțională* – măsoară siguranța de sine, încrederea în sine și emoțiile cu privire la frică, descurajare și sentimente depresive ușoare;
- *Extraversie* – măsoară energia disponibilă și dorința cu care copilul se angajează în activități, la modul în care își exprimă emoțiile, opiniile și ideile în mod spontan, la tipul de relaționare social;
- *Imaginație* – scorurile măsoară nivelul de creativitate în abordarea sarcinilor sau în activitățile ludice, abilitățile intelectuale de funcționare cognitivă și angajarea în activități de explorare;
- *Benevolență* – scala măsoară preocuparea și grija pentru starea de bine a celorlalți, sau manifestarea egocentrismului, nivelul de iritabilitate sau de autocontrol și de toleranță la frustrare;
- *Conștiinciozitate* - scorurile măsoară nivelul de concentrare și atenția susținută pentru o perioadă mai lungă de timp în activitățile în care sunt implicați copiii, perseverența cu care își ating obiectivul, maniera în care obțin rezultatele [182].

3. *Chestionarul de evaluare a simptomelor copiilor - CSI4* - este un instrument de screening adaptat și distribuit în România de Cognitrom Cluj-Napoca, care evaluează cele mai prevalente tulburări psihiatrice manifestate la copiii cu vârste cuprinse între 5 și 12 ani, fiind bazat pe criteriile de diagnostic prevăzute de Asociația Americană de Psihiatrie în Manualul de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (DSM). Testul CSI – 4, cuprinde 97 de itemi grupați pe specificul problematicii, se adresează cu o variantă pentru părinți și o variantă pentru educatori sau profesori.

Chestionarul evaluează riscul pentru următoarele tulburări:

- *ADHD tipul neatent, tipul hiperactiv-impulsiv și tipul combinat*, în funcție de prezența deficitului de atenție și a simptomelor de hiperactivitate/impulsivitate sau a ambelor tipuri de probleme;
- *Tulburarea opoziționismului provocator* – evidențiază comportamentul necorespunzător, ostil, provocator față de părinți sau față de persoanele care reprezintă autoritatea;
- *Tulburarea de conduită* – desemnează copiii care încalcă în mod constant drepturile altora sau regulile impuse, prin manifestarea agresivității fizice, distrugerii sau încălcării unor proprietăți, furt, minciună, frecvența inconstantă a cursurilor școlare;
- *Anxietatea generalizată* – caracterizată prin anxietate și îngrijorare excesive și incontroabile; copiii sunt preocupați de competența și comportamentul lor în diferite aspecte ale vieții, manifestă perfecționism și au nevoie permanentă de încurajări din partea adulților;
- *Fobie specifică* – se referă la o frică intensă și persistentă față de un obiect, eveniment sau situație;
- *Tulburarea obsesiv - compulsivă* – se referă la obsesii sau compulsii care interferează cu funcționarea normală a copilului, solicitând mult timp și generând detresă;
- *Stresul posttraumatic* – reprezintă schimbările de dispoziție, de modificare a programului de somn și a capacității de a se concentra, generate de un eveniment traumatizant pe care copilul l-a trăit sau la care a fost martor;
- *Ticurile* – evidențiază mișcările recurente motorii sau vocale pe care copii le manifestă ca și comorbiditate pentru anumite tulburări de bază;
- *Schizofrenia* – rar întâlnită la copii, se manifestă prin tulburări ale percepțiilor, gândirii, sentimentelor și identității;
- *Tulburările depresive* – manifestate prin tristețe și dispoziție nefericită, însoțite de simptome precum schimbarea poftelor de mâncare, a programului de somn, a capacității de concentrare, a concepției asupra vieții; cuprinde *tulburarea depresivă majoră și tulburarea distimică*;
- *Tulburări pervazive de dezvoltare* – caracterizate prin alterarea abilităților de interacțiune socială și/sau a abilităților de comunicare verbală și nonverbală, prezența unor comportamente repetitive și stereotipe; cuprinde *tulburarea Asperger și tulburarea autistă*;
- *Fobia socială* – manifestată printr-o frică intensă și persistentă în preajma unor persoane necunoscute sau în situații sociale;
- *Anxietatea de separare* – singura tulburare care apare la copii și adolescenți, în care aceștia devin deosebit de anxioși când anticipează sau resimt o separare de persoana de care se simt atașați;
- *Tulburările de eliminare* – enurezisul și encoprezisul, care pot fi adesea asociate cu sentimente de

vină, inferioritate și furie [226].

4. Chestionarul de investigare a competenței parentale – CCP - a fost realizat de S. Glăveanu pornind de la studii empirice, calitative. Autoarea realizează o viziune plenară/integratoare a modelului parental, având incluse secvențe conceptuale provenind de la mai mulți autori (printre care Diana Baumrind, B. Spock, E. Fischbcin, Dorothy Law Nolte și Rachel Ilarris, I. și D.D. Dolean, Carmen Ciofu etc.). Aplicarea Inventarului CCP evidențiază nivelul competenței parentale și nivelul de dezvoltare a următoarelor dimensiuni:

- *Cunoaștere* - vizează abilitatea părintelui de a cunoaște, în funcție de etapele de vârstă ale copilului, nivelul de dezvoltare al acestuia și, pe baza acestei cunoașteri, de a-și explica reacțiile copilului, de a înțelege nevoile acestuia și de a formula răspunsuri adecvate lor;
- *Suport afectiv și managementul stresului* - implică abilitatea părintelui de a cunoaște și a utiliza modalități eficiente atât de prevenire cât și de coping al stresului din familie; presupune gestionarea situațiilor tensionale și oferirea unui suport afectiv care să ajute copilul în a-și gestiona emoțiile negative;
- *Disciplinare* - reflectă abilitatea părintelui de a comunica asertiv, de a gestiona adecvat regimul de recompensă și pedeapsă, permițând, astfel, dezvoltarea tuturor potențialităților unei personalități armonioase;
- *Managementul timpului* - relevă pe de-o parte, abilitatea părintelui de a determina calitatea și cantitatea timpului petrecut cu propriul copil și, pe de altă parte, capacitatea sa de a coordona/dirija timpul copilului, de a crea contexte care să contribuie la stimularea gândirii critice și creatoare și la dezvoltarea simțului estetic și, de asemenea, care să susțină inserția socială a copilului;
- *Managementul crizelor* - reflectă abilitatea părintelui de a fi un bun lider, de a găsi soluții la problemele copilului împreună cu acesta, depășind situațiile critice de natură educațională sau personală și determinând dezvoltarea gândirii critice și raționale a copilului, precum și a perseverenței în rezolvarea de probleme [18].

5. Parental Stress Index - Fourth Edition - PSI-4 – realizat de Richard R. Abidin, EdD, distribuit de Psychological Assessment Resources, USA, este un inventar de 101 itemi, urmați de o scală opțională pentru stres de viață, care urmărește să evalueze magnitudinea stresului în cadrul diadei părinte-copil. Chestionarul este format din 2 părți, *Domeniul Copilului* și *Domeniul Părintelui* și conține 120 itemi. În cadrul *Domeniului Copilului* există 6 scale care evaluează sursele de stres rezultate prin raportarea părintelui la caracteristicile copilului și anume:

- *Ușurința de a fi distras/Hiperactivitate* – scorurile înalte evidențiază comportamentele simptomatice: hiperactivitate, neliniște, ușurința de a fi distras, atenție de scurtă durată, incapacitatea de a asculta și de a termina lucruri și dificultate de concentrare; părinții nu au energia

necesară să facă față unor astfel de comportamente și traversează dificultăți de adaptare cu copilul; părinții pot avea așteptări nerezonabile din partea copilului ca acesta să manifeste comportamente de adult;

- *Adaptare* - scala este asociată cu caracteristici de comportament ale copilului privind perseverența și inabilitatea de a face trecerea de la un task la altul fără distress emoțional, exagerarea în stimulările senzoriale, evitarea străinilor, exagerarea în schimbarea rutinelor, dificultăți în a se calma atunci când sunt supărați; părinții raportează sentimente de frustrare în acea relație cu copilul;
- *Recompensa părintelui* – scala se referă la faptul că, în interacțiunea cu copilul, părinții nu reușesc să producă sentimente pozitive, astfel că, părintele se poate simți respins de copil; absența recompensei amenință legătura părinte – copil, intervenția fiind rapidă și necesară;
- *Solicitări* – scorurile înalte reflectă situația în care părintele simte că, copilul său are prea multe solicitări de la el, manifestate prin comportamente de plâns, agățare fizică, ajutor în mod frecvent; mai ales atunci când părintele e focusat pe a fi perfect;
- *Stare afectivă*, scorurile înalte prezintă copiii a căror funcționare afectivă e disfuncțională; manifestările comportamentale se referă la stări de nefericire, deprimare, plâng des și nu arată semne de stare de bine; scorurile extreme pot evidenția lipsa de atașament matern, absența și indisponibilitatea părintelui;
- *Acceptare* – scala se referă la percepția părintelui asupra trăsăturilor fizice, intelectuale și emoționale ale copilului, care nu sunt conforme cu așteptările părintelui; scorurile ridicate arată faptul că, părintele consideră copilul ca fiind neatractiv, neinteligent, neplăcut, ceea ce conduce la un atașament parental slab, respingere care afectează relația părinte – copil;

Pentru *Domeniul Părintelui* există 7 scale care măsoară sursele de stres legate de caracteristicile părintelui și anume:

- *Competență*, scorurile înalte sunt înregistrate de către părinții care experimentează un stres mai mare, care nu posedă cunoștințe practice de dezvoltare a copilului, nu posedă o multitudine de abilități de a gestiona comportamentul copilului, care nu simt acest rol ca fiind recompensator pe cât se așteptau, sunt copleșiți de sentimente că rolul de părinte e mai mult decât au așteptat, criticism și neacceptare din partea celuilalt părinte;
- *Izolare* – părinții care înregistrează scoruri înalte, se găsesc sub stres înalt, considerabil în rolul de părinte și cu privire la propriul sentiment de abandon și respingere; programul de intervenție se realizează pentru a asigura suport și angajament social; întrucât relația cu celălalt părinte este distantă, există riscul ca responsabilitățile copilului să fie neglijate;
- *Atașament* – scorurile înalte arată faptul că, părintele poate să nu simtă un nivel de apropiere

- emoțională cu copilul; absența legăturii emoționale poate să fie reflectată într-un pattern de interacțiune rece părinte - copil, o lipsă conexiunii social - emoționale și poate conduce la manifestări de psihopatie la copil; părintele poate să aibă o inabilitate reală sau percepută de a observa și înțelege sentimentele și nevoile copilului;
- *Sănătate* – scala evidențiază deteriorarea sănătății părintelui ca rezultat al stresului parental cât și stresul înregistrat în sistemul părinte – copil;
 - *Rol parental restrictiv* – scorurile înalte arată părintele care regăsește rolul parental ca fiind restrictiv asupra libertăților sale și frustrant pentru a-și menține identitatea proprie; acești părinți se văd ca fiind controlați și dominați de cererile și nevoile copilului;
 - *Depresie* – scala sugerează prezența depresiei semnificative la părinți și prezice disfuncționalități parentale cu simptome ca vină, nefericire, insatisfacție de sine în rolul parental asociate cu circumstanțele de viață; acești părinți se mobilizează greu și nu găsesc energia de a îndeplini responsabilitățile parentale;
 - *Relația cu soțul/ia sau partenerul/a de viață* – scala a fost creată pentru a examina stresul resimțit în diada familială, stresul care se află în relația coparentală; scorurile înalte evidențiază lipsa de suport activ emoțional al celuilalt părinte, în gestionarea copilului, relația negativă dintre mama și tata, lipsa suportului mutual în îngrijirea copilului; simptomele unei relații disfuncționale se referă la celălalt părinte care nu este disponibil, nu dorește să accepte responsabilitățile rolului său, tensiunile la nivelul relației parentale; intervenția se focusează pe o gamă largă de arii privind învățarea asertivității, consilierea familială bazată pe formarea alianței dintre părinți, sensibilizarea părintelui privind asigurarea suportului parental pentru a diminua impactul asupra copilului [143].

Folosind instrumentele psihologice pentru evaluarea subiecților cercetării, au fost determinate **variabilele experimentului de constatare**, astfel:

Pentru *Ipoteza nr 1* - Presupunem că, între preadolescenții proveniți din familiile divorțate și preadolescenții proveniți din familiile nedivorțate există diferențe statistic semnificative din perspectiva patternului emergent de personalitate și a emoționalității manifestate, variabilele fiind:

- Variabila independentă: tipul de familie (divorțat/nedivorțat)
- Variabilele dependente: fiecare scală a testelor și chestionarelor psihologice aplicate pentru copil, astfel:
 1. pentru testul MPACI:
 - patternurile de personalitate: *Încrezător, Sociabil, Conformist, Supus, Inhibat, Insubordonat, Instabil*;
 - semne clinice curente: *Anxietate/Frică, Deficit de atenție, Tendințe obsesiv-compulsive, Probleme de conduită, Comportamente disruptive, Dispoziție depresivă, Distorsionarearealității*;

2. pentru testul HiPIC: *Stabilitate emoțională, Extraversie, Imaginație, Benevolență, Conștiinciozitate;*

3. pentru testul CSI4: *ADHD tipul neatent, ADHD tipul hiperactiv-impulsiv, ADHD tipul combinat, Tulburarea opoziționismului provocator, Tulburarea de conduită, Anxietatea generalizată, Fobia specifică, Tulburarea obsesiv – compulsivă, Stresul post-traumatic, Ticurile, Schizofrenia, Tulburările depresive, Tulburarea Asperger, Tulburarea autistă, Fobia Socială, Anxietatea de separare, Enurezis, Encoprezis;*

4. pentru testul PSI4: domeniul copilului: *Ușurința de a fi distras/Hiperactivitate, Adaptare, Recompensa părintelui, Solicitări, Stare afectivă, Acceptare;*

Pentru Ipoteza nr. 2:

(1) Presupunem că, vom identifica competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală la părintele rezident al copilului, variabilele fiind:

- Variabila independentă: tipul de familie (divorțat/nedivorțat)
- Variabilele dependente: fiecare scală a testelor și chestionarelor psihologice aplicate pentru părinte, astfel:
 - pentru testul PSI4: domeniul părintelui: *Competență, Izolare, Atașament, Sănătate, Rol parental restrictiv, Depresie, Relația cu soțul/ia sau partenerul/a de viață.*
 - pentru chestionarul CCP: *Cunoaștere, Suport afectiv și managementul stresului, Disciplinare, Managementul timpului, Managementul crizelor.*

(2) Presupunem că, vom identifica tulburări de personalitate și tulburări emoționale la copiii cu părinții care au competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală, variabilele fiind:

- Variabilele independente: fiecare scală a testelor și chestionarelor psihologice aplicate pentru părinte;
- Variabila dependentă: fiecare scală a testelor și chestionarelor psihologice aplicate pentru copii, astfel:
 - pentru testul PSI4: domeniul părintelui: *Competență, Izolare, Atașament, Sănătate, Rol parental restrictiv, Depresie, Relația cu soțul/ia sau partenerul/a de viață.*
 - pentru chestionarul CCP: *Cunoaștere, Suport afectiv și managementul stresului, Disciplinare, Managementul timpului, Managementul crizelor.*
 - pentru testul MPACI:
 - patternurile de personalitate: *Încrezător, Sociabil, Conformist, Supus, Inhibat, Insubordonat, Instabil;*

- semne clinice curente: *Anxietate/Frică, Deficit de atenție, Tendințe obsesiv-compulsive, Probleme de conduită, Comportamente disruptive, Dispoziție depresivă, Distorsionarea realității;*
- pentru testul HiPIC: *Stabilitate emoțională, Extraversie, Imaginație, Benevolență, Conștiinciozitate;*
- pentru testul CSI4: *ADHD tipul neatent, ADHD tipul hiperactiv-impulsiv, ADHD tipul combinat, Tulburarea opoziționismului provocatory, Tulburarea de conduită, Anxiety generalizată, Fobia specifică, Tulburarea obsesiv – compulsivă, Stresul posttraumatic, Ticurile, Schizofrenia, Tulburările depresive, Tulburarea Asperger, Tulburarea autistă, Fobia Socială, Anxiety de separare, Enurezis, Encoprezis;*
- pentru testul PSI4: domeniul copilului: *Ușurința de a fi distras/Hiperactivitate, Adaptare, Recompensa părintelui, Solicitări, Stare afectivă, Acceptare.*

Metodele statistice de prelucrare a datelor. Pentru realizarea analizei datelor obținute în cercetare s-au folosit statistici descriptive și inferențiale, prelucrarea datelor realizându-se cu ajutorul programului statistic *Jamovi*. Detaliile descriptive au permis utilizarea unor metode statistice parametrice în prelucrarea datelor la nivelul cercetării constatative: *testul t pentru eșantioane independente* (calcularea diferențelor statistice între mediile obținute de eșantionul de preadolescenți și de părinți proveniți din familiile divorțate cu eșantionul de preadolescenți și de părinți din familiile nedivorțate); *indicatorul d Cohen* (mărimea efectului sau magnitudinea diferenței standardizate între mediile unor distribuții ale variabilelor studiate).

Analiza condiției de normalitate a fost testată prin intermediul *indicatorilor formei distribuției skewness și kurtosis* (Anexa 2, tabelele 2.1.9 – 2.1.14). Se consideră că o distribuție îndeplinește condiția de normalitate atunci când skewness are valori cuprinse între -1 și 1, iar kurtosis are valori cuprinse în intervalul (-2) – (+2) [134].

Omogenitatea valorilor pe baza cărora au fost calculate mediile la nivelul variabilelor studiate a fost verificată prin aplicarea *testul Levene și raportul Hartley FMax* pentru a testa îndeplinirea condiției de omogenitate a varianțelor, *testul t pentru eșantioane independente* s-a bazat pe varianțe egale, omogene ale grupurilor de subiecți. De asemenea, a fost utilizată *analiza de regresie liniară* pentru a analiza rolul de predictor al variabilelor reprezentate de abilitățile parentale asupra trăsăturilor de personalitate și a celor emoționale ale copiilor.

Prezentarea caracteristicilor lotului investigat

Lotul investigat a constat în 125 de copii și 125 de părinți care prezintă caracteristica ”divorț”, numit grupul divorțați (GD), mai specific: grupul copii divorțați (GCD) și grupul părinți divorțați (GPD); și 103 copii și 103 părinți proveniți din familii organizate, denumiți grupul nedivorțați (GN), mai specific: grupul copii nedivorțați (GCN) și grupul părinți nedivorțați (GPN).

Vârsta copiilor din cele două grupuri experimentale este cuprinsă între 9 și 12 ani, distribuția pe subgrupe de vârstă a subiecților copii fiind prezentată în Anexa 2.1, tabelul 2.1.1.

Genul subiecților preadolescenței este distribuit pe cele două grupuri supuse experimentului astfel: pentru GCD - 67 subiecți fete și 58 subiecți băieți, iar pentru GCN - 56 subiecți fete și 47 subiecți băieți.

În privința *nivelului de școlarizare*, toți copiii investigați erau înscriși la școală și frecventau cursurile școlare.

Din perspectiva părinților implicați în experiment, caracteristicile cu privire la *vârstă*, sunt prezentate în Anexa 2.1, tabelul 2.1.2. Din perspectiva *Genul și nivelul de școlarizare* ale subiecților, avem: GPD - 98 femei și 27 bărbați dintre care: 89 subiecți cu studii universitare, 31 subiecți cu studii liceale și 5 subiecți cu studii gimnaziale; GPN - 84 femei și 19 bărbați dintre care: 67 subiecți cu studii universitare, 27 subiecți cu studii liceale și 9 subiecți cu studii gimnaziale.

Pentru stabilirea tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale la copiii cu părinții divorțați, se formulează *ipoteza de lucru nr 1*: Între preadolescenții proveniți din familiile divorțate și preadolescenții proveniți din familiile nedivorțate există diferențe semnificative din perspectiva patternului emergent de personalitate și a emoționalității manifestate.

În scopul verificării ipotezei, în urma aplicării testelor psihologice și a analizei statistice au fost evidențiate următoarele rezultate:

2.2. Particularități ale tulburărilor de personalitate și ale tulburărilor emoționale la copiii care provin din familiile divorțate

Rezultatele pentru testul psihologic MPACI

Scop: identificarea predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale la copiii cu vârste de 9 - 12 ani, consecință a divorțului părinților.

Ipoteză: Presupunem că, la copilul cu părinții divorțați vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale.

În figura 2.1 sunt prezentate mediile obținute prin aplicarea metodei MPACI preadolescenților din grupurile GCN și GCD, pentru patternurile emergente de personalitate, care arată decalajele consistente între cele două grupuri. Rezultatele, la toate scalele testului, se prezintă cu diferențe semnificative pentru preadolescenții proveniți din familiile divorțate (GCD) față de cei din familiile nedivorțate (GCN), cu scoruri considerabile pentru toate scalele. Atrag atenția mediile scalelor *Conformist*, GCN (M=45.39) și GCD (M=67.30) și *Instabil*, GCN (M=27.02) și

GCD (M=52.96) care înregistrează decalaje mari.

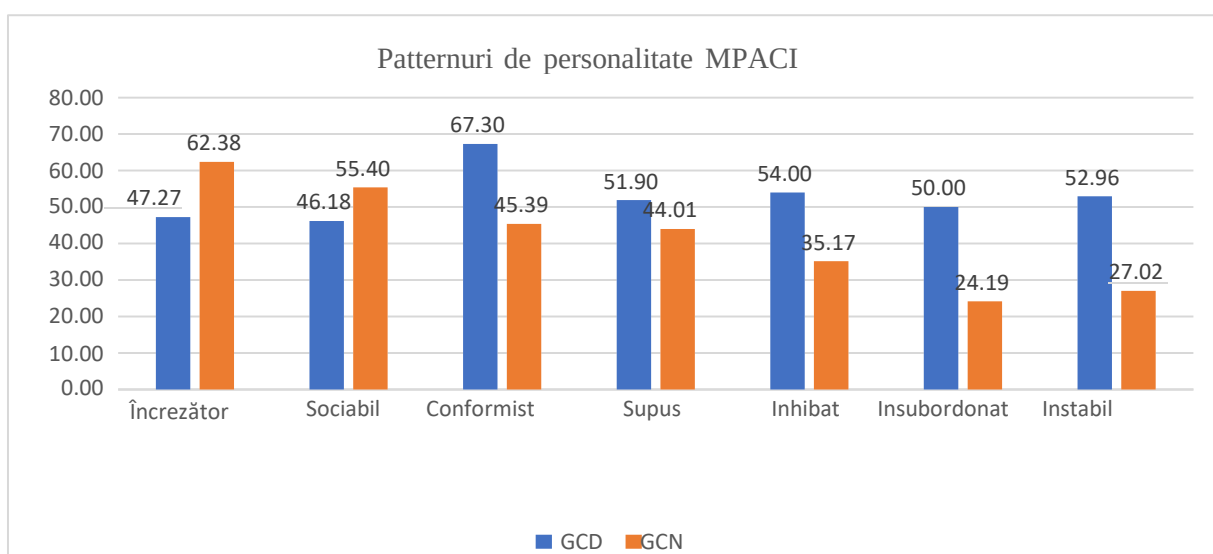


Fig. 2.1. Mediile pentru patternurile de personalitate MPACI, GCD și GCN

În acest context, *testul t* pentru eșantioane independente a fost aplicat pentru a analiza diferențele existente la nivelul trăsăturilor de personalitate emergente manifestate de către copii, în funcție de tipul familiei de proveniență, respectiv divorțate sau nedivorțate. Au fost utilizate *testul Levene* și *raportul Hartley FMax* pentru a testa îndeplinirea condiției de omogenitate a varianțelor și s-a putut observa în Anexa 2.1, tabelele 2.1.3 – 2.1.8 faptul, că este respectată condiția de omogenitate a varianțelor pentru fiecare comparație.

Analiza statistică a datelor a evidențiat diferențe statistic semnificative la nivelul celor două grupuri supuse cercetării, detaliile fiind evidențiate, în cele ce urmează și sintetizate în tabelele 2.1 și 2.2.

Tabelul 2.1. Diferențe între rezultatele testului MPACI, GCN/GCD, patternuri de personalitate

		Medii		Testul t	p	Mărimea efectului
		GCN	GCD			
MPACI	Încrezător	62.38	47.27	6,14	< .001	0,82
	Sociabil	55.40	46.18	4,13	< .001	0,55
	Conformist	45.39	67.30	-9,92	< .001	-1,32
	Supus	44,01	51,9	-3,52	< .001	-0,47
	Inhibat	35,17	54	-7,74	< .001	-1,03
	Insubordonat	24,19	50	-9,30	< .001	-1,24
	Instabil	27,02	52,96	-8,53	< .001	-1,14

Astfel că, rezultatele *testului t* indică faptul că în cazul copiilor care provin din familiile cu părinții divorțați au raportat scoruri mai mici față de cei proveniți din familiile nedivorțate, în ceea ce privește patternul de personalitate *Încrezător* ($t(226) = 6.14, p < .001, d = 0.82$).

De asemenea, aceeași tendință se menține și în cazul patternului *Sociabil* ($t(226) = 4.13, p < .001, d = 0.55$), în sensul în care au fost evidențiate scoruri mai mici pentru subiecții din familiile divorțate față de cei din familiile nedivorțate. Rezultatele sunt explicate prin faptul că, întrucât

preadolescenții care provin din familii organizate, au raportat scoruri ridicate pe aceste scale, ei prezintă un nivel ridicat de energie, reușesc să dezvolte multe prietenii bazate pe distracție, o imagine de sine superioară, sunt independenți, mulțumiți de sine și se simt în siguranță, în comparație cu preadolescenții care au experimentat o situație de separare a părinților.

Copiii care provin din familii cu părinții divorțați au raportat scoruri semnificativ mai mari comparativ cu cei din familiile nedivorțate, în ceea ce privește patternul de personalitate *Conformist* ($t(226) = -9.92, p < .001, d = -1.32$).

Valorile semnificative înregistrate la preadolescenții care provin din familiile divorțate la scala *Conformist* și frecvența semnificativă întâlnită ca pattern emergent principal, se explică prin însăși caracteristicile scalei, care sunt conceptualizate ca prezentând un conflict al polarității sine-altul, orientarea spre ceilalți pentru a obține întărirea și siguranța de care au nevoie fiind omniprezente la acești preadolescenți.

Personalitățile Conformiste resimt un conflict intern puternic, care îi determină să aleagă între a fi obediente, adaptate la nevoile celorlalți și provocative prin exprimarea autonomiei. La suprafață, par să-și rezolve acest conflict prin obediență, în contextul divorțului, manifestată față de părintele cu care locuiește, însă la nivel profund, resimt furie și resentimente. În spatele aparentei complianțe se regăsesc dorințe intense de a se răzvrăti și de a-și afirma impulsurile și emoțiile orientate către sine.

Pentru a evita intimidarea și pedeapsa, ei au învățat să negeveridicitatea propriilor emoții și dorințe și să adopte valorile și regulile impuse de ceilalți. Nepotrivirea pe care o resimt între propriile nevoi și comportamentul pe care trebuie să îl adopte conduce deseori la tensiuni fizice și la un control psihologic rigid. Stilul lor prudent, controlat și perfecționist îi determină la suprimarea resentimentelor și la un conformism exagerat.

Și în cazul personalității *Supus* ($t(226) = -3.52, p < .001, d = -0.47$), preadolescenții proveniți din familiile divorțate au raportat scoruri semnificativ mai mari decât în cazul celor din familii organizate întrucât aceștia manifestă un atașament securizat față de persoanele semnificative pentru a se asigura ca vor primi afecțiune, protecție și securitate și evită să își asume riscuri din frica de a nu fi răniți sau de teama că acțiunile lor vor fi dezaprobat de un adult important din viața lor.

În contextul polarității sine-altul, preadolescenții care afișează patternul *Supus* au învățat că starea de bine, de a fi în siguranță și de a fi încrezător rezultă aproape în exclusivitate din relațiile cu ceilalți. Din punct de vedere comportamental, afișează o nevoie puternică de sprijin și de atenție externă, ceea ce conduce la căutarea relațiilor în care ceilalți oferă în mod cert afecțiune, protecție și ghidare. Acest fapt determină experiența unei stime de sine scăzute și eșuarea în achiziționarea

autonomiei și inițiativei. Cei care sunt privați de afecțiune și grijă resimt un disconfort marcant, tristețe și anxietate.

Pentru scorurile semnificative obținute pe scalele *Inhibat* ($t(226) = -7.74, p < .001, d = -1.03$) și *Insubordonat* ($t(226) = -9.30, p < .001, d = -1.24$), (tabelul 2.1 și tabelul 2.2), pentru copiii care traversează situația de divorț a părinților, argumentele sunt date de experiențele prin care mediul înconjurător dat de cele mai multe ori de tensiuni și conflicte, pentru ei, se prezintă adesea ca fiind nepăsător și ostil, ceea ce a condus la manifestări hiper sensibile, la o capacitate limitată de a experimenta plăcerea, la acțiuni ostile, agresive, resurse de coping limitate, vulnerabilitate la anxietate, depresie și tensiune emoțională.

Preadolescenții inhibați au o capacitate scăzută de a experimenta plăcerea dar o neobișnuită anticipare a durerii psihice și o senzitivitate pentru aceasta. Se așteaptă ca viața să fie neplăcută, cu puține recompense și cu multă suferință, ceea ce crează dezechilibru psihic. Insubordonații adoptă atitudini ostile și duplicitate, se angajează în comportamente ilegale prin intermediul cărora ei caută pedepsirea sau exploatarea celorlalți, acționând impulsiv și iresponsabil. Își doresc autonomie și se simt îndreptățiți să aibă astfel de comportamente.

Dezvoltarea personalității *Instabil* ($t(226) = -8.53, p < .001, d = -1.14$), (tabelul 2.1 și tabelul 2.2), caracterizată printr-un distress puternic și o durere psihică persistentă este de regulă asociată cu un istoric de abuz și neglijare. Copiii se confruntă cu conflicte familiale consistente care au un efect negativ profund asupra trăsăturilor de personalitate aflate în formare și care contribuie la instabilitatea emoțională, comportamente impredictibile, gânduri disfuncționale și confuzia identității.

Părinții diferă oricum în ceea ce privește abilitatea de a face față perioadei dificile a preadolescenței însă, dacă aceasta apare în contextul divorțului, copiii pot resimți o pierdere a reperelor, conștientizând că viața nu se va îmbunătăți, fiind martori la deteriorarea relațiilor familiale și experimentând un stres adițional puternic ceea ce îi face să se simtă copleșiți.

Ei devin mai puțin integrați în termenii organizării personalității, mai puțin eficienți în coping și mai vulnerabili la decompensare, dacă se confruntă cu tensiuni frecvente ale mediului familial. Experimentează dispoziții endogene intense cu perioade recurente de descurajare și apatie, intercalate cu intervale de furie și anxietate.

Detaliile prelucrării statistice ale tuturor scalelor testului MPACI, patternurile de personalitate explicate anterior și semnele clinice care sunt prezentate în continuare, sunt cuprinse în tabelul 2.2, unde putem observa diferențele statistic semnificative, susținute de o mărime a efectului puternică care accentuează semnificația statistică a rezultatelor.

Tabelul 2.2. Semnificația diferențelor la scalele testului MPACI, pentru GCD și GCN
Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
Încrezător	Student's t	6.14 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	0.82
Sociabil	Student's t	4.13 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	0.55
Conformist	Student's t	-9.92 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-1.32
Supus	Student's t	-3.52 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-0.47
Inhibat	Student's t	-7.74 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-1.03
Insubordonat	Student's t	-9.30 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-1.24
Instabil	Student's t	-8.53 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-1.14
Anxietate/Frica	Student's t	-22.20 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-2.95
DeficitAtentie	Student's t	-3.68	226.00	<.001	Cohen's d	-0.49
TendinteObsesivCompulsive	Student's t	-4.66 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-0.62
ProblemeConducta	Student's t	-9.13	226.00	<.001	Cohen's d	-1.22
ComportamenteDisruptive	Student's t	-8.03	226.00	<.001	Cohen's d	-1.07
DispozitieDepresiva	Student's t	-14.25	226.00	<.001	Cohen's d	-1.90
DistorsionareaRealitatii	Student's t	-12.44 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-1.66

Abordarea complexă a problematicilor cu privire la dezvoltarea psihică în general a copiilor care traversează o situație de divorț, cu accent atât pe patternurile emergente de personalitate, cât și pe emoționalitatea acestora, are la bază rezultatele înregistrate prin autoraportare de către copiii incluși în cercetare.

Conform datelor obținute de la aceștia, observăm în figura 2.2 mediile care semnifică emoționalitatea copiilor și diferențele majore între rezultatele GCN și GCD la toate scalele testului.

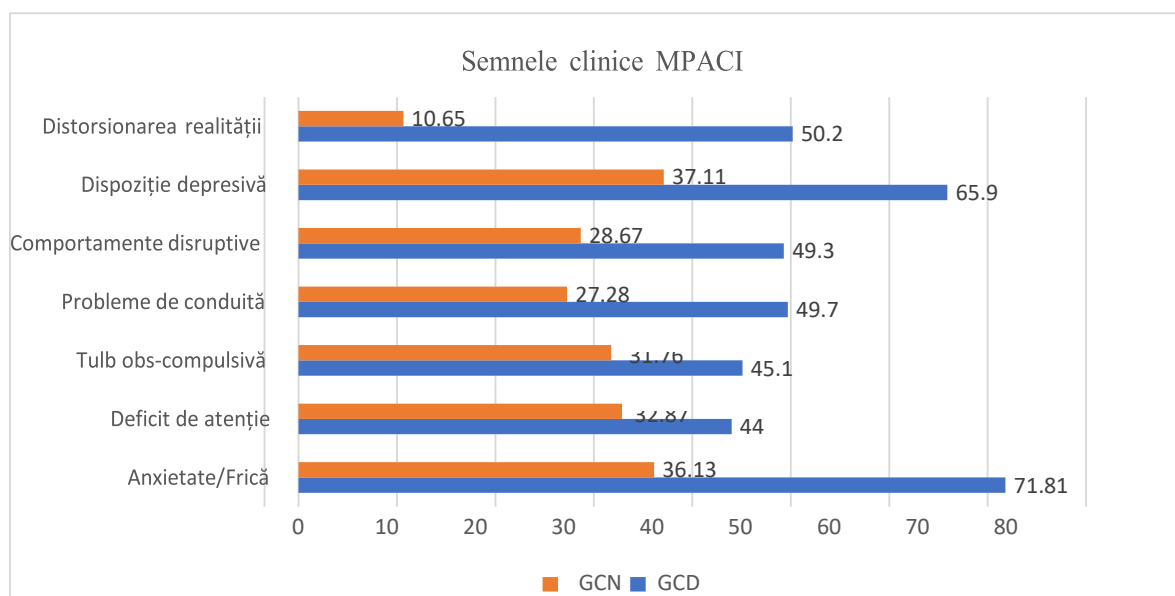


Fig. 2.2. Mediile pentru simptomatologia emoțională MPACI, GCD și GCN

Se remarcă rezultatele semnificative ale mediilor GCD pentru scalele Anxietate/Frică (M=71.81) și Dispoziție depresivă (M=65.9) însă, ceea ce impune o abordare psihologică consistentă pentru a reduce simptomatologia, este decalajul major între media scalei

Distorsionarea realității (M=50.2) pentru grupul GCD față de GCN (M=10.65).

Pentru a înțelege din punct de vedere semnificativ mediile raportate, s-a realizat o analiză acurată a acestora prin prelucrarea statistică complexă a mediilor care a condus la rezultatele testului t prezentate în tabelul 2.3. Observăm datele care indică faptul că, în cazul copiilor care provin din familiile cu părinți divorțați s-au raportat scoruri statistic semnificative, cu rezultate mai mari față de cei proveniți din familiile nedivorțate, în ceea ce privește simptomele emoționale la toate scalele testului. Rezultatele sunt susținute și de mărimea efectului care înregistrează valori cu semnificație puternică.

Tabelul 2.3. Diferențe între rezultatele testului MPACI, GCN/GCD semne clinice

		Medii		Testul t	p	Mărimea efectului
		GCN	GCD			
MPACI	Anxietate/Frică	36,13	71,81	-22,20	< .001	-2,95
	Deficit atenție	32,87	44	-3,68	< .001	-0,49
	Tendințe obs-comp	31,76	45,1	-4,66	< .001	-0,62
	Probleme conduită	27,28	49,7	-9,13	< .001	-1,22
	Comport. disruptive	28,67	49,3	-8,03	< .001	-1,07
	Dispoziție depresivă	37,11	65,9	-14,25	< .001	-1,90
	Distorsionarea realității	10,65	50,2	-12,44	< .001	-1,66

În detaliu, pentru scalele *Anxietate* ($t(226) = -22.20$, $p < .001$, $d = -2.95$) și *Dispoziție depresivă* ($t(226) = -14.25$, $p < .001$, $d = -1.90$), se remarcă impactul major pe care mediul de proveniență (familia divorțată și familia nedivorțată) îl amprentează pe preadolescent în sistemul său emoțional, datele raportate înregistrând decalaje majore.

Preadolescenții anxioși declară deseori prezența emoțiilor aprehensive sau specific fobice și se simt tensionați, indeciși, hipervigilenți și agitați. Prezintă tendința să acuze variate forme de disconfort fizic, cum ar fi tensiune, transpirație excesivă dureri musculare și amețeli.

Preadolescenții depresivi manifestă emoții de teamă, tristețe, descurajare și singurătate, care se dezvoltă, de regulă, pe fondul unor probleme care apar cu o anumită frecvență, persistă o perioadă mai îndelungată și afectează viața de zi cu zi a acestora.

În aceste perioade pot să apară episoade frecvente de plâns, o viziune pesimistă, izolare socială, apetit scăzut sau poftă de mâncare crescută, oboseală cronică, concentrare slabă și pierderea interesului pentru activități plăcute. Eficiența scăzută poate apărea chiar în realizarea unor sarcini obișnuite, de rutină.

Așa cum am arătat, stările emoționale sunt asociate cu simptome somatice (dureri de stomac, de cap, etc), afective (nervozitate), cognitive (frica de a se răni pe sine sau familia) și simptome comportamentale, susținute și de rezultatele semnificative pe scalele *Problemele de conduită* ($t(226) = -9.13$, $p < .001$, $d = -1.22$) și *Comportamente disruptive* ($t(226) = -8.03$, $p < .001$, $d = -1.07$), evidențiate în tabelul 2.2 și în tabelul 2.3.

Preadolescenții care au probleme își exprimă distresul prin manifestarea unui comportament problematic în familie, cu prietenii sau cu profesorii, obținând atenție prin astfel de manifestări și prin nerespectarea constrângerilor sociale sau familiale.

O caracteristică centrală a acestor preadolescenți este impulsivitatea fără preocuparea pentru eventualele consecințe, pe care, chiar dacă le înțeleg, aleg să le ignore, arătând indiferență față de riscul pedepsei.

Rezultatele semnificative au fost obținute de către copiii care au părinții divorțați pe scalele:

- *Deficit de atenție* ($t(226) = -3.68, p < .001, d = -0.49$) și
- *Tendințe obsesiv compulsive* ($t(226) = -4.66, p < .001, d = -0.62$).

Ceea ce arată că, incapacitatea de concentrare a atenției și hiperactivitatea, gândurile persistente și recurente resimțite ca fiind intruzive, compulsiile și comportamentele repetitive pe care copilul este constrâns să le realizeze pentru a diminua stresul, pot fi justificate și pot să reflecte răspunsul copilului la situațiile adverse de viață pe care le traversează.

Atrag atenția valorile semnificative înregistrate pe scala *Distorsionării realității* ($t(226) = -12.44, p < .001, d = -1.66$), scală care identifică preadolescenții care pot manifesta experiențe perceptuale și distorsionări cognitive neobișnuite care pot crea confuzie și teamă, creându-le copiilor un distres puternic și fiind întâlnite, de regulă, în cazul familiilor cu înalt grad de conflict manifestat pe o perioadă îndelungată, pe un fond de vulnerabilitate al copilului.

În nevoia de a construi un pod care să le permită să depășească abisul dintre stabilirea unui mediu securizant și eficient dezvoltării de sine și factorii exteriori haotici, conflictuali ai mediului familial, se refugiază în lumea proprie, imaginară și sigură, dar nereală. Pentru scorurile semnificative clinic a fost recomandat consult de specialitate.

Concluzionăm că, preadolescenții din GCD au raportat scoruri cu diferențe statistice semnificative față de cei din GCN la testul MPACI, prezentând o afectare a dezvoltării psihice în general, un dezechilibru la nivelul patternului emergent de personalitate (prezența consistentă a patternurilor Conformist, Inhibat, Instabil) și a stării emoționale (Anxietate/Frică, Dispoziție depresivă, Distorsionarea realității).

Rezultatele obținute confirmă ipoteza potrivit căreia între preadolescenții proveniți din familiile divorțate și preadolescenții proveniți din familiile nedivorțate există diferențe semnificative din perspectiva patternului emergent de personalitate și a emoționalității manifestate.

Rezultatele pentru testul psihologic HiPIC

Scop: identificarea predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale

la copiii cu vârste de 9 - 12 ani, consecință a divorțului părinților.

Ipoteză: Presupunem că, la copilul cu părinții divorțați vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale.

În ceea ce privește testul HiPIC, mediile datelor raportate de către părintele care întrunește criteriul frecvenței de interacțiune cu copilul evaluat, respectiv părintele rezident în cazul GCD și unul din părinți în cazul GCN, sunt evidențiate în figura următoare:

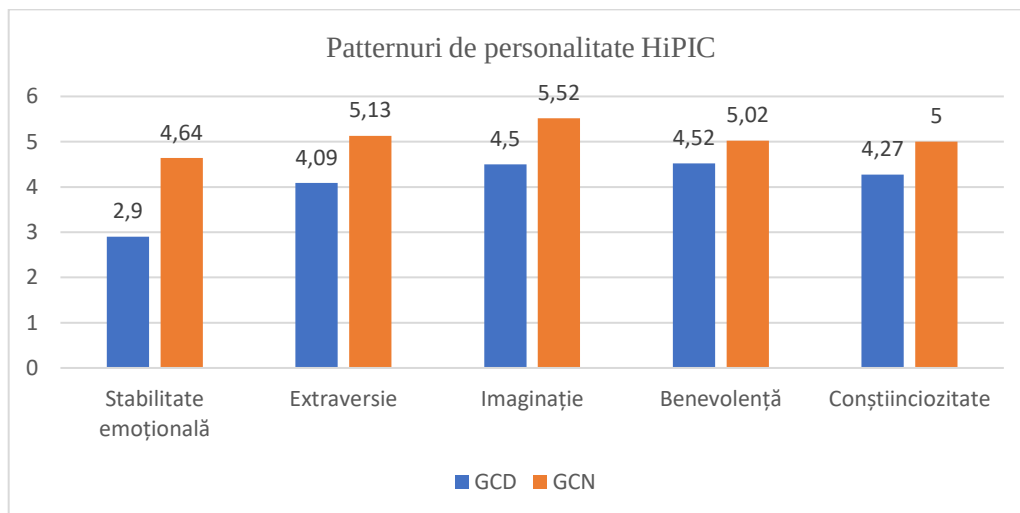


Fig. 2.3. Mediile pentru patternurile de personalitate HiPIC, GCD și GCN

Datele obținute prin aplicarea testului HiPIC arată că mediile preadolescenților din grupurile GCN și GCD, pentru trăsăturile de personalitate, înregistrează decalaje consistente între cele două grupuri. Rezultatele, la toate scalele testului, se prezintă cu diferențe mari pentru preadolescenții proveniți din familiile divorțate (GCD) față de cei din familiile nedivorțate (GCN), aceste diferențe fiind considerabile pentru toate scalele. Se remarcă mediile scalei *Stabilitate emoțională*, GCN (M=4.64) și GCD (M=2.9), care înregistrează un nivel redus și care evidențiază o problemă majoră ale preadolescenților cu privire la echilibrul emoțional, o tendință generală a acestora către emoții negative, iritabilitate, reziliență scăzută și capacitate redusă de a se calma în urma experiențelor emoționale intense.

Analiza statistică și prelucrarea datelor descriptive au condus la comparația realizată la nivelul trăsăturilor de personalitate pentru HiPIC, astfel cum se evidențiază în tabelul 2.4.

Tabelul 2.4. Diferențe între rezultatele testului HiPIC, GCN/GCD, patternuri de personalitate

HiPIC		Medii		Testul t	p	Mărimea efectului
		GCN	GCD			
	Stab emoțională	4,64	2,9	8,29	< .001	1,10
	Extraversie	5,13	4,09	5,06	< .001	0,67
	Imaginație	5,52	4,5	5,01	< .001	0,67
	Benevolență	5,02	4,52	2,02	0.045	0,27
	Conștiinciozitate	5	4,27	3,77	< .001	0,50

Analiza comparativă a rezultatelor grupurilor GCN și GCD cu ajutorul testului t pentru eșantioane

independente, subliniază diferențe statistic semnificative susținute de valoarea mărării efectului.

Prin urmare, observăm faptul că, în cazul copiilor care provin din familiile cu părinți divorțați (GCD) s-au înregistrat scoruri mai mici pe toate scalele, astfel: *Stabilitate emoțională* ($t(226) = 8.29, p < .001, d = 1.10$), *Extraversie* ($t(226) = 5.06, p < .001, d = 0.67$), *Imaginație* ($t(226) = 5.01, p < .001, d = 0.67$), *Benevolență* ($t(226) = 2.02, p = .045, d = 0.27$) și *Conștiinciozitate* ($t(226) = 3.77, p < .001, d = 0.50$), în comparație cu copiii care provin din familiile nedivorțate (GCN).

Mai specific, datele prelucrării statistice concrete raportate în testul de personalitate HiPIC sunt prezentate și în tabelul 2.5 pentru a susține și evidenția existența predispozițiilor la tulburările de personalitate ale copiilor din GCD:

Tabel 2.5. Semnificația diferențelor la scalele testului HiPIC, pentru GCD și GCN

Independent Samples T-Test						
		Statistic	df	p		Effect Size
Stabilitate Emotinala	Student's t	8.29	226.00	<.001	Cohen's d	1.10
Extraversie	Student's t	5.06	226.00	<.001	Cohen's d	0.67
Imaginație	Student's t	5.01	226.00	<.001	Cohen's d	0.67
Benevolenta	Student's t	2.02	226.00	0.045	Cohen's d	0.27
Constiinciozitate	Student's t	3.77 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	0.50

Deși nu este folosit ca un instrument care să descrie natura și gravitatea patologiei personalității la o vârstă fragedă, rezultatele raportate pentru scala *Stabilitate emoțională* evidențiază faptul că, abilitățile copiilor ai căror părinți sunt divorțați, de a face față unor situații anxioase și stresante, sunt mai scăzute decât ale celor din familiile complete. Ei consideră că nu pot face față, rămân inerti în fața adversităților și sunt incapabili de a lua decizii pe cont propriu. Se plâng destul de ușor și de des și sunt considerați de către cei din jur ca fiind copii dependenți, nesiguri și nervoși.

Din perspectiva scalei *Extraversie* care descrie frecvența și intensitatea emoțional pozitivă și energetică cu care copilul interacționează la nivel social, în cazul copiilor cu părinți divorțați, scorurile semnificative mai scăzute decât ale celor din familiile organizate, reflectă tendința acestora de a sta deoparte, fără să iasă iasă în evidență și să caute în mod activ să interacționeze cu copii, găsind dificilă integrarea într-un grup de prieteni.

Rezultatele obținute pe scala *Imaginație* denotă, de asemeni, caracteristici ce presupun o lipsă a imaginației și dificultăți în a gândi în termeni abstracti, limitând copiii din familiile divorțate să abordeze problemele cu care se confruntă printr-o singură strategie și nu din mai multe unghiuri, strategie sigură și de încredere, care poate conduce la lipsa unor conștientizări interioare.

În ceea ce privește scala *Conștiinciozitate*, nivelul semnificativ scăzut obținut de către copiii din familiile divorțate, evidențiază dificultățile acestora de a persevera și a se concentra pentru a atinge rezultate bune în activitate, având nevoie de încurajare și supervizare continuă.

În concluzie, caracteristicile personalității copiilor proveniți din familiile divorțate, au înregistrat scoruri mai scăzute cu privire la Stabilitatea emoțională, Extraversie, Imaginație și Conștiinciozitate față de rezultatele raportate la copiii care provin din familiile nedivorțate. Prin urmare și în cazul testului HiPIC se confirmă ipoteza etapei de cercetare conform căreia presupunem că, la copilul cu părinții divorțați vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale.

Rezultatele pentru testul psihologic CSI4

Scop: identificarea tulburărilor emoționale și a predispozițiilor tulburărilor de personalitate la copiii cu vârste de 9 - 12 ani, consecință a divorțului părinților.

Ipoteză: Presupunem că, la copilul cu părinții divorțați vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale.

Prezentăm în figura 2.4 la nivel grafic, mediile datelelor raportate de ambele grupuri de subiecți (GCN și GCD), pentru toate scalele testului CSI4.

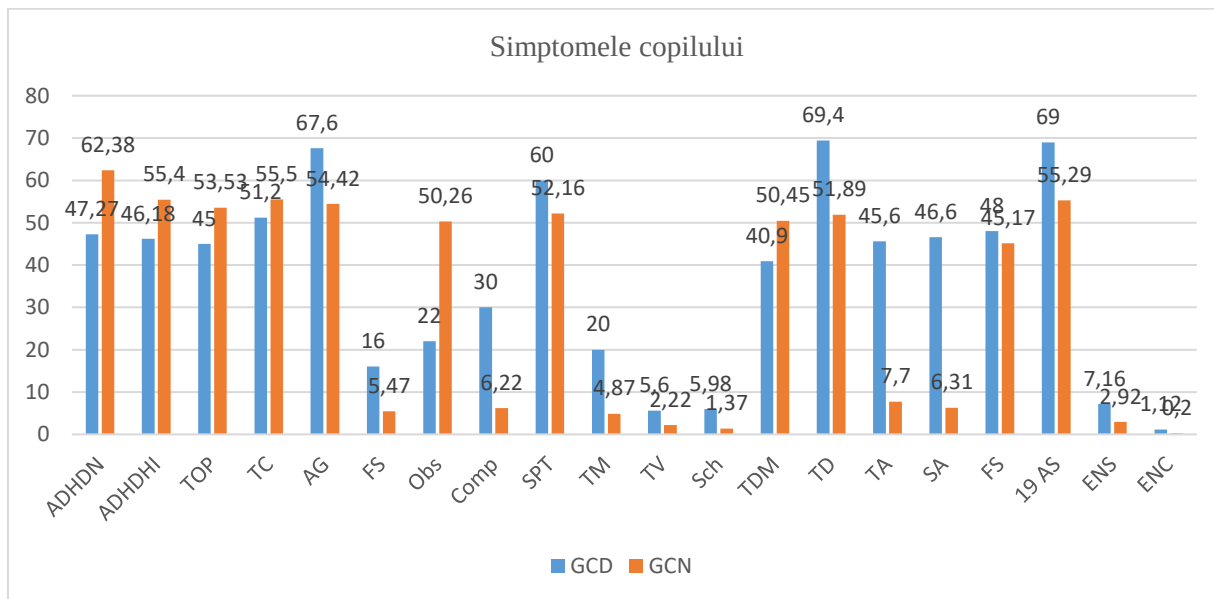


Fig. 2.4. Mediile pentru simptomatologia copilului din CSI4, GCD și GCN

Menționăm și evidențiem diferențele dintre scorurile raportate la scalele care expun dificultăți ale copiilor pe segmentul emoțional și care necesită a atenție deosebită din cauza impactului semnificativ asupra echilibrului emoțional. Astfel, subliniem mediile ridicate raportate pentru scalele *Anxietate generalizată* (M=67,6), *Tulburare distimică* (M=69,4), *Anxietate de separare* (M=69) și *Stres post-traumatic* (M=60). Adiacente acestor problematici, se pot menționa

și decalajele dintre cele două grupuri, GCD față de GCN, la mediile obținute de copiii din familiile cu părinții divorțați, pentru scalele *Fobie specifică* (M=16), *Compulsii* (M=30) și *Ticuri motorii* (M=20), explicate ca posibile manifestări pe fondul existenței scorurilor semnificative ale anxietății.

Complexitatea evaluării problematicilor copiilor cu ajutorul testului CSI4 se evidențiază în figura de mai sus, numeroase predispoziții spre tulburări de natură emoțională și comportamentală fiind expuse în datele raportate pentru cele două grupuri, GCN și GCD. Figura ilustrează dificultățile complexe raportate în privința copiilor celor două grupuri, testul CSI4 fiind ghidat de criterii de diagnostic prevăzute în manuale de specialitate. Însă, cercetarea de față nu își propune diagnosticarea tulburărilor individualizate ale subiecților, prin urmare, extragem și expunem în prim plan, la nivel grafic în figura 2.5, mediile relevante pentru cercetarea de față ale emoționalității preadolescentului:

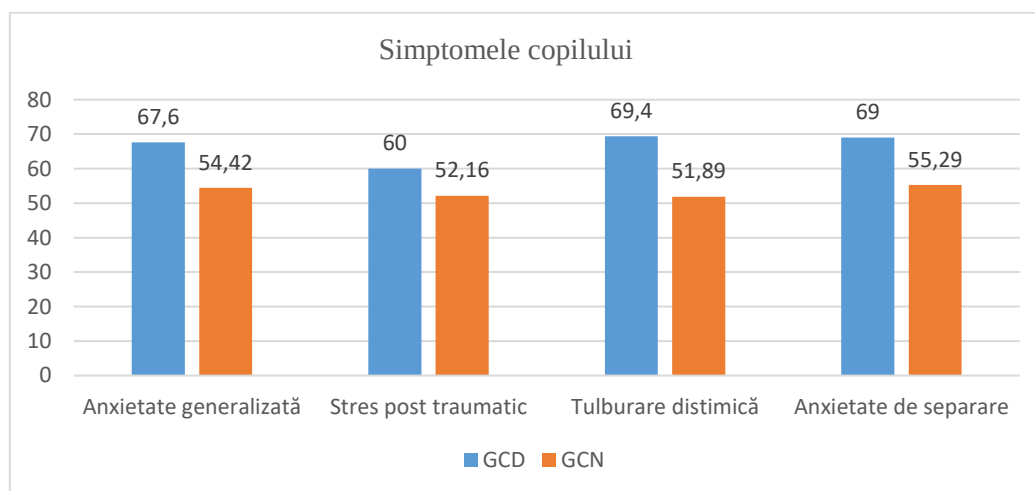


Fig. 2.5. Extras din mediile rezultatelor la testul CSI4, GCD și GCN

Analiza complexă a datelor descriptive menționate s-a realizat cu ajutorul testului t pentru eșantioane independente care a fost utilizat și pentru a testa dacă există diferențe statistice semnificative între copii, în funcție de tipul familiei din care provin.

Astfel că, la nivelul tulburărilor emoționale și comportamentale în testul CSI4, care evaluează cele mai prevalente tulburări manifestate la copii, observăm în tabelul 2.6 decalajul între grupurile etapei cercetării, mărimea efectului accentuând semnificația statistică a datelor.

Tabelul 2.6. Diferențe între rezultatele din GCN și GCD pentru testul CSI4

CSI4		Medii		Testul t	p	Mărimea efectului
		GCN	GCD			
	Anxiet. generaliz	54,42	67,6	-11,10	< .001	-1,48
	Stres post traum.	52,16	60	-7,67	< .001	-1,02
	Tulb. distimică	51,89	69,4	-15,94	< .001	-2,12
	Anxiet. de separare	55,29	69	-12,59	< .001	-1,68

În detaliu, observăm că preadolescenții care provin din familiile cu părinții divorțați au obținut scoruri statistic semnificative mai mari la nivelul mai multor scale, dar cu relevanță pentru cercetarea de față fiind:

- *Anxietatea generalizată* ($t(226) = -11.10, p < .001, d = -1.48$),
- *Stresului post-traumatic* ($t(226) = -7.67, p < .001, d = -1.02$),
- *Tulburării distimice* ($t(226) = -15.94, p < .001, d = -2.12$),
- *Anxietății de separare* ($t(226) = -12.59, p < .001, d = -1.68$).

Astfel că, se remarcă rezultatele semnificative obținute pe scalele *Anxietate generalizată* și *Anxietate de separare* de către copiii proveniți din părinții divorțați, rezultate care evidențiază îngrijorarea excesivă și incontrollabilă a copiilor și care determină o nevoie de încurajare și susținere permanentă din partea părinților. Îngrijorarea, de regulă, este legată la acești copii de posibilitatea producerii unor evenimente nefericite care îi va separa de părintele lor, stare care interferează cu existența cotidiană producând dificultăți de concentrare, perturbarea somnului și agitație. Părinții raportează comportamente de "agățare" ale copiilor manifestate atunci când resimt sau anticipează o separare, raportând deseori faptul că, pe perioada nopții, copilul doarme cu părintele.

Scala *Tulburare distimică* a evidențiat rezultate semnificative pentru copiii din familiile divorțate, scală care prezintă stări dispoziționale de tristețe și iritabilitate, stimă de sine scăzută, pierderea interesului și a plăcerii pentru unele activități, probleme de alimentație și hipnice, oboseală și dificultăți de concentrare, astfel cum se confirmă și de rezultatele celorlalte teste psihologice aplicate.

Din perspectiva copilului expus la un eveniment traumatic, au fost raportate rezultate semnificative pentru scala *Stress post-traumatic*, cu caracteristici ale unor posibile abuzuri fizice și emoționale asupra copilului sau asupra părintelui de care este atașat, care produc o detresă semnificativă, simptomele fiind de reactivitate și arousal crescute, de evitare a situațiilor sau persoanelor care îi reamintesc de eveniment.

Referitor la datele obținute pe scala *Fobie specifică*, sunt evidențiate rezultate care evocă o frică intensă față de un obiect specific, fiind legată de un fond de anxietate extremă, în concordanță cu datele obținute și în celelalte teste pe scale de anxietate. În ceea ce privește rezultatele semnificative raportate pe scalele *Compulsii* și *Ticuri motorii*, acestea sunt explicate ca și comorbiditate ale scalelor de anxietate și depresie, raportate de către părinți ca fiind manifestate, de regulă, prin mișcări ale brațelor și mâinilor.

Specificul problematicei raportat de către părinte pentru copilul său este evidențiat și susținut în datele statistice prezentate în tabelul 2.7. pentru toate scalele testului CSI4:

Tabelul 2.7. Semnificația diferențelor la scalele din CSI4, pentru GCD și GCN

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p		Effect Size
ADHDtipulneatent	Student's t	4.75 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	0.63
ADHDtipulHiperactiv-impulsiv	Student's t	3.99 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	0.53
ADHDtipulCombinat	Student's t	14.87	226.00	<.001	Cohen's d	1.98
TulburareaOpoziționismulProvocator	Student's t	6.79 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	0.90
TulburareDeConduită	Student's t	3.71 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	0.49
AnxietateGeneralizată	Student's t	-11.10	226.00	<.001	Cohen's d	-1.48
FobieSpecifică	Student's t	-5.51	226.00	<.001	Cohen's d	-0.73
Obsesii	Student's t	16.22 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	2.16
Compulsii	Student's t	-10.64 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-1.42
StresPostTraumatic	Student's t	-7.67 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-1.02
TicuriMotorii	Student's t	-5.85 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-0.78
TicuriVocale	Student's t	-1.93 ^a	226.00	0.055	Cohen's d	-0.26
Schizofrenie	Student's t	-2.71 ^a	226.00	0.007	Cohen's d	-0.36
TulburareDepresivaMajora	Student's t	8.92	226.00	<.001	Cohen's d	1.19
TulburareDistimica	Student's t	-15.94	226.00	<.001	Cohen's d	-2.12
TulburareAutista	Student's t	-22.52 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-3.00
SindromAsperger	Student's t	-25.33 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-3.37
FobieSociala	Student's t	-2.81	226.00	0.005	Cohen's d	-0.37
AnxietateDeSeparare	Student's t	-12.59	226.00	<.001	Cohen's d	-1.68
Enuresis	Student's t	-2.89	226.00	0.004	Cohen's d	-0.38
Encopresis	Student's t	-3.79 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-0.50

Așa cum se observă, copiii care provin din familiile cu părinții divorțați au raportat scoruri nediferențiate în ceea ce privește scalele:

- ADHD tipul neatent ($t(226) = 4.75, p < .001, d = 0.63$),
- ADHD tipul hiperactiv-impulsiv ($t(226) = 3.99, p < .001, d = 0.53$),
- opoziționismul provocator ($t(226) = 6.79, p < .001, d = 0.90$),
- tulburarea de conduită ($t(226) = 3.71, p < .001, d = 0.49$),
- obsesii ($t(226) = 16.44, p < .001, d = 2.16$),
- tulburarea depresivă majoră ($t(226) = 8.92, p < .001, d = 1.19$),
- schizofreniei ($t(226) = -2.71, p = .007, d = -0.36$),
- tulburării autiste ($t(226) = -22.52, p < .001, d = -3.00$),
- sindromului Asperger ($t(226) = -25.33, p < .001, d = -3.37$),
- fobiei sociale ($t(226) = -2.81, p = .005, d = -0.37$),
- enurezisului ($t(226) = -2.89, p = .004, d = -0.38$),
- encopresisului ($t(226) = -3.79, p < .001, d = -0.50$).

Datele nediferențiate la aceste scale între cele două grupuri GCD și GCN, raportate de către părinte cu privire la copil, pot fi clarificate prin însăși natura intrinsecă a chestionarului care evaluează cele mai prevalente tulburări psihiatrice manifestate la copil.

Părintele a raportat problematice ale copilului, independent de prezența sau absența caracteristicii de divorț, o parte dintre aceste tulburări fiind individuale și prezentând relevanță scăzută pentru domeniul studiat în lucrarea prezentă.

Concluzionăm faptul că, există diferențe semnificative între copii în funcție de tipul familiei

din care provin, la nivelul tulburărilor emoționale și comportamentale evaluate prin testul CSI4, astfel că, se confirmă ipoteza etapei de cercetare potrivit căreia între preadolescenții proveniți din familiile divorțate și preadolescenții proveniți din familiile nedivorțate există diferențe semnificative la nivelul Anxietății generalizate Fobiei specifice, Compulsiilor, Stresului post-traumatic, Ticurilor motorii, Tulburării distimice și Anxietății de separare.

Rezultatele pentru testul psihologic PSI4 – Domeniul Copilului

Scop: identificarea predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale la copiii cu vârste de 9 - 12 ani.

Ipoteză: Presupunem că, la copilul cu părinții divorțați vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale.

Comparația mediilor testului PSI4 la nivelul simptomelor copilului, pentru cele două grupuri supuse cercetării, respectiv GCD și GCN, a evidențiat date diferențiate, astfel cum sunt prezentate în figura nr. 2.6.

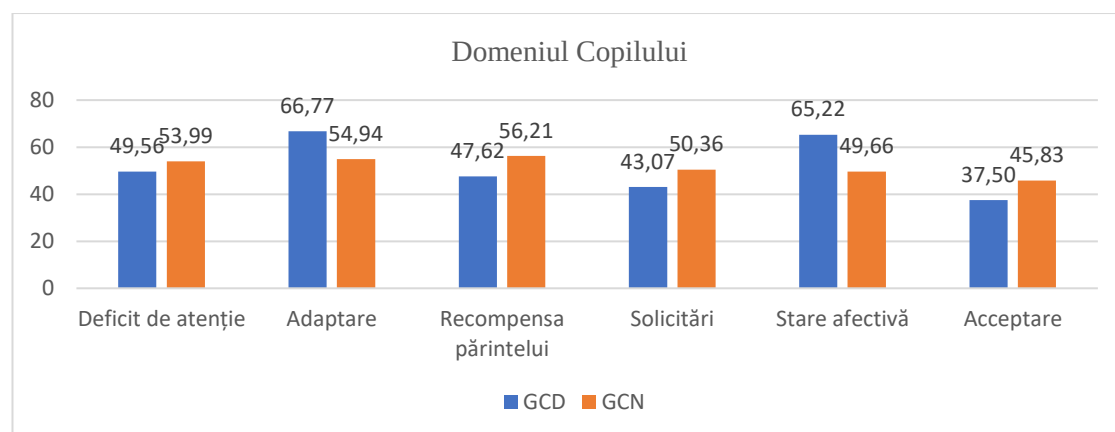


Fig. 2.6. Mediile pentru simptomele copilului din PSI4, GCD și GCN

Rezultatele expuse în statistica descriptivă se prezintă cu diferențe la toate scalele testului pentru preadolescenții proveniți din familiile divorțate (GCD) față de cei din familiile nedivorțate (GCN), cu scoruri mai mari pentru toate scalele care evaluează starea emoțională a copilului.

Remarcăm însă, nivelurile ridicate ale mediilor pentru GCD la scalele *Adaptare* ($M=66.768$) și *Stare afectivă* ($M=65.224$) care înregistrează decalaje mari față de scorile raportate de GCN, ceea ce crește riscul apariției tulburărilor. Toate aceste particularități produc rigidități în exprimarea și manifestarea emoțională și comportamentală a copiilor și, având în vedere perioada pe care o traversează, crează dezechilibre consistente în dezvoltare.

Pentru o analiză acurată a datelor descriptive prezentate, a fost utilizat testul t pentru eșantioane independente care a indicat faptul că, în cazul copiilor ce provin din familiile cu părinți divorțați există diferențe statistic semnificative la scalele *Adaptare* ($t(226) = -8.63, p < .001, d = -$

1.15) și *Stare afectivă* ($t(226) = -12.23, p < .001, d = -1.63$), astfel cum se evidențiază în tabelul 2.8.

Tabelul 2.8. Diferențe între rezultatele ptestului PSI4, GCN/GCD

		Medii		Testul t	p	Mărimea efectului
		GCN	GCD			
PSI4	Deficit atenție	53,99	49,56	3,19	0,002	0,42
	Adaptare	54,94	66,77	-8,63	< .001	-1,15
	Recomp.părintelui	56,21	47,62	6,97	< .001	0,93
	Solicitări	50,36	43,07	7,05	< .001	0,94
	Stare afectivă	49,66	65,22	-12,23	< .001	-1,63
	Acceptare	45,83	37,50	10,86	< .001	1,44

Prin urmare, rezultatele statistice arată că, preadolescenții care traversează o situație de divorț a părinților înregistrează scoruri mai ridicate decât cei din familiile nedivorțate, prezentând o funcționare afectivă disfuncțională, stări de nefericire, deprimare, plâng des și nu arată semne de stare de bine; scorurile evidențiate reprezintă o consecință a lipsei de atașament parental, absența și chiar indisponibilitatea părintelui.

Starea emoțională dezechilibrată se asociază de regulă și cu comportamente disfuncționale ale copilului, reflectate în abilitatea de adaptare, cu simptomatologie privind inabilitatea copilului de a face trecerea de la un task la altul fără distres emoțional și de a schimba rutinele sau dificultăți în a se calma atunci când este supărat, ceea ce conduce la sentimente de frustrare ale părinților în a crea o relație cu copilul.

Astfel cum se observă și în tabelul 2.8, pentru scalele Deficit de atenție ($t(226) = 3.19, p = .002, d = 0.42$), Recompensa părintelui ($t(226) = 6.97, p < .001, d = 0.93$), Solicitări ($t(226) = 7.05, p < .001, d = 0.94$) și Acceptare ($t(226) = 10.86, p < .001, d = 1.14$), scorurile au înregistrat niveluri mai reduse de diferențiere, nefiind semnificative la copiii proveniți din familii divorțate față de cei din familii nedivorțate.

Datele statistice înregistrate în detaliu și evidențierea diferențelor dintre cele două grupuri de subiecți ale cercetării pentru caracteristicile copilului sunt prezentate cu caracteristicile specifice prelucrării în tabelul 2.9, astfel:

Tabelul 2.9. Semnificația diferențelor la scalele din PSI4, pentru GCD și GCN

Independent Samples T-Test						
		Statistic	df	p		Effect Size
DeficitAtentie (2)	Student's t	3.19 ^a	226.00	0.002	Cohen's d	0.42
Adaptare	Student's t	-8.63 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-1.15
RecompensaParintelui	Student's t	6.97	226.00	<.001	Cohen's d	0.93
Solicitari	Student's t	7.05	226.00	<.001	Cohen's d	0.94
StareAfectiva	Student's t	-12.23 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-1.63
Aceptare	Student's t	10.86	226.00	<.001	Cohen's d	1.44

Deducem de aici faptul că, interacțiunile dintre părinte și copil nu sunt percepute întotdeauna

ca fiind dificultăți de gestionare a copilului, părintele rezident reușește uneori să producă sentimente pozitive și să accepte situația de divorț, fără să afecteze rolul său parental, posibil datorită faptului că unele divorțuri parentale au fost dezirabile, eliminând tensiunile cu privire la cuplu.

În concluzie, comparația la nivelul simptomelor copilului din testul PSI4, pentru cele două grupuri supuse cercetării, respectiv GCD și GCN, a evidențiat date diferențiate prin raportarea părintelui la caracteristicile copilului, confirmând ipoteza statistică potrivit căreia între preadolescenții proveniți din familiile divorțate și preadolescenții proveniți din familiile nedivorțate există diferențe semnificative la nivelul scalelor Stare afectivă și Adaptare, astfel că, la copiii cu părinți divorțați vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale.

Pentru stabilirea nivelului ***Competențelor parentale și a relației de coparentalitate la părinții rezidenți*** și a influenței acestora asupra caracteristicilor de personalitate și a celor emoționale ale copilului, se formulează *ipoteza de lucru nr 2*, care cuprinde două etape:

(1) Presupunem că, vom identifica nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală la părintele rezident al copilului;

(2) Presupunem că, vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale la copiii cu părinți care au nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

Pentru stabilirea nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate, respectiv, pentru verificarea *ipotezei nr. 2(1)* conform căreia ”*Presupunem că, vom identifica nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală la părintele rezident al copilului*”, au fost realizate prelucrări ale datelor raportate de către părinții rezidenți ai copiilor din GPD și de părinții din familiile intacte din GPN.

Prezentăm în continuare analizele statistice pe fiecare instrument psihologic în parte, în vederea verificării ipotezei statistice:

Rezultatele pentru testul psihologic PSI4 – Domeniul părintelui

Scop: identificarea nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate pentru părinții rezidenți ai copiilor.

Ipoteză: Presupunem că, vom identifica nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală la părintele rezident al copilului.

Din perspectiva părintelui, datele raportate de către grupurile de părinți pentru scalele testului PSI4 – Domeniul Părintelui, au înregistrat medii cu diferențe ușoare la majoritatea scalelor, cu excepția scalei Relația cu partenerul, la care se observă un decalaj major al rezultatelor părinților

divorțați ($M=72,31$) față de cei nedivorțați ($M=45,4$), astfel cum sunt prezentate în figura următoare:

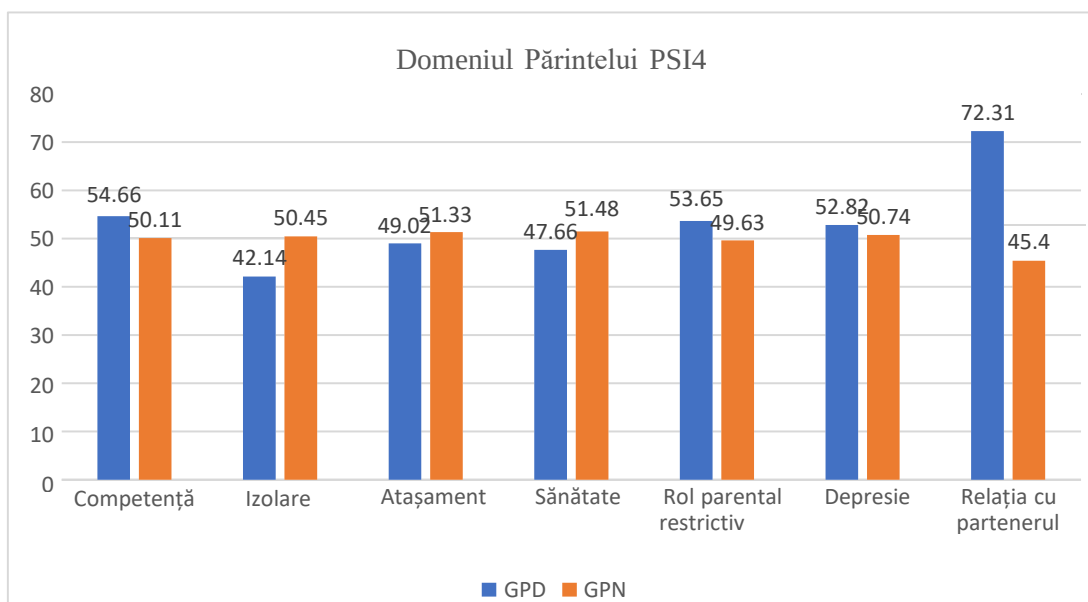


Fig. 2.7. Mediile pentru caracteristicile părintelui din PSI4, GPD și GPN

Nivelul extrem de ridicat pe care îl evidențiază mediile scalei *Relația cu partenerul* atrage atenția asupra problematicilor consistente de natură relațională dintre părinții divorțați.

Pentru a realiza o analiză în detaliu a datelor descriptive raportate s-au comparat competențele parentale în funcție de tipul familiei utilizând *testul t* pentru două eșantioane independente, test care a evidențiat rezultate ce indică faptul că, părinții care provin din familiile divorțate au raportat scoruri semnificativ mai mari în ceea ce privește:

- *Competența* ($t(226) = -4.80, p < .001, d = -0.64$),
- *Rolul parental restrictiv* ($t(226) = -3.63, p < .001, d = -0.48$) și
- *Relația cu partenerul* ($t(226) = -21.62, p < .001, d = -2.88$), rezultate evidențiate în

tabelul 2.10:

Tabelul 2.10. Diferențe între rezultatele părinților din GPN și GPD, testul PSI4

PSI4		Medii		Testul t	p	Mărimea efectului
		GPN	GPD			
	Competență	50,11	54,66	-4,80	< .001	-0,64
	Izolare	50,45	42,14	6,85	< .001	0,91
	Atașament	51,33	49,02	2,24	0.026	0,30
	Sănătate	51,48	47,66	3,81	< .001	0,51
	Rol parental restrictiv	49,63	53,65	-3,63	< .001	-0,48
	Depresie	50,74	52,82	-1,51	0.133	-0,20
	Relația cu partenerul	45,40	72,31	-21,62	< .001	-2,88

Scorurile mai ridicate pe scala de *Competență* prezintă părinții divorțați care experimentează un stres mai mare decât părinții nedivorțați, cu privire la gestionarea comportamentului copilului și în genere, se simt copleșiți de sentimente din cauza criticismului și a tensiunilor din partea

celuilalt părinte.

Rolul parental îl resimt ca fiind mai restrictiv asupra libertăților lor și frustrant pentru a-și menține identitatea proprie, având în vedere percepția părinților care se ocupă în cea mai mare parte a timpului de copiii lor. Rezultatele semnificative pentru relația cu celălalt părinte pe scala *Relația cu partenerul* care evaluează *relația de coparentalitate*, explică stresul resimțit în diada familială, stres care se află în relația celor doi părinți divorțați.

Scorurile înalte raportate de către părintele rezident la testul PSI4 arată percepția acestuia privind lipsa de suport activ emoțional al celuilalt părinte în gestionarea copilului, relația negativă dintre cei doi părinți, lipsa suportului mutual în îngrijirea copilului. Simptomele relației disfuncționale se referă la celălalt părinte care nu este disponibil și manifestă tensiuni și conflicte la nivelul relației parentale.

De asemenea, părinții din familii divorțate au raportat scoruri semnificativ mai mici la nivelul Izolării ($t(226) = 6.85, p < .001, d = 0.91$), Atașamentului ($t(226) = 2.24, p < .001, d = 0.30$), Sănătății ($t(226) = 3.81, p < .001, d = 0.51$), percepția acestora asupra nivelului de apropiere emoțională cu copilul, asupra sănătății personale și a propriul sentiment de abandon și respingere nefiind afectate prin divorț.

Deducem astfel că, scorurile mai ridicate pe scalele *Competență* și *Rol parental restrictiv* prezintă părinții divorțați care experimentează un stres mai mare decât părinții nedivorțați, cu privire la gestionarea comportamentului copilului. Scorurile extreme raportate de către părintele rezident pentru *relația de coparentalitate* explică stresul major resimțit de către acesta în comparație cu rezultatele raportate de către părintele provenit din familiile nedivorțate, rezultate care susțin și confirmă ipoteza statistică care evidențiază că, vom identifica un nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală la părintele rezident al copilului.

Rezultatele pentru testul psihologic CCP

Scop: identificarea nivelului competențelor parentale pentru părinții rezidenți ai copiilor.

Ipoteză: Presupunem că, vom identifica un nivel al competențelor parentale reduse la părintele rezident al copilului.

În contextul părinților, referitor la competențele parentale ale chestionarului CCP aplicat, cu scalele: Cunoaștere, Suport afectiv/managementul stresului, Disciplinare, Managementul timpului, Managementul crizelor, observăm diferențele mediilor raportate pe cele două grupuri de subiecți ai cercetării, respectiv GPD și GPN, evidențiate în figura 2.8.

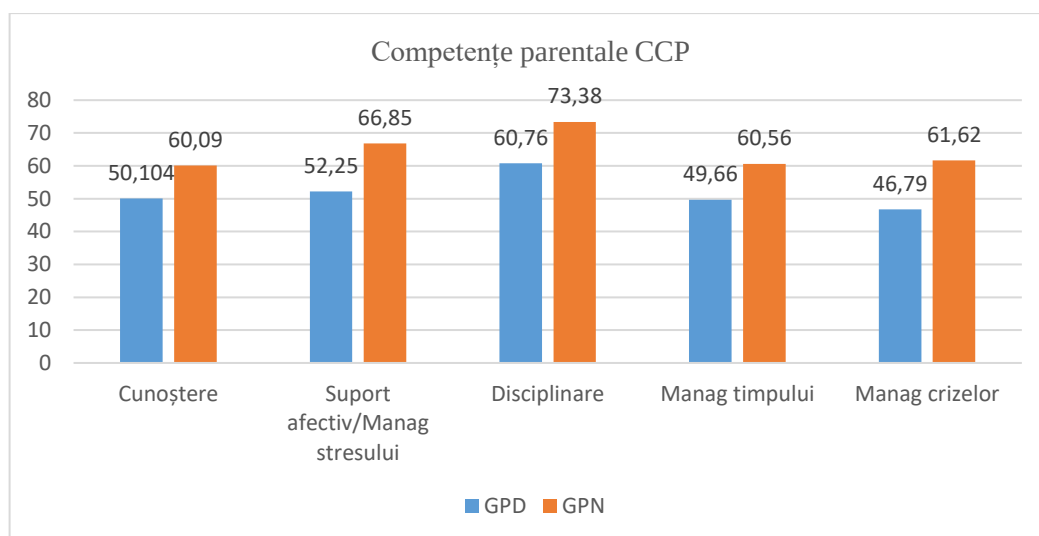


Fig. 2.8. Mediile pentru caracteristicile părintelui din CCP, pentru GPD și GPN

În cazul testului CCP, scorurile mai mici înregistrate de către părinții divorțați față de cei nedivorțați se observă la toate scalele testului, ceea ce semnifică un nivel mai mic al caracteristicilor parentale pe care le verifică fiecare scală a testului.

Astfel, se evidențiază decalajul considerabil între mediile celor două grupuri supuse evaluării, cu accent pe mediile GPD la scalele: Managementul crizelor ($M=46,79$), scală care înregistrează cel mai mic nivel și atrage atenția asupra evaluării capacității părinților de a gestiona situațiile de criză ale copilului; Managementul timpului ($M=49,66$) care expune dificultățile părinților de a manageria în mod oportun timpul petrecut cu copilul său; Suport afectiv/managementul stresului ($M=52,25$), scală ce ne prezintă percepția părinților asupra asigurării suportului afectiv în contextul familiei divorțate.

Pentru a înțelege aceste decalaje consistente, s-a realizat compararea competențelor parentale ale testului CCP, în funcție de tipul familiei, utilizând testul t pentru două eșantioane independente. Analiza statistică a raportat scoruri mai mici ale părinților divorțați față de părinții nedivorțați, ceea ce evidențiază un nivel de dezvoltare mai redus al competențelor parentale, la toate scalele testului, astfel cum sunt sintetizate în tabelul următor:

Tabelul 2.11. Diferențe între rezultatele părinților din GPN și GPD la testul CCP

CCP		Medii		Testul t	p	Mărimea efectului
		GPN	GPD			
	Cunoaștere	60,09	50,10	10,94	< .001	1,46
	Suport afectiv/Manag stres	66,85	52,25	14,90	< .001	1,98
	Disciplinare	73,38	60,76	10,72	< .001	1,43
	Managementul timpului	60,56	49,66	10,42	< .001	1,39
	Managementul crizelor	61,62	46,79	17,93	< .001	2,31

Prin urmare, observăm și expunem rezultatele pentru scalele testului CCP, cu detaliile aferente și interpretarea psihologică a situației constatate, cu accent pe factorii *Suportul*

afectiv/Managementul stresului și Managementul crizelor, care au înregistrat decalaje mai accentuate, astfel:

- pentru *Suportul afectiv/Managementul stresului* ($t(226) = 14.90, p < .001, d = 1.98$), rezultatul explică un nivel scăzut al părintelui de a cunoaște și a utiliza modalități eficiente de prevenire și de coping al stresului din familie și de gestionare a situațiilor tensionale pentru oferirea unui suport afectiv care să ajute copilul în a-și gestiona emoțiile negative;

- pentru *Managementul crizelor* ($t(226) = 17.93, p < .001, d = 2.31$), rezultatul relevă o dificultate a părintelui de a găsi soluții la problemele copilului împreună cu acesta, pentru a depăși situațiile critice de natură educațională sau personală, prin acest mod determinând dezvoltarea gândirii critice și raționale a copilului, precum și a perseverenței lui în rezolvarea de probleme.

În ceea ce privește rezultatele obținute pentru părinții divorțați la celelalte scale ale chestionarului, respectiv: *Cunoaștere* ($t(226) = 10.94, p < .001, d = 1.46$), *Disciplinare* ($t(226) = 10.72, p < .001, d = 1.43$), *Managementului timpului* ($t(226) = 10.42, p < .001, d = 1.39$), astfel cum se observă în datele prezentate, au fost evidențiate, de asemenea, diferențe statistic semnificative față de părinții nedivorțați.

În detaliu, diferențele statistic semnificative ale datelor statistice specifice *testului t* dintre cele două grupuri de subiecți cu privire la caracteristicile părintelui pentru cele două teste aplicate acestora, respectiv, PSI4 – *Domeniul Părintelui* și CCP, se pot observa în tabelul următor:

Tabel 2.12. Semnificația diferențelor la scalele din PSI4 și CCP, pentru GPD și GPN

		Statistic	df	p		Effect Size
Competenta	Student's t	-4.80 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-0.64
Izolare	Student's t	6.85 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	0.91
Atasament	Student's t	2.24 ^a	226.00	0.026	Cohen's d	0.30
Sanatate	Student's t	3.81 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	0.51
RolParentalRestrictiv	Student's t	-3.63	226.00	<.001	Cohen's d	-0.48
Depresie	Student's t	-1.51 ^a	226.00	0.133	Cohen's d	-0.20
RelatiaCuPartenerul	Student's t	-21.62 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	-2.88
Cunoastere	Student's t	10.94	226.00	<.001	Cohen's d	1.46
SuportAfectivManagStresului	Student's t	14.90 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	1.98
Disciplinare	Student's t	10.72 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	1.43
ManagTimpului	Student's t	10.42 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	1.39
ManagCrizelor	Student's t	17.39 ^a	226.00	<.001	Cohen's d	2.31

Datele înregistrate explică percepția părinților asupra abilităților personale de a gestiona adecvat regimul de recompensă și pedeapsă, de a determina calitatea și cantitatea timpului petrecut cu propriul copil, de a cunoaște și a-și explica reacțiile copilului, de a înțelege nevoile acestuia și de a formula răspunsuri adecvate lor. În contextul situației de separare, implicarea în

divorț generează la nivelul părintelui o restructurare și o readaptare la noua situație prin urmare, capacitatea părinților de a-și îndeplini rolul parental este mai redusă, astfel cum susțin și datele înregistrate.

Concluzionăm că și în cazul chestionarului CCP, ca și în cazul testului PSI4 – Domeniul Părintelui, rezultatele cu privire la caracteristicile părintelui divorțat prezintă diferențe statistic semnificative față de cele ale părintelui nedivorțat, cu privire la competențele parentale, confirmând ipoteza etapei de cercetare, respectiv, vom identifica un nivel de competențe parentale reduse la părintele rezident al copilului.

În continuare prezentăm detaliile pentru stabilirea relației dintre caracteristicile parentale ale părinților și caracteristicilor de personalitate și emoționale ale copilului, respectiv, pentru verificarea ipotezei nr. 2(2) conform căreia: *”Presupunem că, vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale la copiii cu părinții care au competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală”*.

2.3. Predicția pentru predispozițiile la tulburările de personalitate și pentru tulburările emoționale ale copiilor în funcție de caracteristicile parentale ale părinților

Pentru a analiza statistic rolul de predictor al abilităților parentale asupra trăsăturilor emergente de personalitate ale copiilor, a fost utilizată *analiza de regresie liniară*.

Rezultatele au expus faptul că, în ansamblu, dintre toți predictorii analizați ai dimensiunilor parentale existente în cele două teste psihologice *PSI-4* cu dimensiunile: Competență, Izolare, Atașament, Sănătate, Rol parental restrictiv, Depresie, Relația cu partenerul și *CCP* cu dimensiunile: Cunoaștere, Suport afectiv Managementul stresului, Disciplinare, Managementul timpului, Managementul Crizelor, care fac referire la contextul rolului personal al părintelui, au fost determinate următoarele rezultate:

Rezultatele pentru testul psihologic MPACI

Scop: identificarea relației dintre nivelul competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților rezidenți și predispozițiile la tulburările de personalitate și emoționale ale copiilor.

Ipoteză: Presupunem că, vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale la copiii cu părinții care au competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

În urma prelucrării statistice a datelor expunem centralizat în tabelul 2.13 datele semnificative înregistrate în contextul abilităților parentale, ca predictor și al tulburărilor

preadolescenților, ca și criteriu.

Tabelul 2.13. Rezultatele predicției pentru patternurile de personalitate, testul MPACI

Scale		Încrezător ($R^2 = .21$ $p < .001$)	Sociabil ($R^2 = .09$ $p = .028$)	Conformist ($R^2 = .10$ $p = .024$)	Inhibat ($R^2 = .28$ $p < .001$)	Insubordonat ($R^2 = .34$ $p < .001$)	Instabil ($R^2 = .28$ $p < .001$)
Relația cu partenerul	β	-0.40	-0.25	0.47	0.42	0.48	0.57
	p	.002	.040	< .001	< .001	< .001	< .001
Cunoaștere	β				-0.46		
	p				.028		
Disciplinare	β					-0.34	
	p					.034	

În detaliu, putem spune că, abilitățile parentale explică aproximativ 21% din existența la copii a scalei de personalitate *Încrezător* ($R^2 = .21$, $F(12,215) = 4.89$, $p < .001$), mai specific, dintre toți predictorii analizați, doar scala *Relația cu partenerul* are un efect semnificativ asupra acestei scale ($\beta = -0.40$, $p = .002$), (Anexa 3, tabelul 3.1).

De asemenea, abilitățile parentale explică aproximativ 9% din datele înregistrate cu privire la scala de personalitate *Sociabil* ($R^2 = .09$, $F(12,215) = 1.74$, $p = .028$), mai specific, dintre toți predictorii analizați, tot scala *Relația cu partenerul* are un efect semnificativ asupra sociabilității copilului ($\beta = -0.25$, $p = .040$), (Anexa 3, tabelul 3.2).

În ceea ce privește scala *Conformist*, caracteristicile parentale explică aproximativ 33% ($R^2 = .33$, $F(12,215) = 8.72$, $p < .001$), relație dată de asemeni, dintre toți predictorii analizați, de către *Relația cu partenerul* care are un efect semnificativ asupra conformismului copilului ($\beta = 0.47$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.3).

Abilitățile parentale explică aproximativ 10% din prezența datelor referitoare la scala *Supus* ($R^2 = .10$, $F(12,215) = 2.01$, $p = .024$) (Anexa 3, tabelul 3.4). Analiza individuală a predictorilor arată că nici una dintre competențele parentale nu prezintă un efect semnificativ asupra caracteristicilor scalei *Supus*.

Abilitățile parentale explică aproximativ 28% din manifestarea trăsăturilor evidențiate în scala *Inhibat* ($R^2 = .28$, $F(12,215) = 6.96$, $p < .001$) și anume, dintre toți predictorii analizați, competența părintelui cu privire la *Cunoaștere* ($\beta = -0.46$, $p = .028$) și scala *Relația cu partenerul* au un efect semnificativ asupra patternului *Inhibat* ($\beta = 0.42$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.5).

Competențele parentale *Disciplinare* ($\beta = -0.34$, $p = .034$) și *Relația cu partenerul* ($\beta = 0.48$, $p < .001$) au un efect semnificativ și explică aproximativ 34% din comportamentele specifice scalei *Insubordonat* ($R^2 = .34$, $F(12,215) = 9.14$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.6).

Abilitățile parentale explică aproximativ 28% din existența componentelor patternului emergent de personalitate *Instabil* ($R^2 = .28$, $F(12,215) = 6.91$, $p < .001$), mai specific, dintre toți

predictorii analizați, doar Relația cu partenerul are un efect semnificativ asupra instabilității copilului ($\beta = 0.57$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.7).

În analiza rolului de predictor al abilităților parentale asupra trăsăturilor emergente de personalitate ale copiilor în cadrul testului MPACI, concluzionăm că, există un efect semnificativ asupra dezvoltării psihice a copiilor, susținând ipoteza statistică care spune că, vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale la copiii cu părinții care au nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

În ceea ce privește tulburările emoționale, pentru a analiza rolul de predictor al abilităților parentale asupra simptomatologiei emoționale a copiilor, a fost utilizată analiza de regresie liniară care a evidențiat rezultate consistente, astfel cum se reflectă în tabelul 2.14:

Tabelul 2.14. Rezultatele predicției pentru semnele clinice, testul MPACI

Scale		Anx/Frică ($R^2 = .66$ $p < .001$)	Dispoz. depresivă ($R^2 = .50$ $p < .001$)	Probleme de conduită ($R^2 = .17$ $p < .001$)	Comport disruptiv ($R^2 = .29$ $p < .001$)	Distors. realității ($R^2 = .50$ $p < .001$)	Tendințe obs-comp ($R^2 = .17$ $p < .001$)
Relația cu partenerul	β	0.67	0.60	0.60	0.39	1.08	0.30
	p	< .001	< .001	< .001	.003	< .001	= .046
Cunoaștere	β	0.33				-0.57	
	p	.027				.029	
Disciplinare	β				-0.39		
	p				.009		
Suport afectiv	β	-0.26	-0.29				
	p	.036	.042				
Managementul timpului	β	0.29			0.37		
	p	.022			.047		
Managementul crizelor	β	-0.80					
	p	< .001					
Sănătate	β				-0.47		
	p				.014		

Abilitățile parentale explică aproximativ 66% din *Anxietate/Frică* ($R^2 = .66$, $F(12,215) = 34.65$, $p < .001$), mai specific, dintre toți predictorii analizați, factorii Cunoaștere ($\beta = 0.33$, $p = .027$), Relația cu partenerul ($\beta = 0.67$, $p < .001$), Suportul afectiv ($\beta = -0.26$, $p = .036$), Managementul timpului ($\beta = 0.29$, $p = .022$) și Managementul crizelor ($\beta = -0.80$, $p < .001$) au un efect semnificativ asupra prezenței scorurilor semnificative pe scala Anxietății, (Anexa 3, tabelul 3.8), semnificatia statistică fiind puternică pentru scalele Relația cu partenerul și Managementul Crizelor ($p < .001$).

Abilitățile parentale explică aproximativ 11% din scala *Deficit de atenție* ($R^2 = .11$, $F(12,215) = 2.20$, $p = .013$). Analiza individuală a predictorilor arată că nici una din competențele parentale nu are efect semnificativ asupra deficitului de atenție (Anexa 3, tabelul 3.9).

Relația cu partenerul, ca abilitate parentală care prezice aproximativ 17% din *Tendințe*

obsesiv compulsive ($R^2=.17$, $F(12,215)=3.59$, $p<.001$) are un efect semnificativ asupra comportamentelor obsesiv compulsive ale copilului ($\beta = 0.30$, $p = .046$), (Anexa 3, tabelul 3.10).

Referitor la nivelul comportamental al copilului, se observă faptul că, abilitățile parentale explică aproximativ 30% din scorurile înregistrate pe scala *Probleme de conduită* ($R^2=.17$, $F(12,215)=7.64$, $p < .001$). având ca predictor cu efect semnificativ Relația cu partenerul ($\beta = 0.60$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.11).

Competențele parentale explică aproximativ 29% din scala *Comportamente disruptive* ($R^2 = .29$, $F(12,215) = 6.42$, $p < .001$), dintre toți predictorii analizați, scalele: Sănătate ($\beta = -0.47$, $p = .014$), Relația cu partenerul ($\beta = 0.39$, $p = .003$), Disciplinare ($\beta = -0.39$, $p = .009$) și Managementul timpului ($\beta = 0.37$, $p = .047$) au un efect semnificativ asupra comportamentelor disruptive manifestate de către copil, (Anexa 3, tabelul 3.12).

În ceea ce privește caracteristicile parentale care influențează în proporție de aproximativ 50% din existența simptomatologiei scalei *Dispoziție depresivă* ($R^2 = .50$, $F(12,215) = 18.19$, $p < .001$), dintre toți predictorii analizați, impactul este dat de scalele: Suportul afectiv ($\beta = -0.29$, $p = .042$) și Relația cu partenerul ($\beta = 0.60$, $p < .001$), scale care au un efect semnificativ asupra prezenței semnelor clinice pe această scală, (Anexa 3, tabelul 3.13).

Prezența scorurilor înregistrate pe scala *Distorsionarea realității* ($R^2 = .50$, $F(12,215) = 17.87$, $p < .001$). sunt explicate printr-un procent de aproximativ 50% de către manifestarea abilităților parentale analizate, respectiv de către competențele privind Cunoașterea ($\beta = -0.57$, $p = .029$) și a celor referitoare la Relația cu partenerul ($\beta = 1.08$, $p < .001$), ambele având un efect semnificativ asupra prezenței simptomatologiei acestei scale, (Anexa 3, tabelul 3.14).

Concluzionăm că, existența tulburărilor emoționale evaluate de MPACI, poate fi explicată ca urmare a efectului abilităților parentale, prin urmare, se confirmă ipoteza statistică care susține că vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale la copiii cu părinții care au nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

Rezultatele pentru testul psihologic HiPIC

Scop: identificarea relației dintre nivelul competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților rezidenți și tulburările de personalitate ale copiilor.

Ipoteză: Presupunem că, vom identifica tulburări de personalitate la copiii cu părinții care au competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

Prezentăm în tabelul 2.15 rezultatele centralizate ale predicției abilităților parentale asupra caracteristicilor copiilor evaluate cu testul HiPIC.

Tabelul 2.15. Rezultatele predicției pentru patternurile de personalitate, testul HiPIC

Scale		Stabilit emoțională ($R^2 = .30$ $p < .001$)	Extraversie ($R^2 = .12$ $p < .001$)	Imaginație ($R^2 = .16$ $p < .001$)
Relația cu partenerul	β	-0.04	-0.02	
	p	< .001	.039	
Competența	β	0.04		0.03
	p	.010		.031
Sănătate	β	0.05		
	p	.004		

Observăm astfel că, abilitățile parentale explică aproximativ 30% din scala *Stabilitate emoțională* a copilului ($R^2 = .30$, $F(12,215) = 7.70$, $p < .001$). Mai specific, dintre toți predictorii analizați, scalele Competența ($\beta = 0.04$, $p = .010$), Sănătate ($\beta = 0.05$, $p = .004$) și Relația cu partenerul au un efect semnificativ asupra stabilității emoționale ($\beta = -0.04$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.15). În ceea ce privește efectul caracteristicilor parentale asupra celorlalte scale ale testului, situația se prezintă astfel:

- abilitățile parentale explică aproximativ 12% din *Extraversie* ($R^2 = .12$, $F(12,215) = 2.35$, $p < .001$), astfel că, dintre predictorii analizați, doar scala Relația cu partenerul are un efect semnificativ asupra extraversiei copiilor ($\beta = -0.02$, $p = .039$), (Anexa 3, tabelul 3.16);
- abilitățile parentale explică aproximativ 16% din *Imaginație* ($R^2 = .16$, $F(12,215) = 3.36$, $p < .001$), mai specific, dintre toți predictorii analizați, doar Competența are un efect semnificativ asupra imaginației copiilor ($\beta = 0.03$, $p = .031$), (Anexa 3, tabelul 3.17);
- abilitățile parentale explică aproximativ 6% din *Benevolență* ($R^2 = .06$, $F(12,215) = 1.19$, $p = 0.288$), iar modelul de regresie nu este semnificativ, în sensul că, niciunul dintre predictorii analizați nu are un efect semnificativ benevolenței, (Anexa 3, tabelul 3.18);
- abilitățile parentale explică aproximativ 10% din *Conștiinciozitate* ($R^2 = .10$, $F(12,215) = 1.93$, $p = 0.032$), niciunul dintre predictorii analizați nu are un efect semnificativ asupra conștiinciozității, (Anexa 3, tabelul 3.19).

Având în vedere rezultatele înregistrate, putem observa scalele *Relația cu partenerul* și *Competența* care reprezintă predictorii semnificativi și în cazul datelor înregistrate cu privire la trăsăturile de personalitate aferente testului HiPIC, rezultate consecvente și în concordanță cu datele obținute pentru patternurile de personalitate din MPACI. Putem afirma că rezultatele susțin și confirmă ipoteza statistică care spune că, vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale la copiii cu părinții care au nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

Rezultatele pentru testul psihologic CSI4

Scop: identificarea relației dintre nivelul competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților rezidenți și tulburările emoționale ale copiilor.

Ipoteză: Presupunem că, vom identifica tulburări emoționale la copiii cu părinți care au nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

Prin aplicarea analizei de regresie liniară în vederea studierii rolului de predictor al abilităților parentale asupra prezenței tulburărilor emoționale ale copiilor, ca urmare a scorurilor obținute prin aplicarea CSI4, în relație cu competențele parentale raportate de către părinți, au fost evidențiate următoarele rezultate, cu relevanță pentru cercetarea de față:

Tabelul 2.16. Rezultatele predicției pentru simptomele copilului, testul CSI4

Scale		AnxGen ($R^2 = .33$ $p < .001$)	AnxSep ($R^2 = .38$ $p < .001$)	TulbDistim ($R^2 = .51$ $p < .001$)	Stres PT ($R^2 = .21$ $p < .001$)
Relația cu partenerul	β	0.67	0.27	0.32	0.18
	p	< .001	< .001	< .001	.002
Cunoaștere	β			0.23	0.19
	p			.022	.042
Disciplinare	β	-0.15		-0.17	
	p	.041		.014	
Managementul crizelor	β		-0.37	-0.29	
	p		< .001	.005	
Depresie	β			-0.26	
	p			< .001	

Abilitățile parentale explică aproximativ 33% din *Anxietate generalizată* ($R^2 = .33$, $F(12,215) = 8.90$, $p < .001$), prin factorii Disciplinare ($\beta = -0.15$, $p = .041$) și Relația cu partenerul ($\beta = 0.19$, $p < .001$), care au un efect semnificativ asupra prezenței simptomatologiei anxietății generalizate a copilului, (Anexa 3, tabelul 3.25).

Un procent de aproximativ 38% din prezența scorurilor înregistrate pe scala *Anxietate de separare* ($R^2 = .38$, $F(12,215) = 11.09$, $p < .001$) relevă faptul că abilitățile parentale Relația cu partenerul ($\beta = 0.27$, $p < .001$) și Managementul crizelor ($\beta = -0.37$, $p < .001$) au un efect semnificativ asupra manifestării semnelor anxietății de separare, (Anexa 3, tabelul 3.37).

O mare parte a abilităților parentale explică aproximativ 51% din prezența simptomatologiei scalei *Tulburare distimică* ($R^2 = .51$, $F(12,215) = 18.52$, $p < .001$), referindu-ne la predictorii: Depresie ($\beta = -0.26$, $p < .001$), Relația cu partenerul ($\beta = 0.32$, $p < .001$), Cunoaștere ($\beta = 0.23$, $p = .022$), Disciplinare ($\beta = -0.17$, $p = .014$) și Managementul crizelor ($\beta = -0.29$, $p = .005$), care au un efect semnificativ asupra prezenței tulburării distimice la copiii cu părinți divorțați, (Anexa 3, tabelul 3.33).

Un impact semnificativ, aproximativ 21% din simptomele specifice scalei *Stres post-*

traumatic ($R^2 = .21$, $F(12,215) = 4.71$, $p < .001$) este evidențiat ca și consecință a predictorilor analizați, respectiv, competențele parentale Cunoaștere ($\beta = 0.19$, $p = .042$) și Relația cu partenerul ($\beta = 0.18$, $p = .002$), predictorii care au manifestat efect semnificativ asupra stresului post-traumatic raportat la subiecții experimentali, (Anexa 3, tabelul 3.29).

În ansamblu, *scala caracteristicilor parentale* din cadrul testului psihologic PSI4 cu impact consistent și multiplu în cele mai multe dintre tulburările emoționale evidențiate la copiii care provin din familiile divorțate, este reprezentată de *Relația cu partenerul*, stresul relavat de această scală fiind considerat, într-o mare măsură, cauza prezenței simptomatologiei tulburărilor la copii, astfel cum putem observa în tabelul următor:

Tabel 2.17. Rezultatele predicției pentru simptomele copilului, testul CSI4

Scale		T dep maj ($R^2 = .25$ $p < .001$)	Op prov ($R^2 = .18$ $p < .001$)	Fobii ($R^2 = .16$ $p < .001$)	Obses ($R^2 = .55$ $p < .001$)	Comp ($R^2 = .32$ $p < .001$)	T aut ($R^2 = .64$ $p < .001$)	S Asp ($R^2 = .64$ $p < .001$)	ADHD ($R^2 = .49$ $p < .001$)
Rel part	β	-0.17	-0.23	0.24	0.64	0.36		0.96	-0.21
	p	0.004	< .001	0.021	< .001	0.003		< .001	< .001
Sup af	β				0.47			-0.33	0.13
	p				< .001			0.011	0.029
M criz	β	0.23						-0.46	0.21
	p	0.017						0.004	0.004
Sănăt	β						-0.31		
	p						0.03		
Depres	β				0.46	-0.35		-0.53	0.20
	p				< .001	0.019		< .001	p < .001
Rol restr	β			-0.34					
	p			0.025					
Ataş							-0.35	-0.35	
							0.012	0.009	

Prezentăm datele statistice ale problematicilor menționate în tabel, după cum urmează:

- tulburarea depresivă majoră ($R^2 = .25$, $F(12,215) = 6.09$, $p < .001$), cu aproximativ 25% impact, determinată de Relația cu partenerul ($\beta = -0.17$, $p = .004$) și asociată cu factorul competenței Managementul crizelor ($\beta = 0.23$, $p = .017$), (Anexa 3, tabelul 3.32);
- opoziționismul provocator ($R^2 = .18$, $F(12,215) = 3.84$, $p < .001$) cu aproximativ 18% impact determinat de Relația cu partenerul ($\beta = -0.23$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.23);
- fobiile specifice ($R^2 = .16$, $F(12,215) = 3.49$, $p < .001$) cu aproximativ 16% impact, determinate de Rolul restrictiv al părintelui ($\beta = -0.34$, $p = .025$) și de Relația cu partenerul ($\beta = 0.24$, $p = .021$), (Anexa 3, tabelul 3.26);
- obsesii ($R^2 = .55$, $F(12,215) = 21.94$, $p < .001$) cu aproximativ 55% impact, determinate de caracteristicile parentale ale scalelor Depresie ($\beta = 0.46$, $p < .001$), Relația cu partenerul ($\beta = -0.64$, $p < .001$) și Suportul afectiv ($\beta = 0.47$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.27);
- compulsii ($R^2 = .32$, $F(12,215) = 8.54$, $p < .001$), cu aproximativ 32% impact, determinate de

caracteristicile parentale ale scalelor Depresie ($\beta = -0.36$, $p = .019$) și Relația cu partenerul ($\beta = 0.36$, $p = .003$), (Anexa 3, tabelul 3.28);

- tulburarea autistă ($R^2 = .64$, $F(12,215) = 31.39$, $p < .001$), cu aproximativ 64% impact, determinată de caracteristicile parentale ale scalelor Atașament ($\beta = -0.35$, $p = .012$), Sănătate ($\beta = -0.31$, $p = .030$), Depresie ($\beta = -0.34$, $p = .007$), Relația cu partenerul ($\beta = 0.82$, $p < .001$) și Managementul crizelor ($\beta = -0.51$, $p = .002$), (Anexa 3, tabelul 3.34);

- sindromul Asperger ($R^2 = .64$, $F(12,215) = 38.33$, $p < .001$), cu aproximativ 68% impact, determinat de caracteristicile parentale ale scalelor Atașament ($\beta = -0.35$, $p = .009$), Depresie ($\beta = -0.53$, $p < .001$), Relația cu partenerul ($\beta = 0.96$, $p < .001$), Suportul afectiv ($\beta = -0.33$, $p = .011$) și Managementul crizelor ($\beta = -0.46$, $p = .004$), (Anexa 3, tabelul 3.35);

- ADHD tipul neatent ($R^2 = .18$, $F(12,215) = 3.87$, $p < .001$), cu aproximativ 18% impact, determinat de caracteristicile parentale ale scalelor Competență ($\beta = 0.23$, $p = .018$), Disciplinare ($\beta = 0.24$, $p = .004$) și Managementul crizelor ($\beta = 0.32$, $p = .007$). (Anexa 3, tabelul 3.20);

- ADHD tipul hiperactiv-impulsiv ($R^2 = .11$, $F(12,215) = 2.27$, $p = .010$). cu aproximativ 11% impact, determinat de caracteristicile parentale ale scalei Relația cu partenerul ($\beta = -0.15$, $p = .005$). (Anexa 3, tabelul 3.21);

- ADHD tipul combinat ($R^2 = .49$, $F(12,215) = 16.92$, $p < .001$), cu aproximativ 49% impact, determinat de caracteristicile parentale ale scalelor Depresie ($\beta = 0.20$, $p < .001$), Relația cu partenerul ($\beta = -0.21$, $p < .001$), Suportul afectiv ($\beta = 0.13$, $p = .029$) și Managementul crizelor ($\beta = 0.21$, $p = .004$), (Anexa 3, tabelul 3.22).

Niciuna dintre abilitățile parentale măsurate și analizate nu au înregistrat un efect semnificativ asupra: tulburării de conduită ($R^2 = .09$, $F(12,215) = 1.79$, $p = .051$), (Anexa 3, tabelul 3.24); ticurilor motorii ($R^2 = .14$, $F(12,215) = 2.85$, $p = .001$), (Anexa 3, tabelul 3.30), sau vocale ($R^2 = .07$, $F(12,215) = 1.30$, $p = .222$), (Anexa 3, tabelul 3.31); schizofreniei ($R^2 = .07$, $F(12,215) = 1.28$, $p = .233$); fobiei sociale ($R^2 = .04$, $F(12,215) = 0.77$, $p = .677$), (Anexa 3, tabelul 3.36); enurezisului ($R^2 = .07$, $F(12,215) = 1.90$, $p = .248$) și encopresisului ($R^2 = .06$, $F(12,215) = 1.06$, $p = .395$).

Concluzionăm că, abilitățile parentale reprezintă predictorii semnificativi și în cazul datelor înregistrate cu privire la simptomatologia emoțională raportată în testul CSI4, confirmând ipoteza statistică a etapei de cercetare care susține că vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale la copiii cu părinții care au nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

Rezultatele pentru testul psihologic PSI4 – Domeniul copilului

Scop: identificarea relației dintre nivelul competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților rezidenți și tulburările de personalitate și emoționale ale copiilor.

Ipoteză: Presupunem că, vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale la copiii cu părinți care au competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală. Prezentăm detaliile statistice ale predicției în tabelul următor:

Tabelul 2.18. Rezultatele predicției pentru simptomele copilului, testul PSI4

Scale		Stare afect ($R^2 = .60$ $p < .001$)	Adaptare ($R^2 = .39$ $p < .001$)	Acceptare ($R^2 = .39$ $p < .001$)	Def. atenție ($R^2 = .15$ $p < .001$)	Recom păr. ($R^2 = .19$ $p < .001$)	Solicitări ($R^2 = .20$ $p < .001$)
Relația cu partenerul	β	0.55	0.32	-0.21			
	p	< .001	< .001	< .001			
Izolare	β					0.18	
	p					.013	
Suport afectiv	β				0.21		
	p				.028		
Disciplinare	β					0.15	
	p					.035	
Managementul crizelor	β			0.21			0.22
	p			.028			.017
Sănătate	β						0.20
	p						.013
Depresie	β		0.19	0.23	0.28		
	p		.026	< .001	.002		
Competența	β				0.21		
	p				.034		

Astfel, cu privire la scalele care aparțin Domeniului copilului observăm că, abilitățile parentale explică aproximativ 60% din rezultatele înregistrate pe scala *Starea afectivă* a copilului ($R^2 = .60$, $F(12,215) = 26.95$, $p < .001$), dintre toți predictorii analizați, scala *Relația cu partenerul* are un efect semnificativ asupra stării afective a copilului ($\beta = 0.55$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.42). Datele demonstrează impactul major al stresului resimțit în relația coparentală asupra sănătății emoționale a copilului. Tensiunile și conflictele dintre părinți, lipsa de cooperare parentală, ambivalența copilului cu privire la cei doi părinți, determină o stare afectivă disfuncțională, stări de nefericire, deprimare, stări de plâns și dificultăți în starea de bine a copilului.

O relație consistentă este dată și de abilitățile parentale care explică aproximativ 39% din *Adaptare* ($R^2 = .39$, $F(12,215) = 11.62$, $p < .001$), dintre predictorii analizați scalele *Depresie* ($\beta = 0.19$, $p = .026$) și *Relația cu partenerul* ($\beta = 0.32$, $p < .001$) au un efect semnificativ asupra adaptării copilului, (Anexa 3, tabelul 3.39). Rezultatele corelează prezența stării de nefericire și a relației negative de coparentalitate la părinți cu disfuncționalități în abilitatea de adaptare a copilului, cu simptomatologie privind neputința acestuia de a se ajusta în rutinele sale fără să experimenteze un

distres emoțional și imposibilitatea de a se calma atunci când este supărat.

Referitor la abilitățile parentale care clarifică aproximativ 39% din *Acceptare* ($R^2 = .39$, $F(12,215) = 11.29$, $p < .001$), dintre toți predictorii analizați, scalele: Depresia ($\beta = 0.23$, $p < .001$), Relația cu partenerul ($\beta = -0.21$, $p < .001$) și Managementul crizelor ($\beta = 0.21$, $p = .028$) au un efect semnificativ asupra rezultatelor privind scala *Acceptare*, (Anexa 3, tabelul 3.43).

Deducem din această constatare faptul că starea emoțională a părintelui, stresul resimțit în cadrul relației cu celălalt părinte și modalitatea de gestionare a situațiilor stresante pe care copilul le traversează, contribuie la un atașament dezechilibrat și la percepția asupra dezvoltării sentimentului de respingere care afectează relația părinte – copil.

De asemenea, se mai evidențiază ca abilități parentale care explică predicția scorurilor raportate la copii următoarele scale:

- Competența ($\beta = -0.21$, $p = .034$), Depresia ($\beta = 0.28$, $p = .002$) și Suportul afectiv ($\beta = 0.21$, $p = .028$) ale părintelui pentru aproximativ 15% din *Deficitul de atenție* la copil ($R^2 = .15$, $F(12,215) = 3.19$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.38);
- Izolarea ($\beta = 0.18$, $p = .013$) și Disciplinarea ($\beta = 0.15$, $p = .035$) părintelui pentru aproximativ 19% din *Recompensa părintelui* ($R^2 = .19$, $F(12,215) = 4.72$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.40);
- Sănătatea ($\beta = 0.20$, $p = .013$) și Managementul crizelor ($\beta = 0.22$, $p = .017$) pentru aproximativ 20% din *Solicitări* ($R^2 = .20$, $F(12,215) = 4.49$, $p < .001$), (Anexa 3, tabelul 3.41).

Rezultatele prezentate confirmă ipoteza privind impactul semnificativ al comportamentului, trăsăturilor personale și rolului părintelui asupra dezvoltării emoționale și comportamentale ale copilului.

Având în vedere datele raportate, putem observa că abilitățile parentale reprezintă predictorii semnificativi cu privire la tulburările emoționale evidențiate în testul PSI4, rezultate care susțin și confirmă ipoteza statistică prin care presupunem că vom identifica predispoziții la tulburări de personalitate și tulburări emoționale la copiii cu părinții care au nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

2.4. Concluzii la capitolul 2

Studiul constatativ comparativ s-a realizat pe un eșantion de copii și părinții acestora. Un grup de copii locuiau cu unul dintre părinți, deoarece familia era divorțată, alt grup de copii locuiau cu părinții în familia organizată. Demersul experimental a demarat de la presupunerea că copiii din familii divorțate vor avea tulburări emoționale și predispoziții către tulburări de personalitate, iar părintele rezident va dovedi competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală, astfel catalizând problematica copilului.

S-a administrat un set de teste psihologice, în vederea identificării patternurilor emergente ale tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale la copii, și al nivelului de competență parentală și relațiilor parentale la părinții rezidenți.

1. Cercetarea experimentală constatativă prin metodele de evaluare și calculul statistic, a relevat existența diferenței cantitative și calitative între preadolescenții proveniți din familiile divorțate și preadolescenții proveniți din familiile nedivorțate, din perspectiva predispozițiilor tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale investigate.

2. S-au evidențiat diferențe statistic semnificative la nivelul patternurilor de personalitate prin intermediul testului MPACI. Astfel se constată că, preadolescenții din familia divorțată, resimt un conflict intern puternic, problemele de conduită și comportamente disruptive, au stări hipersensibile, o capacitate limitată de a experimenta plăcerea, manifestă acțiuni ostile, agresive, au resurse de coping limitate, sunt neîncrezuți, nesociabili, inhibați. Același test identifică simptomatice emoționale, ca anxietatea sau vulnerabilitate la anxietate, dispoziție depresivă, tensiune emoțională, instabilitate. Ei prezintă frecvent emoții de teamă, tristețe, descurajare și singurătate, stări care persistă o perioadă mai îndelungată și afectează viața de zi cu zi a copilului.

3. Prin prisma testului HiPIC, părinții au conturat personalitatea propriului copil. Abilitățile copiilor ai căror părinți sunt divorțați, de a face față unor situații anxioase și stresante, sunt mai scăzute, ei au tendința de a fi dependenți, nesiguri și nervoși. Răspunsurile părinților rezidenți la scalele Stabilitate emoțională, Extraversie, Imaginație și Conștiinciozitate, au conturat rezultate joase.

4. În privința nivelului tulburărilor emoționale și comportamentale din chestionarul CSI4, copiii care provin din familiile cu părinți divorțați au obținut scoruri semnificativ mai mari la nivelul scalelor anxietății generalizate, fobiei specifice, compulsiilor, stresului post-traumatic, tulburării distimice și anxietății de separare. Prezintă stări dispoziționale de tristețe și iritabilitate, stimă de sine scăzută, pierderea interesului și a plăcerii pentru unele activități, probleme de alimentație și hipnice, oboseală și dificultăți de concentrare.

5. Au fost delimitate scoruri mai ridicate la preadolescenții din familiile divorțate, decât la cei din familiile nedivorțate, prezentând o funcționare afectivă disfuncțională, stări de nefericire și deprimare, evidențiate prin rezultatele pe scalele Stare afectivă și Adaptare ale testului PSI4. Starea emoțională dezechilibrată se asociază de regulă cu comportamente disfuncționale ale copilului, reflectate în abilitatea de adaptare, cu simptomatologie privind inabilitatea copilului de a face trecerea de la un task la altul fără distress emoțional.

6. În urma comparației competențelor parentale în funcție de tipul familiei pentru testul PSI4, s-au obținut rezultate care indică faptul că părinții care provin din familiile divorțate au raportat

scoruri mai mari, în ceea ce privește *Competența, Rolul parental restrictiv și Relația cu partenerul*, ceea ce explică stresul resimțit și dificultatea părintelui aflat în contextul separării. În gestionarea comportamentului copilului părinții raportează că se simt copleșiți de sentimente din cauza criticismului și a tensiunilor din partea celuilalt părinte. Lipsa de suport activ emoțional al celuilalt părinte în gestionarea copilului, relația negativă dintre cei doi părinți, lipsa suportului mutual în îngrijirea copilului, simptomele relației disfuncționale cu celălalt părinte care nu este disponibil și manifestă tensiuni și conflicte la nivelul relației parentale explică diferența statistic semnificativă pentru relația de coparentalitate.

7. Referitor la abilitățile parentale ale chestionarului CCP, au fost raportate scoruri mai mici, de către părinții divorțați față de părinții din familiile nedivorțate, ceea ce indică abilități insuficiente ale părintelui de a utiliza modalități eficiente de prevenire și de coping al stresului din familie, abilități evidențiate prin scalele: Suport afectiv/Managementul stresului. Prin răspunsurile și scorurile obținute la scalele *Managementul crizelor, Cunoaștere, Disciplinare și Managementului timpului*, se întrevește percepția asupra abilității personale de a gestiona adecvat regimul de recompensă și pedeapsă, de a determina calitatea și cantitatea timpului petrecut cu propriul copil, de a cunoaște și a-și explica reacțiile copilului, de a înțelege nevoile acestuia și de a formula răspunsuri adecvate lor. Aceste abilități, la fel, sunt mai reduse în contextul situației de divorț.

8. Analiza rolului de predictor al abilităților parentale asupra trăsăturilor emergente de personalitate și asupra emoționalității copiilor, a permis evidențierea efectului pe care îl manifestă într-o măsură mai mare sau mai mică, în dimensiunile copilului puse în discuție (în patternurile de personalitate: Conformist, Inhibat, Instabil și în emoționalitate: Anxietate, Dispoziție depresivă, Tulburare distimică, Stres post traumatic, Anxietate generalizată, Problemede conduită), relația de coparentalitate disfuncțională, reflectată în scala *Relația cu partenerul* a testului PSI4. Abilitățile parentale explică rezultatele înregistrate și pe scalele *Starea afectivă și Adaptarea copilului*, ceea ce demonstrează impactul consistent al stresului resimțit în relația coparentală asupra sănătății emoționale a copilului.

9. De asemenea, se evidențiază ca abilități parentale, care explică predicția scorurilor raportate la copii și următoarele dimensiuni parentale întâlnite mai frecvent în analiza de predicție: *Suportul afectiv, Cunoaștere, Managementul crizelor și al timpului*. Astfel că, modalitățile eficiente de prevenire și de coping al stresului din familie și a situațiilor tensionale pentru oferirea unui suport afectiv care să ajute copilul în a-și gestiona emoțiile negative, de a cunoaște și de a-și explica reacțiile copilului, de a înțelege nevoile acestuia și de a formula răspunsuri adecvate lor, necesită îmbunătățiri pentru asigurarea dezvoltării psiho-emoționale a copilului.

3. AMELIORAREA PREDISPOZIȚIILOR TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE ȘI A CELOR EMOTIIONALE ALE COPIILOR ȘI ÎMBUNĂȚĂȚIREA COMPETENȚELOR PARENTALE ȘI A COPARENTALITĂȚII

3.1. Generalități despre Programul de intervenție psihologică

Programul de intervenție psihologică al copiilor și al părinților divorțați ai acestora este un proces complex care conține sesiuni de intervenție psihologică individuală, de grup și de familie, cuprinzând copilul și părintele cu care acesta locuiește (părintele rezident).

Scopul înaintat la etapa dată constă în elaborarea, implementarea și validarea eficienței unui program psihologic destinat ameliorării predispozițiilor tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale la copiii cu părinții care au divorțat, dar și de îmbunătățire a competențelor parentale și relației de coparentalitate din perspectiva părintelui rezident.

Am pornit de la **Ipoteza**, că vom putea realiza scopul, dacă elaborăm și implementăm un program de intervenție psihologică, structurat pe strategii de ameliorare a predispozițiilor tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale ale copiilor cu părinții divorțați, și de îmbunătățire/educare a nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate din perspectiva părintelui rezident.

Obiectivele demersului formativ sunt:

1. Elaborarea și implementarea programului de intervenție psihologică pentru copii și pentru părinții acestora;
2. Evaluarea eficienței și validarea programului psihologic implementat;
3. Delimitarea concluziilor generale și elaborarea recomandărilor pentru specialiști.

Demersul psihologic s-a realizat în cadrul *Centrului de Consiliere* din subordinea Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, Sector 2, București, conform procedurilor operaționale ale centrului care presupun următoarele operațiuni: înscrierea în registrul de evidență al cazurilor, înregistrarea datelor personale de identificare ale copilului și ale părinților; expunerea pe scurt a problematicei pentru care persoana se adresează instituției, sau este referit de către alte servicii specializate sau autorități (Poliție, Parchet, Judecătorie/Tribunal).

Pe baza principalelor informații despre caz se formulează un diagnostic prezumptiv consemnat în documentele centrului prevăzute în procedura operațională și se realizează evaluarea detaliată, în urma completării și semnării contractului cu familia.

Evaluarea psihologică se realizează cu ajutorul unei varietăți de metode, precum observația, interviul, chestionare și teste psihologice psihometrice prin care se identifică particularitățile psihice ale copilului. În urma evaluării psihologice detaliate se elaborează un plan personalizat de consiliere, plan care este individualizat în funcție de problemele specifice ale beneficiarilor și urmărește atât psihoterapia și/sau consilierea copilului pe baza simptomatologiei evidențiate cât și

reabilitarea capacității parentale și îmbunătățirea relațiilor copilului cu părintele său, prin consilierea psihologică a părintelui în vederea asumării și exercitării adecvate a rolului pe care îl are în creșterea și dezvoltarea copilului.

Identificarea simptomatologiei individuale și interferența cu mediul exterior neprielnic conduc la necesitatea abordării terapeutice imediate în vederea ameliorării problematicei și prevenirii eventualelor riscuri și consecințe ale divorțului.

Intervenția noastră s-a centrat, în principal, pe ameliorarea simptomelor copilului, dar și pe dezvoltarea competențelor și abilităților parentale ale părintelui rezident. În urma implementării programului psihologic, se presupune că vom obține un rezultat pozitiv cu privire la patternul emergent de personalitate și la starea emoțională a copiilor, prin îmbunătățirea expresiilor timpurii ale trăsăturilor de personalitate aflate în formare și influențate de experiența divorțului părinților, prin diminuarea intensității tulburărilor emoționale identificate și prin dezvoltarea competențelor și abilităților parentale ale părintelui cu care copilul locuiește.

Mecanismele psihologice care au stat la baza abordării predispozițiilor la tulburările de personalitate și a celor emoționale la copil și care au fost luate în considerare în activitățile din cadrul ședințelor psihologice desfășurate sunt evidențiate în lucrările autorilor: I. Mitrofan [30], V. Olărescu [35, 36, 37], V. Olărescu & A. Veleanovici [42], V. Olărescu & G. Dumitriu [43], G. Cucu – Ciuhan [105, 106, 107], M. Vîrlan [11], M. Păvălache [99], V. Gonța [20, 21], L. Mîță [178], A. Veleanovici & G. Dumitriu [55], G. Marc [27], K. Treisman [54], E. O. Vladislav [64], R. Rapee & A. Wignall & J. Hudson [49], R. Friedberg & J. McClure [17], C. Schaefer & A. Drewes [218], V. Satir [51], G. Landreth [26], M.E. Brianda & I. Roskam & M. Mikolajczak [95], F. Dolto [13], V. Oaklander [34], J. Biolley [2], R. Warshak [66], A. Baker & P. Fine [79], A. Baker & K. Andre [78].

În urma studierii literaturii de specialitate, aparținând unor autori psihoterapeuți români și străini, specializați în psihoterapia individuală și de grup a copilului și a familiei din perspectiva umanist – experiențială, am structurat propriul *Program de intervenție psihologică*, ce include modalități și abordări integrate de intervenție: *psihoterapie individuală, psihoterapie de grup și de familie*.

Experimentul formativ al copiilor și părinților s-a realizat în perioada ianuarie - iunie 2022.

Includerea copilului și a părintelui în programul de intervenție psihoterapeutică s-a realizat în urma evaluării psihologice din experimentul constatativ, care a evidențiat prezența și consistența predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale la copilul care traversează un context de divorț al părinților săi.

Din grupul preadolescenților identificați cu predispoziții la tulburări de personalitate și

tulburări emoționale, examinați în etapa experimentului de constatare, am selectat 60 de copii și părinții acestora (rezidenți) - la fel 60 subiecți, pentru a forma grupurile experimentale a copiilor (GEC) și părinților (GEP) și grupurile de control al copiilor (GCC) și al părinților (GCP), astfel încât ele să fie omogene. Am selectat preadolescenți cu caracteristici asemănătoare din punctul de vedere al prezenței tulburărilor, *omogenitatea* grupurilor fiind confirmată prin testul statistic Levene și raportul Hartley Fmax, astfel cum se observă în Anexa 5, tabelele 5.1.3 – 5.1.6.

Distribuția pe vârstă a copiilor examinați din cele două grupuri experimentale este prezentată în Anexa 5.1, tabelul 5.1.1. *Genul* subiecților preadolescenți este distribuit pe cele două grupuri suspuse experimentului astfel: pentru GEC: 19 subiecți fete și 11 subiecți băieți, iar pentru GCC: 17 subiecți fete și 13 subiecți băieți. Din perspectiva părinților implicați în experiment, caracteristicile cu privire la *vârstă* sunt expuse în Anexa 5.1, tabelul 5.1.2. *Genul* subiecților părinți, se prezintă astfel: pentru GPE - 23 femei și 7 bărbați; pentru GPC - 21 femei și 9 bărbați. Analiza statistică a datelor nu a evidențiat diferențe în privința vârstei sau genului copiilor și părinților astfel că cercetarea nu a rafinat datele privitor la aceste tipuri de corelații.

Copiii și părinții aparținând grupului experimental au fost incluși în programul de intervenție psihologică și au participat la *ședințele de intervenție psihologică individuală, de grup și de familie*. Programul individual al copilului a cuprins 12 ședințe săptămânale, de câte 40-45 de minute fiecare; programul de intervenție de grup a presupus împărțirea copiilor în 3 subgrupe a câte 10 copii fiecare și a cuprins câte 6 ședințe psihologice cu frecvență săptămânală și cu durata de 90 de minute fiecare. Programul de intervenție al părintelui s-a realizat prin 8 ședințe psihologice săptămânale cu o durată de 45-50 de minute iar cel în diadă părinte-copil a presupus parcurgerea a 8 ședințe de câte 50 – 60 de minute fiecare.

Programul de intervenție psihologică în cazul copiilor și părinților divorțați a avut la bază următoarele *principii* psihologice:

1. *Evaluării și intervenției psihologice precoce* – stabilirea și tratarea, în fază incipientă, a tulburărilor identificate la copii și a nivelului de competență parentală a părintelui, în vederea asigurării eficienței intervenției și sănătății psihologice a copiilor;
2. *Flexibilității și adaptării* – intervenția trebuie să se adapteze pe nevoile copilului și pe nevoile părintelui, atât în faza de debut prin obiectivele stabilite cât și pe parcursul desfășurării pentru a permite dezvoltarea de noi structuri și capacități ale copilului și ale părintelui;
3. *Utilizării alianței terapeutice* – folosirea relației dintre terapeut și participanți (copil și părinte), pentru a asigura eficiența intervenției;
4. *Experienței corective emoționale și comportamentale* – atât copilul cât și părintele trebuie ajutați în dobândirea unor experiențe corective proprii care să-i modifice comportamentul,

personalitatea și emoționalitatea;

5. *Utilizării jocului* – modalitatea cu ajutorul căruia copilul și părintele își exprimă mai facil gândurile, sentimentele și comportamentele care pot fi dificile sau amenințătoare pentru a fi exprimate în mod direct;

6. *Implicării factorilor parentali în intervenția psihologică* – implicarea părinților în intervenție ca urmare a principiului sistemic și integrat al familiei;

7. *Planificării și estimării prognostice* – intervenția a impus conceperea unui plan bine adaptat atât copilului și nevoilor sale, cât și părintelui, prin alegerea adecvată a metodelor terapeutice, estimându-se eficiența acestora;

8. *Responsabilizării părintelui* cu privire la asigurarea unui mediu adecvat, nonconflictual care să asigure dezvoltarea armonioasă a copilului [70].

Din perspectiva *condițiilor* care au asigurat structura și conținutul programului formativ, am avut în vedere următoarele:

1. *Înțelegerea noului context de viață familială* atât a copilului cât și a părintelui care presupune felul în care este reorganizată familia, statutul locativ al copilului, capacitatea de implicare a fiecărui părinte în cât mai multe activități cu copilul, în ciuda situației de separare, modul în care părinții acordă sprijin afectiv și comunică cu copilul, administrând elementele care țin de proximitate și relația cu celălalt părinte;

2. *Relația terapeutică* care asigură o contribuție importantă la eficiența intervenției psihologice, fiind un construct multidimensional care cuprinde: empatia personală, coeziunea în contextul grupului, colaborare și consens asupra scopurilor terapiei între psiholog și beneficiarii programului de intervenție și alianța terapeutică, în special în stabilirea unor scopuri și obiective clare, realizabile;

3. *Factorul personal al psihologului* care include pe de o parte, elemente de natura pregătirii și formării profesionale specializate în lucrul cu copilul și cu familia acestuia, iar pe de altă parte, particularități psihologice personale precum căldura, flexibilitatea, suportul emoțional, elemente necesare pentru a crea un mediu securizant și stabil, comportamentul terapeutului reprezentând un model de relaționare;

4. *Identificarea factorilor etiologici* care cauzează dezechilibre majore și apariția tulburărilor de natură emoțională și comportamentală la copilul care traversează o situație de separare parentală, reprezentați de stimulii din mediul extern al copilului, cum ar fi: tensiunile dintre părinți, starea emoțională a părinților și mecanismele de adaptare ale acestora la situația de separare, modificarea domiciliului și/sau a școlii, interacțiunea dintre mediul extern și procesările informaționale ale copilului care determină stări subiective negative și provoacă stres;

5. *Asigurarea unui mediu stabil, previzibil și securizant* având în vedere interacțiunea copilului cu ambii părinți care dețin locuințe separate, astfel încât, copilul este nevoit să se raporteze și să se adapteze noii situații, la cabinet fiind important ca mediul să fie adaptat intervenției psihologice asupra copilului iar ședințele psihologice să se realizeze pe cât posibil, recurent;

6. *Utilizarea jocului* având în vedere abilitatea copilului de a se juca, de a se angaja facil în activități ludice împreună cu terapeutul și cu ceilalți copii pe parcursul psihoterapiei de grup. Este important ca terapeutul să fie sensibil la emoțiile cu care copilul se confruntă și să-i inspire acestuia suport, siguranță, apreciere și un interes autentic.

Demararea programului de intervenție psihologică s-a realizat prin:

1. Motivarea părinților, evident și al copiilor pentru participare și implicare activă;
2. Clarificarea unor aspecte ce țin de cadrul terapeutic
3. Stabilirea contactului cu copilul și părintele, care presupune: prezentarea reciprocă; prezentarea modului de desfășurare și a duratei unei ședințe psihologice; descrierea și prezentarea detaliilor despre confidențialitate pentru asigurarea unei relații bazate pe încredere și siguranță.

Realizarea relației terapeutice se completează cu sensibilizarea părinților, asigurarea unui mediu și a unei îngrijiri adecvate, determinând astfel dezvoltarea unor mecanisme adaptative care reduc sau elimină simptomele copilului.

Părinții sunt încurajați să înțeleagă emoțiile și comportamentele preadolescentului, să folosească metode educative pozitive și să valorizeze copilul, atunci când doresc întărirea comportamentelor dezirabile.

3.2. Structura programului de intervenție psihologică individuală a copilului

Obiectivul central al terapiei este acela de a *ameliora predispozițiile la tulburările de personalitate, emoționale și comportamentale dezadaptative*, prin identificarea stărilor care conduc la astfel de manifestări, prin clarificarea legăturilor dintre emoții, gânduri și comportamente.

Identificarea și înțelegerea factorilor care determină apariția stărilor și comportamentelor disfuncționale reprezintă un punct forte pentru însușirea de către copil a abilităților de management comportamental, cu consecința *creșterii gradului de toleranță la frustrare* și dezvoltare a unor maniere adaptative de manifestare.

Planșele reprezentând diverse emoții sunt utilizate în vederea identificării de către copil a stărilor emoționale și conștientizării modalităților comportamentale subsecvente cu impact și asupra predispozițiilor la tulburările de personalitate identificate la copil.

O particularitate specifică a copiilor care traversează o situație de divorț a părinților săi, este

faptul că, *trăirile acestora sunt ambivalente și contradictorii* [122], fiind bucuroși atunci când petrec timp de calitate cu fiecare părinte, dar, în același timp triști, atunci când părinții sunt conflictuali sau când timpul petrecut cu părintele nerezident se sfârșește, copilul fiind nevoit să se separe de acesta.

Jocul expresiv este folosit pentru a ajuta copilul să găsească modalități potrivite de exprimarea sentimentelor dureroase și confuze sau a conflictelor în care se simte prins de către părinții săi.

Relația terapeutică reprezintă o oportunitate de a modifica tiparele internalizate de atașament ale copilului, fiind conținătoare și caldă, uneori diferită de cea pe care copilul o cunoaște. Astfel că, pentru a activa resursele de coping și a promova reziliența copilului, este necesar ca terapeutul, prin intervenția sa, să neutralizeze convingerile și așteptările negative ale copilului despre sine și despre ceilalți.

Intervenția individuală desfășurată în contextul copilului afectat de prezența predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale în contextul divorțului părinților a cuprins următoarele *obiective specifice* stabilite pentru a ameliora simptomatologia evidențiată:

1. Identificarea și prelucrarea emoțiilor și cognițiilor în vederea exprimării și conștientizării propriilor trăiri;
2. Reducerea distresului prin explorarea și descărcarea tensiunilor emoționale;
3. Îmbunătățirea abilităților de relaționare și a atașamentului prin facilitarea contactelor interpersonale verbale și nonverbale;
4. Creșterea stimei de sine ca urmare a stimulării și exersării expresivității și a creativității;
5. Încurajarea autonomiei și manifestarea liberei inițiative;
6. Achiziționarea unor principii ale comunicării asertive și eficiente prin deprinderea unor comportamente asertive;
7. Identificarea și dezvoltarea strategiilor de coping pentru optimizarea capacităților de adaptare la situații adverse de viață.

Pentru fiecare subiect din grupul experimental intervenția psihologică individuală s-a realizat în ședințe săptămânale, pe parcursul a 12 săptămâni, de câte 40-45 de minute fiecare și a cuprins următoarele *metode și tehnici psihologice*:

Tehnici de exprimare emoțională care presupun, în primul rând abilitatea de a identifica și explora emoțiile pe care copilul le experimentează, astfel:

Jocul simbolic - atunci când copilul poate să "vorbească" la persoana a treia folosind marionete sau diverse personaje cu ajutorul cărora își exprimă gândurile, sentimentele și comportamentele care sunt dificile sau amenințătoare pentru a fi exprimate în mod direct. Copilul

poate să proiecteze sentimente și emoții intense asupra personajelor folosite, creând în acest fel o cale sigură și controlată pentru exprimarea emoțională [218].

Jocul de rol - persoana își joacă propriul rol. Prin jocul de rol se stimulează autocunoașterea, putem învăța modalități de relaționare adecvată și eficientă și chiar putem produce modificări în sfera personalității prin mecanismul armonizării imaginii de sine cu sfera comportamentală. Jocul de rol îl implică pe individ în totalitate, acesta participând cu tot ceea ce este din punct de vedere psihic: cogniție, afectivitate și motivație, voliție, trăsături de personalitate, conștient, subconștient și chiar inconștient. Jucând un anumit rol, persoana poate afla mai multe despre sine, dar și despre alții, se poate înțelege mai profund pe sine, dar și pe ceilalți. Prin joc derol putem conștientiza resursele și limitele personale și putem învăța strategii de relaționare mai eficiente [115]. În viața cotidiană orice rol realizat în realitate poate fi reprezentat mental, însă nu orice rol reprezentat poate fi adecvat concretizat în acțiune. Prin jocul de rol, în psihodramă, individul trece de la acțiune la reprezentare și invers, adaptându-și rolurile sale la propria personalitate și la cerințele realității.

Inversiunea de rol - protagonistul își asumă rolul unui alt personaj (persoană reală sau personaj fantastic, parte a personalității, persoană care trăiește sau care nu mai este etc.) și exprimă ideile, trăirile afective ale personajului respectiv, în timp ce o altă persoană joacă rolul său. Această tehnică permite decentrarea individului și accesul la noi perspective [52].

Exerciții de exprimare simbolică cu suport artistic – modelajul în plastilină – [34, 64] – flexibilitatea și adaptabilitatea plastilinei o face potrivită pentru o multitudine de nevoi și permite lucrul cu un proces intern fundamental pentru orice vârstă. Oferă o experiență senzorială tactilă și kinestezică facilitând exprimarea emoțională și deblocând utilizatorul. Persoanele care se simt nesigure și temătoare pot avea sentimentul de control și stăpânire și pot să-și consolideze stima de sine experimentând mânguirea plastilinei.

Planșele și desenele reprezentând diverse emoții sunt utilizate pentru a ajuta copilul să identifice propriile stări sau să vorbească despre modul în care se comportă atunci când se simte fericit, trist, furios, frustrat [49].

Tehnicile expresiv – creative care permit preadolescentului să exprime și să conștientizeze stările emoționale pe care le resimte, punctele forte și abilitățile sale, pe de o parte, dar și temerile și obstacolele care apar și care îi crează dificultăți existențiale.

Utilizarea acestora contribuie la eliminarea blocajelor în exprimarea sentimentelor, trăirilor și credințelor. Metodele expresiv - creative aduc conținuturile inconștientului la nivelul conștiinței prin intermediul diferitelor modalități simbolice, de exemplu:

Desenul - reprezintă cea mai folosită tehnică de proiecție a personalității în intervenția

psihologică a copiilor fiind folosită pentru a externaliza trăirile, nevoile și dificultățile ce apar în adaptarea și gestionarea evenimentului de separare. Scopul folosirii tehnicii expresiv creative a fost acela de a crește capacitatea copilului de a fi conștient de sine folosindu-și creativitatea, pentru exprimarea sentimentelor trăite și a gândurilor intruzive și persistente cu privire la experiența divorțului, pentru stimularea comunicării și exprimării tensiunii emoționale [64].

Construirea poveștii personale - povestea stimulează „descentrarea” copilului creându-i o nouă perspectivă prin care poate să-și proiecteze temerile și dificultățile cu care se confruntă, exprimarea prin personajele folosite îi dau copilului posibilitatea să își activeze resursele interioare [67].

Exercițiile de relaxare prin respirația dirijată - sunt utilizate pentru a crește senzația copilului de confort emoțional, tehnicile de respirație fiind facil de aplicat atât în cabinet, în cadrul ședințelor psihologice, cât și în experiențele stresante din viața de zi cu zi a copilului, în mediul familial sau școlar [132].

Exerciții de management al stresului care urmăresc scăderea nivelului de activare emoțională și corporală folosind *jocul cu nisipul terapeutic* care crează premisele pentru auto-alinare. Exercițiul se bazează pe modalități tactile, nonverbale și expresive care conduc la reglarea și funcționarea îmbunătățite, bazate pe proprietățile facilitatoare a materialului tactil simplu reprezentat de nisip [26].

Exerciții de îmbunătățire a stimei de sine - întrucât copilul își dezvoltă stima de sine prin observarea celorlalți, observarea lor de către ceilalți și prin primirea de feedback, primul pas pe care terapeutul îl poate face, este de a recunoaște de-a lungul ședințelor psihologice sentimentele copilului. Ulterior, acesta le validează și le exprimă la rândul său față de copil, pentru a-l ajuta să dobândească înțelegere față de propriile comportamente, o percepție clară de sine fiind puternic legată de o stimă de sine pozitivă [97]. Acceptarea, empatia, congruența, onestitatea și atenția neîntreruptă oferite copilului prin relația terapeutică au fost folosite ca tehnici intrinseci de abordare și creștere a stimei de sine la copil. Al doilea pas pentru îmbunătățirea stimei de sine este acela prin care ajutăm copilul să își evalueze concepția despre sine. În acest scop se folosește o variantă verbală a jocului ping-pong prin care se enunță un aspect pozitiv despre copil, urmând ca și copilul, la rândul său să exprime despre sine o apreciere. Jocul continuă cu replici de o parte și de alta, tehnica ajutând copilul să dobândească experiență în generarea de enunțuri pozitive despre sine și încurajându-l să fie încrezător în propriile puteri [141].

Exerciții de conștientizare și exerciții de restructurare cognitivă – urmăresc conștientizarea copilului prin modalități de stimulare vizuală referitoare la noul context de viață post-divorț. Au fost create o serie de tehnici și jocuri experiențiale ce urmăresc atât restructurări pozitive privind

evaluarea și înțelegerea situației de separare a părinților, modificări benefice propriei imagini, cât și modalități de evaluare a raporturilor cu ceilalți. Toate acestea au ca finalitate înțelegerea desine și de mediu, prin sublinierea importanței stabilirii unor raportări realiste, a necesității efortului spre reușită și spre cunoștere [124].

Tehnici de comunicare – realizate prin dezvoltarea abilităților de exprimare verbală a sentimentelor și a gândurilor, prin autodezvăluire și prin comunicare asertivă, situație în care copilul poate să recunoască și să dezvăluie ceea ce gândește, simte și dorește, respectând nevoile celuilalt [19]. Pentru antrenarea abilităților de comunicare este nevoie de parcurgerea unor pași care presupun: înțelegerea și recunoașterea diferenței dintre asertivitate, comportament pasiv și agresiv; dezvoltarea abilităților nonverbale, utilizarea restructurării cognitive pentru a reduce fricafață de consecințele negative ale comportamentului asertiv; învățarea alegerii cu privire la momentul când este nevoie ca preadolescentul să se comporte asertiv [49].

În continuare, în timpul procesului de explorare, s-au urmărit *reacțiile emoționale ale copilului*, care au permis formularea așteptărilor și stabilirea obiectivelor. Exprimarea verbală dar mai ales nonverbală au reflectat modul de gândire, emoțiile și comportamentul copilului, conținutul emoțional, susținute prin răspunsuri empaticе ale terapeutului pentru a-l ajuta pe copil să se simtă securizat. *Explorarea răspunsului afectiv* al copilului și sentimentele cu privire la situația de divorț a părinților s-au realizat după o pregătire suplimentară și după crearea relației terapeutice, prin mijloace expresiv creative, pentru a asigura un cadru confortabil de comunicare și dezvăluire a experienței dureroase pe care copilul o traversează. Problematika divorțului a fost abordată într-o manieră neutră, calmă și suportivă, într-un limbaj pe măsura capacităților de înțelegere.

Identificarea și exprimarea gândurilor și sentimentelor cu privire la experiența de divorț a părinților săi, reprezintă primul pas în procesul de schimbare, care ajută copilul să-și modifice percepțiile, să-și exprime emoțiile negative, a sentimentului de vină resimțit în relație cu divorțul parental. Expunerea copilului la anumiți stimuli, sub formă de amintiri referitoare la experiența de divorț, a reprezentat o etapă importantă a intervenției pentru *reducerea anxietății*.

Din cauza asocierii unor stimuli neutri anteriori cu stimuli specifici ai situației de divorț, copilul a dezvoltat simptome emoționale și poate dezvolta *comportamente de evitare* a acestor stimuli, care pot deveni aversivi și pot accentua disconfortul resimțit de către copil. Evitarea poate lua forma respingerii celuilalt părinte atunci când acesta prezintă comportamente tensionate și discuții critice la adresa părintelui cu care copilul locuiește și față de care copilul a dezvoltat o relație semnificativă. Formele de expunere directă sau prin mijloace expresiv creative și tehnici cognitiv comportamentale de relaxare și expunere progresivă variază și sunt adecvate în funcție de

copil, pentru a diminua stările emoționale și a restructura percepțiile cognitive.

Terapia vizează de asemeni *reducerea distresului și creșterea capacității copilului de a controla stările emoționale negative* prin dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională prin folosirea tehnicilor care reduc stările emoționale copleșitoare care destabilizează copilul.

Jocul cu nisipul terapeutic creează premisele pentru auto-alinare și se bazează pe modalități tactile, nonverbale și expresive care conduc la reglare și funcționare îmbunătățite, bazate pe proprietățile facilitatoare a materialului tactil simplu reprezentat de nisip.

Tehnica de control a respirației a ajutat copilul să reducă sentimentele de furie și agitație fiind foarte eficientă atunci când aceștia experimentează emoțiile negative, copleșitoare, restabilirea respirației ajutându-i pe copii să se calmeze și să recapete controlul.

Model de ședință de intervenție psihologică individuală a copilului

Ședința 1 - Introducere în terapie

1. Să înțelegem ce se întâmplă!

Scop: intercunoaștere, crearea unui cadru prietenos, securizant și anticipativ.

Durata: 10 minute.

Tehnica utilizată: expunere și dialog terapeutic.

Descrierea activității are ca obiectiv clarificarea unor aspecte ce țin de cadrul terapeutic și de stabilire a contactului cu copilul pentru programul de intervenție și anume: prezentarea reciprocă, atât a copilului cât și a psihologului; prezentarea modului de desfășurare a demersului psihologic de intervenție și durata unei ședințe psihologice; expunerea limitelor confidențialității pentru asigurarea unei relații bazate pe încredere și siguranță; motivarea copilului pentru participare și implicare activă; prezentarea de către copil a activităților ludice preferate, a hobby-urilor, expunerea unor detalii cu privire la prietenii și colegii cu care copilul interacționează frecvent în mediul școlar sau extrașcolar;

Efectele obținute: Copilul se clarifică în privința demersului terapeutic și înțelege rolul și scopul acestuia.

2. Să ne cunoaștem!

Scop: intercunoaștere, crearea unui cadru prietenos, securizant și anticipativ.

Durata: 15 minute.

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic.

Descrierea activității: Terapeutul se prezintă pe sine și detaliile modului de desfășurare a ședințelor psihologice: frecvența întâlnirilor, limitele de confidențialitate, conținutul generic al programului de intervenție și îi transmite copilului disponibilitatea pe care o manifestă pe parcursul demersului: „Sunt aici, te aud, te înțeleg, îmi pasă”. Ulterior, terapeutul îi solicită copilului să se

prezintă și „pentru a te cunoaște mai bine” să expună ce activități îi plac cel mai mult, care sunt prietenii săi, ce jocuri preferă să se joace cu aceștia.

Efectele obținute: se crează o atmosferă prietenoasă, deschisă; copilul se simte ascultat ceea ce îi conferă importanță.

3. În continuarea ședinței copilul este rugat să completeze Fișa de lucru „*Totul despre mine*” (prezentată mai jos) în vederea explorării universului acestuia și pentru facilitarea procesului de cunoaștere, pentru a-i transmite copilului faptul că este o persoană valoroasă și unică pentru psiholog.

Scop: facilitarea interacțiunii, cunoaștere, identificarea unor aspecte ce țin de universul copilului.

Durata: 25 minute.

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic; completare de fraze; explorare terapeutică.

Descrierea activității: Terapeutul îi oferă copilului o fișă de lucru – *Totul despre mine* [49], și creioane colorate și îl roagă să completeze propozițiile din fișă cu gândurile care apar atunci când le citește.

*Fișă de lucru **Totul despre mine***

Citește propozițiile de mai jos și completează cu cuvintele care ți se potrivesc pentru tine:

1. Sunt fericit(ă) când
2. Îmi place
3. Locul meu favorit este
4. Îmi lipsește
5. Plâng atunci când
6. Culoarea mea preferată este
7. Sportul meu preferat este
8. Aș vrea să am
9. Mă simt bine atunci când
10. Aș vrea să pot să
11. Mă simt furios când
12. Aș vrea ca familia mea să
13. Cred că părinții mei ar trebui să
14. Familia mea mă face să mă simt
15. Lucrul de care am nevoie este

După finalizarea fișei, terapeutul reia împreună cu copilul fiecare propoziție cu completarea aferentă a acestuia și realizează o explorare a universului său ghidat de fișa de lucru, asigurându-i copilului empatia și acceptarea terapeutică.

Efectele obținute: identificarea și exprimarea gândurilor și sentimentelor; expunerea ghidată a unor elemente din viața sa reală într-o dimensiune controlabilă și securizantă.

4. Exercițiul terapeutic: *În grădina ta „cresc” griji?*

Scop: conștientizarea stării emoționale și reducerea nivelului de anxietate a copilului;

Durată: 20 de minute;

Tehnica utilizată: terapie prin joc;

Descrierea activității: Terapeutul lecturează introducerea pentru exercițiul următor pentru a pregăti copilul, astfel: „Ai plantat vreodată o sămânță? Dacă acoperi o sămânță cu pământ, o stropești și te asiguri că are suficientă lumină de la soare, în curând o să răsară o plănuță verde. Dacă vei continua să o stropești și să ai grijă de plănuța ea va crește. Știi că și grijile „cresc” dacă le acorzi atenție? Mulți copii le dau mare atenție grijilor chiar dacă nu intenționează să facă asta astfel că, unele gânduri ajung să-i supere și să-i facă să se simtă rău.”

Terapeutul solicită copilului să deseneze pe o coală de hârtie un lucru care îl îngrijorează. După realizarea desenului, copilul este rugat să identifice resurse proprii în vederea ameliorării nivelului de îngrijorare, adresându-i întrebarea: „Ce poți să spui sau să faci ca să fii mai puțin îngrijorat în această privință?”

Efectele obținute: identificarea și exprimarea gândurilor și emoțiilor pe care copilul le trăiește cu consecința reducerii nivelului de anxietate

În încheierea ședinței terapeutul îi solicită copilului să-și exprime starea emoțională din momentul respectiv, asigurându-se ca aceasta să fie una neutră sau pozitivă. De asemenea, copilul este rugat să transmită un feedback despre activitatea desfășurată în cadrul primei întâlniri și i se reamintește despre întâlnirea următoare în vederea asigurării compliancei și nevoii de predictibilitate.

Prezentarea următoarelor ședințe ale programului de intervenție psihologică se regăsește în Anexa 4.1.

3.3. Structura Programului de intervenție psihologică de grup a copiilor

După finalizarea programului formativ individual al copilului au fost organizate 6 ședințe psihologice de grup pentru copii, cu frecvență săptămânală și cu durata de 90 de minute fiecare.

Subiecții din grupul experimental au fost împărțiți în 3 subgrupe de câte 10 copii, având la bază criteriile de vârstă și prezența tulburărilor de personalitate și a celor emoționale asemănătoare.

Scopul principal al demersului psihologic de grup a fost acela al restructurării terapeutice prin: suportul covârșnicilor; identificarea și valorizarea reciprocă; interacțiunea și coeziunea celor implicați, având în vedere puterea curativă a grupului ca element important de luat în considerare.

În acord cu obiectivele generale ale programului, se stabilesc direcțiile specifice ale ședințelor, reprezentate de:

- activarea resurselor psihice interioare;
- deblocarea și explorarea emoțională;

- ameliorarea stărilor disfuncționale și a comportamentelor negative;
- dezvoltarea stimei de sine;
- îmbunătățirea relaționării sociale cu cei de vârste apropiate
- dezvoltarea trăsăturilor personalității.

Au fost stabilite elemente caracteristice intervenției în grup, care au condus la eficientizarea și gestionarea managementului de recuperare al copilului.

Model de ședință de intervenție psihologică de grup al copiilor

Ședința 1 – Construirea coeziunii grupului

1.Să stabilim regulile jocului!

Exercițiul presupune realizarea coeziunii grupului și stabilirea regulilor grupului pentru asigurarea disciplinei și bunului mers al întâlnirilor, prin exercițiul de interacțiune și intercunoaștere, care facilitează libertatea de exprimare, diminuează anxietatea și inhibiția corespunzătoare participării fiecărui copil la grup.

Scopul ședinței a fost acela de a facilita intercunoașterea dintre membrii grupului, a asigura coeziunea și încrederea dintre preadolescenții participanți.

Durată: 10 minute

Tehnica folosită: dialogul.

Descrierea activității: În cadrul primei părți terapeutul clarifică și asigură faptul că ședințele se vor desfășura în baza principiilor confidențialității, egalității și individualității fiecărui copil, în vederea stimulării încrederii și susținerii reciproce, pentru a crea premisele unui mediu securizant pentru autodezvăluire. Astfel că, terapeutul împreună cu participanții formulează și stabilesc regulile concrete ale grupului cu privire la:

- modalitățile de exprimare și de ascultare ale fiecăruia: îl ascultăm pe cel care vorbește fără să-l întrerupem și ne exprimăm, solicitând acordul prin ridicarea mâinii, după ce termină de vorbit;
- confidențialitate: nu spunem altor persoane din afara grupului despre ce ne povestesc ceilalți copii;
- respectul acordat participanților: ne respectăm reciproc, nu ne jignim, nu țipăm unii la alții;
- angajamentul și implicarea în ședințele psihologice stabilite: încurajăm implicarea tuturor celor din grup.

Terapeutul manifestă flexibilitate, disponibilitate și responsabilitate pentru a crea o relație conținătoare și reparatorie dar și o abordare educativă fermă pentru a realiza managementul intervenției de grup.

Efectele obținute: copiii beneficiază de un cadru structurat, coeziv și permisiv în care să se exprime liber și relaxat.

2. *Să ne cunoaștem!*

Scop: prezentarea și cunoașterea numelui fiecărui participant, realizarea unui mediu relaxat, de încredere și siguranță.

Durata: 10 min.

Tehnica utilizată: jocul terapeutic.

Descrierea activității: Copiii sunt rugați să se ridice în picioare, în formă de cerc. Terapeutul, cu ajutorul unei mingii, pe care fiecare participant o va primi și o va da mai departe, pe rând, va iniția prezentarea numelui și a unui lucru care îi place mai mult și își va spune numele, însoțit de o afirmație prin care să transmită celorlalți ce îi place mai mult. Cel care primește mingea o va arunca unui alt copil, până când se va afla numele fiecăruia.

Efectele obținute: detensionare, realizarea unei prime interacțiuni între membrii grupului.

3. *„Mica vrăbiuță le vorbește prietenilor!”*

Scop: construirea încrederii în sine, diminuarea timidității și încurajarea exprimării într-un mediu necunoscut.

Durata: 20 min.

Tehnica utilizată: jocul.

Descrierea activității: Fiecare copil este rugat să „zboare” către un alt copil, alegându-și o pereche și să-i vorbească despre sine, despre dorințele sale, despre ceea ce i-ar plăcea să înțeleagă. Terapeutul monitorizează și intervine în situația în care i se solicită ajutorul, sau în cazul în care vreun copil se blochează și întâmpină dificultăți, asigurându-se că fiecare copil se exprimă.

Efectele obținute: dezvoltarea comunicării, încurajarea curiozității față de ceilalți și a dorinței de a intra în contact cu ei, realizarea interacțiunii între membrii grupului.

Prezentarea următoarelor ședințe ale programului de intervenție psihologică se regăsește în Anexa 4.2.

3.4. Structura programului de intervenție psihologică individuală a părintelui

În paralel cu intervenția psihologică individuală a copilului s-a desfășurat un *program formativ al părintelui* cu care copilul locuiește. Au fost desfășurate 8 ședințe psihologice săptămânale cu o durată de 45-50 de minute, în funcție de complexitatea problematicilor evidențiate în etapa de evaluare. Conținutul a fost structurat pe cele două dimensiuni principale care pot perturba dinamica familială în contextul divorțului: *competența parentală personală* și *relația de coparentalitate* cu celălalt părinte.

În acest context, s-au stabilit următoarele *obiective specifice*:

- înțelegerea dinamicii divorțului și a consecințelor asupra copilului;
- identificarea nevoilor copilului conform nivelului de dezvoltare;

- îmbunătățirea competenței parentale, operaționalizarea și implementarea dimensiunilor parentale, cunoașterea copilului, asigurarea suportului afectiv și managementul situațiilor de stres și de criză ale copilului;
- stabilirea unor principii de bază pentru o comunicare asertivă și eficientă;
- informarea și responsabilizarea părintelui în privința relației de coparentalitate; identificarea rolurilor și limitelor;
- identificarea consecințelor pe termen scurt și pe termen lung ale coparentalității conflictuale;
- îmbunătățirea relațiilor familiale și crearea premiselor relației de coparentalitate cooperantă.

Model de ședință de intervenție psihologică individuală al părintelui

Ședința 1 - Introducere

1. Să înțelegem ce se întâmplă!

Scop: intercunoaștere, crearea unui cadru prietenos, securizant și anticipativ.

Durata: 10 minute.

Tehnica utilizată: expunere și dialog terapeutic; clarificare;

Descrierea activității are ca obiectiv clarificarea unor aspecte ce țin de cadrul terapeutic, de realizare a contactului cu părintele și de stabilire a obiectivelor pentru programul de intervenție.

Terapeutul realizează:

- prezentarea modului de desfășurare a demersului psihologic de intervenție prin ședințe săptămânale, durata unei ședințe psihologice și stabilirea cadrului intervenției;
- expunerea regulilor din cadrul întâlnirilor cu privire la respectarea timpului și a limitelor confidențialității pentru asigurarea unei relații bazate pe încredere și siguranță;
- expunerea argumentelor privind motivarea intrinsecă a părintelui pentru participare și implicare activă;
- informarea și accentuarea importanței privind colaborarea terapeutică, crearea relației terapeutice și stabilirea obiectivelor ce decurg din evaluarea psihologică realizată în etapa de constatare.

Astfel, au fost prezentate într-un limbaj accesibil părintelui structura și regulile demersului terapeutic: respect reciproc necondiționat; confidențialitate; respectarea timpului ședințelor; amabilitate; implicare.

Efecte obținute: clarificarea unor aspecte ce țin de cadrul terapeutic, de realizare a contactului cu părintele.

3. Ce ne propunem?

După realizarea primei părți a ședinței în care s-a clarificat cadrul de desfășurare a intervenției individuale a părintelui, terapeutul stabilește, de comun acord cu părintele, obiectivele care vor fi atinse în intervenția psihologică a acestuia.

Scop: pentru a identifica motivarea și complianța în intervenția psihologică a părintelui, susținerea demersului ce are ca finalitate îmbunătățirea întregului sistem familial.

Durată: 10 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, operaționalizarea conceptuală;

Descrierea activității: În primul interviu, părintele este întrebat ce anume ar dori să obțină, să îmbunătățească sau să amelioreze în atitudinea și comportamentul său parental în ședințele psihologice, folosind următoarele întrebări:

„Ce anume vă așteptați să se întâmple în ședințele noastre?”

„Ce sperați să reușiți aici?”

Efecte obținute: identificarea expectanțelor părintelui și a complianței acestuia cu privire la intervenția psihologică.

4. Identificarea problemelor familiale

Scop: pentru a identifica subiectele și abordarea adecvată în intervenția psihologică, cu accent pe resursele personale ale părintelui, pe soluțiile pe care le-a implementat și care nu au avut finalitatea așteptată.

Durată: 15 minute;

Tehnica utilizată: ascultare activă, analiza discursului, reflectare terapeutică;

Descrierea activității: Părintele este rugat să prezinte sintetic, din perspectiva sa, problemele care apar în prezent, în contextul familiei, în legătură cu copilul sau cu părintele nerezident.

Ulterior, părintele este rugat să răspundă la câteva întrebări clarificatoare pentru a obține din punctul său de vedere indiciile privind problematica familiei, astfel:

„Ce considerați dumneavoastră că doare în această familie?”

„Când ați observat prima dată simptomele respective?”

„Ce pași ați urmat pentru a încerca să rezolvați?”.

Efecte obținute: clarificarea problemelor familiale și identificarea resurselor personale ale părintelui implicat în demersul psihologic.

4. Expunerea rezultatelor evaluării

Scop: conștientizarea impactului problematicilor divorțului asupra copiilor și a contribuției personale la dinamica familială.

Durată: 10 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, operaționalizarea conceptuală;

Descrierea activității: în scopul stabilirii obiectivelor împreună cu părintele, terapeutul expune, pentru a aduce la cunoștința părintelui, rezultatele sintetizate ale evaluării realizate în etapa constativă: predispozițiile la tulburările de personalitate și tulburările emoționale ale copilului și

deficiențele parentale evidențiate. Pe baza rezultatelor prezentate terapeutul oferă clarificări, explicații și operaționalizează problematica evidențiată în etapa de evaluare inițială, într-un limbaj accesibil, pentru a evidenția impactul și efectele comportamentelor parentale individuale și a relației de coparentalitate tensionată asupra copilului și a sistemului familial în integralitatea sa.

Efectele obținute: În scopul îmbunătățirii relației de coparentalitate și a creșterii nivelului competențelor parentale individuale, se concretizează obiectivele care stau la baza intervenției.

Prezentarea următoarelor ședințe ale programului de intervenție psihologică se regăsește în Anexa 4.3.

3.5. Structura programului de intervenție psihologică în diada părinte – copil

Pentru intervenția psihologică în diadă, a copilului și a părintelui, au fost parcurse 8 ședințe a câte 50 – 60 de minute.

Obiectivele specifice care au stat la baza demersului psihologic:

1. Evaluarea dinamicii relaționale părinte – copil și identificarea aspectelor nefuncționale;
2. Identificarea și însușirea unor principii de bază pentru o comunicare eficientă și pentru exprimarea emoțională;
3. Stabilirea și clarificarea rolurilor și a limitelor personale;
4. Identificarea elementelor care creează un impact nefuncțional la nivelul dinamicii familiale; dificultăți și soluții în dinamica familială;
5. Îmbunătățirea relațiilor familiale prin crearea unor rutine securizate, stabile și previzibile pentru copil în relaționarea cu părintele său.

Model de ședință de intervenție psihologică în diada părinte – copil

Ședința 1 – Evaluarea dinamicii părinte – copil.

1. De ce suntem aici?

Scop: stabilirea cadrului terapeutic, prezentarea și clarificarea detaliilor intervenției psihologice în diadă, părinte – copil;

Durată: 10 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, clarificare;

Descrierea activității: În prima parte s-a avut în vedere reluarea și adaptarea unor aspecte privind stabilirea cadrului și a confidențialității, precum și evidențierea obiectivelor specifice vizate în intervenția familială (relația diadică părinte – copil).

Efectele obținute: participanții beneficiază de un cadru structurat și clar în care să se exprime liber și relaxat.

2. Ce probleme ne deranjează!

Scop: identificarea subiectelor și a problemelor care generează disfuncționalități la nivelul relației părinte – copil, pentru abordarea adecvată în intervenția psihologică.

Durață: 15 minute;

Tehnica utilizată: ascultare activă, analiza discursului, reflectare terapeutică;

Descrierea activității: Fiecare membru al familiei a prezentat, din perspectiva sa, aspectele problematice pe care dorește să le abordeze, stabilindu-se un consens general cu obiectivele specifice identificate de către terapeut.

Efectele obținute: au fost prezentate dificultățile pe care părintele și copilul le întâmpină și modalitățile pe care aceștia au încercat să le gestioneze însă, fără succes. S-au conturat direcțiile de intervenție psihologică pentru ameliorarea problematicilor copilului și îmbunătățirea nivelului competențelor parentale ale părintelui.

3. Ce apreciez mai mult la tine?

Scop: evidențierea aspectelor relaționale dintre părintele rezident și copil;

Durață: 10 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, ascultarea activă, reflectarea sentimentelor;

Descrierea activității: fiecare membru scrie pe o foaie de hârtie numele celuilalt și o scurtă descriere a persoanei respective, care să cuprindă elemente de apreciere și detalii care să evidențieze aspecte pozitive care caracterizează persoana. Ulterior, atât mama cât și copilul, își citesc reciproc ceea ce au scris și discută despre calitățile menționate.

Terapeutul propune părintelui și copilului ca *temă pentru acasă* să confecționeze împreună un obiect la liberă alegere și să conceapă o poveste despre ce au construit.

Efectele obținute: realizarea conexiunii dintre părinte – copil, identificarea aspectelor relaționale care necesită îmbunătățiri.

Prezentarea următoarelor ședințe ale programului de intervenție psihologică se regăsește în Anexa 4.4.

3.6. Eficiența programului de intervenție psihologică

Scopul etapei de verificare a eficienței intervenției aplicate, respectiv a experimentului de control, a urmărit evaluarea impactului programului de intervenție psihologică realizat asupra copiilor cu predispoziții la tulburări de personalitate și cu tulburări emoționale și asupra părintelui cu care copilul locuiește, identificat cu nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

Ipoteza experimentului de control a avansat prezumția, între rezultatele GE și GC există diferențe statistice semnificative la toate dimensiunile supuse intervenției și anume: ameliorarea predispozițiilor tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale ale copiilor; îmbunătățirea nivelului competențelor

parentale și a relației de coparentalitate ale părinților rezidenți ai copiilor.

Variabilele experimentale:

- Variabile *independente*: programul de intervenție psihologică (intervenție)
- Variabilele *dependente*: fiecare scală a testelor și chestionarelor psihologice aplicate pentru copil și pentru părinte, astfel:

- pentru testul MPACI:
 - *patternurile de personalitate*: Încerezător, Sociabil, Conformist, Supus, Inhibat, Insubordonat, Instabil;
 - *semne clinice curente*: Anxietate/Frică, Deficit de atenție, Tendințe obsesiv-compulsive, Probleme de conduită, Comportamente disruptive, Dispoziție depresivă, Distorsionarea realității;
- pentru testul HiPIC: Stabilitate emoțională, Extraversie, Imaginație, Benevolență, Conștiinciozitate;
- pentru testul CSI4: *ADHD tipul neatent, ADHD tipul hiperactiv-impulsiv, ADHD tipul combinat, Tulburarea opoziționismului provocatory, Tulburarea de conduită, Anxietatea generalizată, Fobia specifică, Tulburarea obsesiv – compulsivă, Stresul posttraumatic, Ticurile, Schizofrenia, Tulburările depresive, Tulburarea Asperger, Tulburarea autistă, Fobia Socială, Anxietatea de separare, Enurezis, Encoprezis;*
- pentru testul PSI4:
- *domeniul copilului*: Ușurința de a fi distras/Hiperactivitate, Adaptare, Recompensa părintelui, Solicitări, Stare afectivă, Acceptare;
- *domeniul părintelui*: Competență, Izolare, Atașament, Sănătate, Rol parental restrictiv, Depresie, Relația cu soțul/ia sau partenerul/a de viață.
- pentru chestionarul CCP: Cunoaștere, Suport afectiv și managementul stresului, Disciplinare, Managementul timpului, Managementul crizelor.

Eficiența și valabilitatea implementării programului de intervenție psihologică s-a verificat prin reaplicarea *instrumentelor* utilizate în etapa constatativă copiilor și părinților: Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory - MPACI, Hierarchical Personality Inventory for Children - HiPIC, Chestionarul de evaluare a simptomelor copiilor – CSI4, Chestionarul de investigare a competenței parentale - CCP, Parental Stress Index - Fourth Edition – PSI4.

A fost realizată statistica descriptivă pe datele obținute, la GE și GC. Având în vedere numărul subiecților incluși în cele două grupuri (câte 30 preadolescenți în fiecare), s-au utilizat metode statistice parametrice, în vederea comparării acestora: pentru verificarea datelor **test/retest** și **retest** pentru ambele grupuri, cel experimental și cel de control, atât ale copiilor cât și ale

părinților s-a folosit *testul ANOVA pentru măsurători repetate cu design mixt* care a analizat rolul intervenției terapeutice asupra copiilor și asupra părinților. *Omogenitatea grupurilor* a fost verificată prin aplicarea *testul Levene și raportul Hartley FMax* pentru a testa îndeplinirea condiției de omogenitate a varianțelor, *testul t* pentru eșantioane independente s-a bazat pe variante egale, omogene ale grupurilor de subiecți (Anexa 5, tabelele 5.1.3 – 5.1.8). Analiza *condiției de normalitate* a fost testată prin intermediul *indicatorilor formei distribuției skewness și kurtosis* (Anexa 5, tabele 5.1.9 – 5.1.14).

În continuare vom prezenta datele *test-retest și retest* obținute de copii și de părinții acestora:

Rezultatele pentru testul psihologic MPACI

Scop: evaluarea impactului programului de intervenție psihologică asupra copiilor cu predispoziții la tulburări de personalitate și cu tulburări emoționale.

Ipoteză: vor exista diferențe statistic semnificative între GCE și GCC la dimensiunile supuse intervenției și anume se vor ameliora predispozițiile tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale.

Test/retest, pentru patternurile emergente de personalitate.

În fig. 3.1 sunt prezentate mediile obținute de preadolescenții din GCE și GCC *test/retest*.

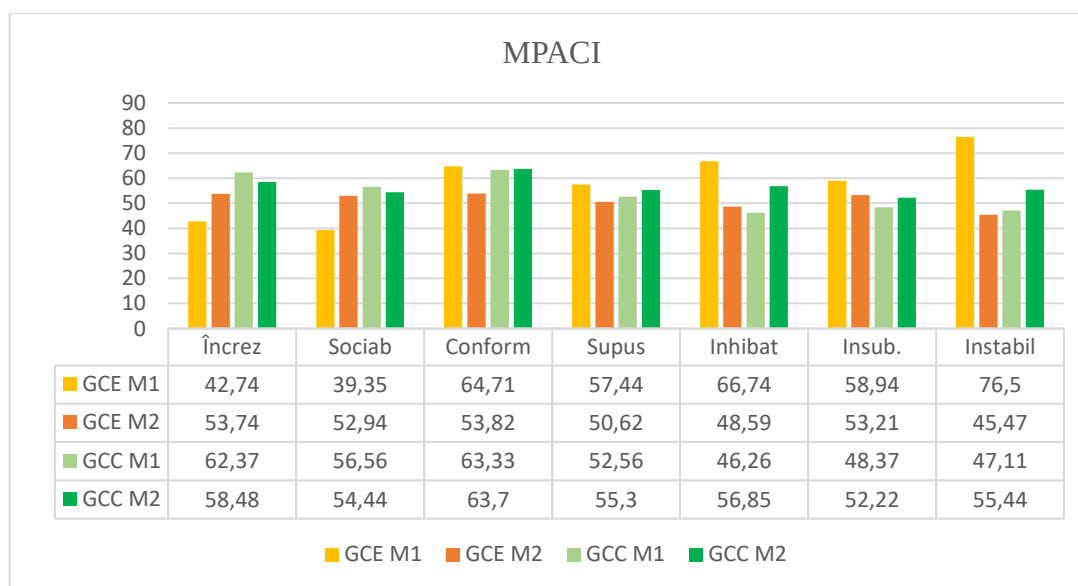


Fig. 3.1. Media pentru patternurile de personalitate, MPACI, GCE/GCC, test/retest

Analiza datelor ne arată îmbunătățiri consistente (dinamică pozitivă) la toate scalele testului, în sensul creșterii mediilor la GCE pentru scalele *Încrezător* (M1= 42.74, M2=53.74) și *Sociabil* (M1=39.35, M2=52.94) și scăderii mediilor pentru *Conformist* (M1=64.71, M2=53,82), *Supus* (M1=57.44, M2=50.62), *Inhibat* (M1=66.74, M2=48,59), *Insubordonat* (M1=58.94, M2=53.21)

și *Instabil* ($M1=76.50$, $M2=45.47$), asigurându-se astfel o ameliorare a predispozițiilor tulburărilor de personalitate, ameliorare consecutivă programului formativ. În același timp, mediile GCC au înregistrat accentuări ale predispozițiilor, astfel cum le putem observa în figura de mai sus.

În vederea analizei statistice complexe, pentru datele descriptive raportate de preadolescenți, s-a aplicat testul ANOVA pentru măsurători repetate cu design mixt utilizat pentru a analiza rolul intervenției terapeutice asupra dezvoltării emoționale și comportamentale a copiilor care au participat la ședințele psihologice (GCE) și care nu au parcurs vreun program de intervenție (GCC). Astfel că, au fost identificate o serie de diferențe statistic semnificative la nivelul trăsăturilor de personalitate pentru GCE în comparație cu GCC, în test/retest.

Pentru asigurarea unei vizibilități mai clare a tendințelor obținute prin raportarea rezultatelor și analiza statistică test/retest, prezentăm în tabelul 3.1 valorile predispozițiilor pentru patternurile emergente de personalitate MPACI, astfel:

Tabel 3.1. Media și testul ANOVA, patternurile de personalitate MPACI, GCE/GCC, test/retest

	Scale	GCE				GCC				F	p
		M1	M2	t	p	M1	M2	t	p		
MPACI	Încrezător	42,74	53,74	-6	< .001	62,37	58,48	1,89	0,243	29,23	< .001
	Sociabil	39,35	52,94	-5,72	< .001	56,56	54,44	0,79	0,858	19,32	< .001
	Conformist	64,71	53,82	5,89	< .001	63,33	63,70	-0,19	0,998	16,43	< .001
	Supus	57,44	50,62	3,41	0.006	52,56	55,30	-1,22	0,615	10,14	< .001
	Inhibat	66,74	48,59	7,85	< .001	46,26	56,85	-4,08	< .001	68,36	< .001
	Insubordon	58,94	53,21	2,74	0.040	48,37	52,22	-1,64	0,365	9,27	0,003
	Instabil	76,50	45,47	13,33	< .001	47,11	55,44	-3,19	0,012	126,48	< .001

Vizualizăm diferențele statistic semnificative între GCE și GCC, test/retest la toate scalele MPACI, ceea ce reflectă impactul pozitiv al ședințelor psihologice desfășurate.

Analiza datelor indică existența diferenței statistic semnificative la nivelul scalei *Încrezător* ($F(1,59) = 29.23$, $p < .001$), pentru GCE: $M1 = 42.74$, $M2 = 53.74$; $t(59) = -6.00$, $p < .001$. Nu am identificat diferențe statistic semnificativă la test/retest pentru GCC: $M1 = 62.37$, $M2 = 58.48$, $t(59) = 1.89$, $p = .243$), (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.1). Aceste date conduc la concluzia că, intervenția psihologică a reușit să îmbunătățească nivelul de energie al copilului, să asigure o imagine de sine superioară, să se simtă mai în siguranță, mai mulțumit de sine și mai independent.

Preadolescenții au învățat că încrederea primară trebuie acordată și sinelui, nu doar celorlalți, că plăcerea maximă și durerea minimă sunt atinse prin îndreptarea atenției asupra propriei persoane pentru o mai bună gestionare a situațiilor de viață. În condițiile în care persoana se valorizează pe sine și prezintă un sens real al valorii proprii, recompensa pe care o obțin prin propria raportare dar și din partea părinților este gratificantă. Încrederea pe care o resimt îi ajută să aibă relații sociale pozitive și speranța că lucrurile vor ieși bine pe viitor.

La scala *Sociabil* se constată, de asemenea, diferențe statistic semnificative ($F(1,59) =$

19.32, $p < .001$). La etapa test/retest, pentru GCE, avem diferență statistic semnificativă $M1=39.35$, $M2=52.94$, $t(59) = -5.72$, $p < .001$, și absența diferenței statistic semnificative la GCC: $M1=56.56$, $M2=54.44$; $t(59) = 0.79$, $p = .858$, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.2).

Ședințele psihologice au învățat copiii să se bucure de experiențe, să dezvolte deprinderi puternice de relaționare cu ceilalți, să folosească aceste deprinderi ca mecanism de coping în gestionarea situațiilor dificile din familie și din exteriorul ei.

De asemenea, au fost raportate diferențe statistic semnificative pentru scala *Conformist* ($F(1,59) = 16.43$, $p < .001$) cu scoruri mai mici la GCE, $M1=64.71$, $M2=53.82$, semnificație susținută de $t(59) = 5.89$, $p < .001$, dar nu există diferențe semnificative între test/retest la GCC, $M1=63.33$, $M2=63.70$; $t(59) = -0.18$, $p = .998$, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.3). Valorile mai reduse înregistrate la preadolescenții care provin din familiile divorțate la scala *Conformist* după parcurgerea programului de intervenție, se explică prin însăși caracteristicile specifice scalei, care sunt conceptualizate ca prezentând un conflict al polarității sine-altul, orientarea spre ceilalți pentru a obține întărirea și siguranța de care au nevoie, fiind omniprezente la acești preadolescenți și care au fost evidențiate inițial, însă fiind conștientizate și reglate în programul formativ.

La nivelul scalei *Supus*, la fel avem diferențe statistic semnificative ($F(1,59)=10.14$, $p<.001$). Statistica datelor arată că la GCE s-a înregistrat o scădere numerică a mediilor, $M1=57.44$, $M2=50.62$, susținută de valorile lui $t(59) = 3.41$, $p = .006$, în timp ce la GCC nu există diferențe statistic semnificative, $M1=52.56$, $M2=55.30$; $t(59) = -1.22$, $p = .615$, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.4). Intervenția terapeutică a avut ca obiectiv reducerea conflictului intern puternic resimțit de către preadolescent, modalități adecvate de exprimare emoțională a furiei și a resentimentelor, diminuarea obedienței. Prin urmare, scorurile mai mici raportate după intervenția psihologică, susține efectul benefic al acesteia. Prin programul de intervenție preadolescenții care au înregistrat scoruri mari la scalele *Supus*, *Conformist*, au reușit, să-și diminueze frica de a nu fi răniți sau că acțiunile lor vor fi dezaprobată și respinse de către un adult important din viața lor, dacă vor acționa în mod independent. De asemenea, percepția că vor primi protecție, securitate și afecțiune din partea părinților lor, a determinat recalibrarea copilului și îmbunătățiri evidente.

În aceeași tendință, analiza rezultatelor test/retest arată date statistic semnificative la nivelul scalei *Inhibat* ($F(1,59) = 68.36$, $p < .001$). La GCE, s-a înregistrat o scădere semnificativă a inhibiției, $M1=66.74$, $M2=48.59$; $t(59)=7.85$, $p < .001$, în timp ce pentru GCC nu există diferențe semnificative, $M1=46.26$, $M2=56.85$; $t(59) = -4.08$, $p < .001$, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.5). Aceste date ne determină să afirmăm că efectul benefic al ședințelor psihologice a fost demonstrat și la copiii care prezintă caracteristici inhibitate, prin dezvoltarea capacității de a experimenta plăcerea și a resurselor de coping care să-i ajute la un risc mai scăzut de vulnerabilitate

la anxietate, depresie și tensiune emoțională precum și la abilități mai adecvate de a le gestiona atunci când apar.

Valorile scalei *Insubordonat* consemnează semnificație statistică ($F(1,59) = 9.27, p = .003$), iar rezultatele test/retest pentru GCE indică o scădere semnificativă a valorilor medii, $M1=58.94, M2=53.21; t(59) = 2.74, p = .040$; în timp ce pentru GCC nu consemnăm decalaje ale mediilor $M1=48.37, M2=52.22; t(59) = - 1.64, p = .365$, fiind chiar înregistrată o creștere a valorilor, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.6). Exprimarea tensiunilor emoționale, controlul emoțiilor cu privire la furie și ostilitate, conștientizarea consecințelor propriilor comportamente realizate în intervenția terapeutică, au redus acțiunile ostile și agresive ale copilului din cadrul familiei și al școlii.

La nivelul scalei *Instabil* ($F(1,59) = 126.48, p < .001$), observăm diferențe statistic semnificative: pentru GCE: $M1=76.50, M2=45.47; t(59)=13.33, p < .001$, avem o scădere semnificativă a instabilității, în timp ce pentru GCC nu au fost raportate diferențe statistic semnificative, valorile înregistrând chiar o creștere, $M1=47.11, M2=55.44; t(59) = - 3.19, p = .012$, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.7). Fiind scala care înregistrează un distress cronic semnificativ cu impact evident asupra instabilității și labilității emoționale ale copiilor care se confruntă cu multe conflicte și dezmembrări familiale și care evidențiază comportamente impredictibile, gânduri disfuncționale, confuzie a identității, dinamica valorilor, asigură eficiența și necesitatea parcurgerii ședințelor psihologice. Mai mult, pot să prevină și să amelioreze tendința exprimată a unor copii, cu privire la comportamente de automutilare și gânduri suicidare, care pot să le pună viața în pericol.

Această constatare susține influența majoră a ședințelor psihologice, influență asupra diminuării instabilității emoționale, asociată cu comportamente impredictibile și confuzia identității.

Având în vedere că tensiunile familiale s-au ameliorat, moderat, potolit, copiii care au resimțit inițial o pierdere a reperelor, fiind martori la deteriorarea relațiilor familiale și experimentând un stres adițional puternic, au conștientizat ulterior că viața se poate îmbunătăți. Ei au devenit mai eficienți în coping și mai puțin vulnerabili la decompensare dacă se confruntă cu tensiuni ale mediului.

Retest, pentru patternurile emergente de personalitate.

La faza *retest* rezultatele medii la scalele testului MPACI sunt ilustrate în figura de mai jos. Observăm că rezultatele medii între GCE și GCC sunt diferite în sensul îmbunătățirii valorilor fiecărei predispoziții, cu diferențe statistic semnificative mai puțin puternice la scalele *Conformist*, *Inhibat* și *Instabil*, însă la celelalte scale nu s-a înregistrat un decalaj semnificativ.

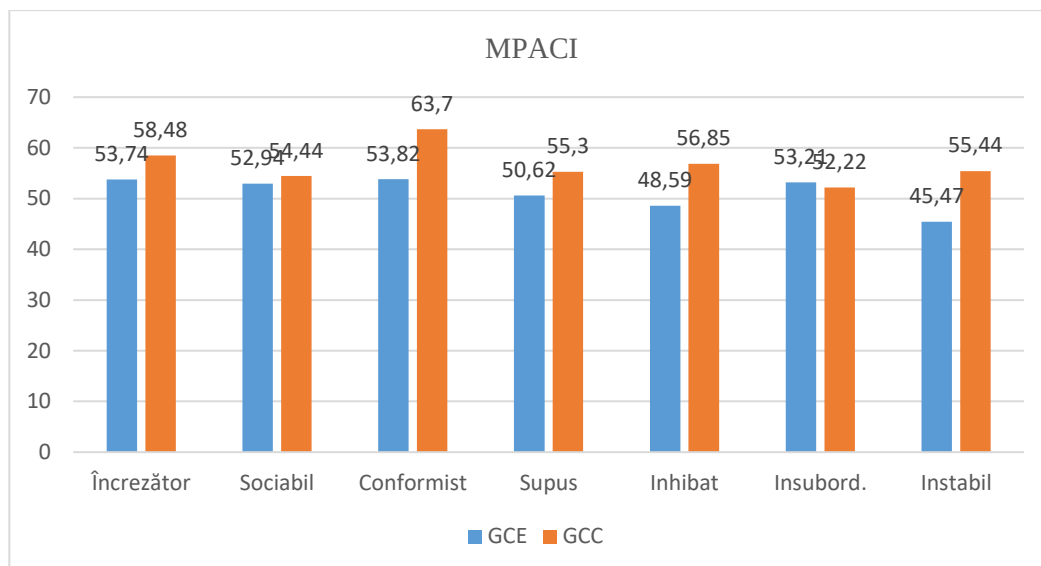


Fig. 3.2. Media pentru patternurile de personalitate, MPACI, GCE/GCC, retest

Prelucrarea statistică a rezultatelor GCE și GCC la faza de *retest*, evidențiază diminuarea valorilor la patternurile emergente de personalitate pentru scalele *Instabil*, *Inhibat*, *Conformist*, *Insubordonat*, *Supus* și în sensul creșterii valorilor pentru scalele *Încrezător* și *Sociabil*. Aplicarea testului ANOVA la etapa de retest a evidențiat diferențe statistic semnificative între GCE ($M=53.82$) și GCC ($M=63.70$) la scala *Conformist* ($t(59) = 3.22, p = .011$), aceasta fiind scala raportată cu o frecvență mai mare ca pattern emergent principal de personalitate. De asemenea, diferențe statistice semnificative au fost raportate și la scalele: *Inhibat* GCE ($M=48.59$) și GCC ($M=56.85$) cu ($t(59) = 3.43, p = .006$), și *Instabil* GCE ($M=45.47$) și GCC ($M=55.44$) cu ($t(59) = 3.10, p = .015$), Pentru celelalte scale au fost raportate diferențe statistice neesențiale. Vizualizăm datele statistice în tabelul următor:

Tabel 3.2. Media și testul ANOVA, patternurile de personalitate, MPACI, GCE/GCC, retest

MPACI	Scale	Medii		t ANOVA	p
		GCE	GCC		
MPACI	Încrezător	53,74	58,48	1,40	0.505
	Sociabil	52,94	54,44	0,53	0.952
	Conformist	53,82	63,70	3,22	0.011
	Supus	50,62	55,30	1,36	0.529
	Inhibat	48,59	56,85	3,43	0,006
	Insubordonat	53,21	52,22	-0,22	0.996
	Instabil	45,47	55,44	3,10	0.015

Sumarizând, preadolescenții din GCE au raportat scoruri cu diferențe statistic semnificative față de cei din GCC la testul MPACI, prezentând după parcurgerea programului de intervenție o îmbunătățire a dezvoltării psihice în general, un echilibru la nivelul patternului emergent de personalitate prin creșterea scorurilor raportate pe scalele *Încrezător* și *Sociabil* și

scăderea valorilor pe scalele *Instabil*, *Inhibat*, *Insubordonat*, *Supus* și *Conformist*. Astfel că, se confirmă necesitatea includerii preadolescenților în programul psihologic dar, având în vedere semnificația statistică a rezultatelor, susținem faptul că este nevoie de o intervenție psihologică de o durată mai lungă asupra preadolescenților, ipoteza etapei de cercetare fiind confirmată parțial.

Test/retest, pentru tulburările emoționale.

Cu privire la tulburările emoționale evaluate prin testul MPACI, prezentăm în continuare, mediile rezultatelor autoraportate de către preadolescenți din GCE și GCC, în contextul test/retest:

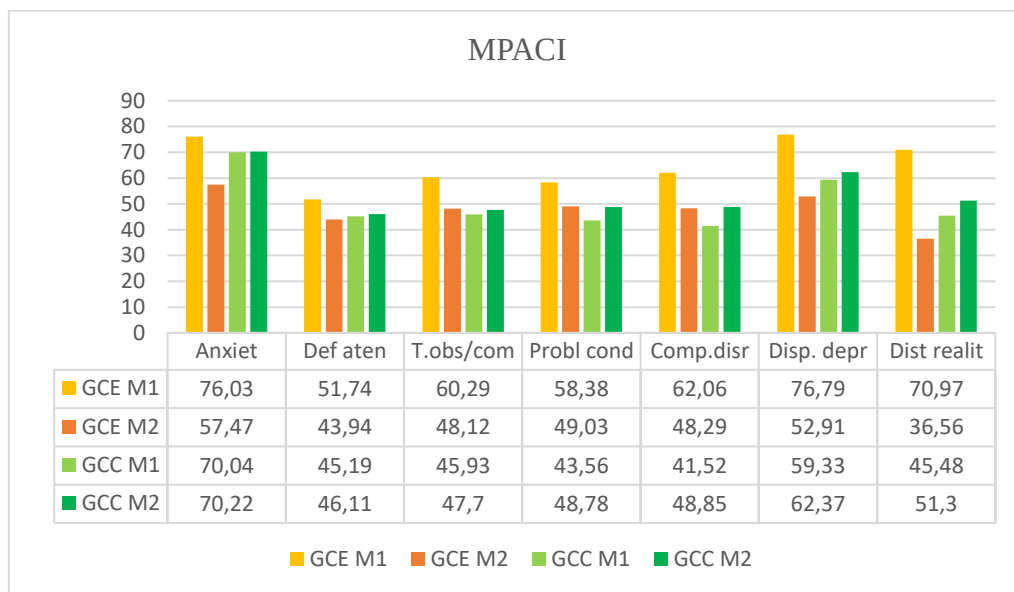


Fig. 3.3. Media pentru semnele clinice, MPACI, GCE/GCC, test/retest

Analiza datelor GCE prezentate ne arată îmbunătățiri consistente la toate scalele testului, în sensul reducerii consistente a mediilor pentru scalele care ne expun emoționalitatea copilului. Observațional, ne atrage atenția scăderea majoră a mediilor scalelor *Anxietate/Frică* (M2=57.47 de la M1=76.03), *Comportamente disruptive* (M2=48.29 de la M1=62.06), *Dispoziție depresivă* (M2=52.91 de la M1=76.79) și *Distorsionarea realității* (M2=36.56 de la M1=70.97), asigurându-se astfel o ameliorare a tulburărilor emoționale ale copiilor, ameliorare consecutivă programului formativ. La GCC observăm că nu au existat diferențe semnificative, unele problematice înregistrând creșteri ale mediilor.

Pentru a asigura o înțelegere mai exactă, s-a realizat o analiză complexă a datelor statistice descriptive și s-a aplicat testul ANOVA pentru măsurători repetate cu design mixt utilizat pentru a analiza rolul intervenției terapeutice asupra dezvoltării emoționale și comportamentale a copiilor care au participat la ședințele psihologice GCE și care nu au parcurs vreun program de intervenție GCC, pe care o prezentăm în cele ce urmează.

Astfel că, au fost identificate o serie de diferențe statistic semnificative la nivelul stărilor emoționale pentru GCE în comparație cu GCC, prezentate în tabelul 3.10, ceea ce ne determină să

afirmăm despre necesitatea parcurgerii ședințelor psihologice.

Tabel 3.3. Media și testul ANOVA, semnele clinice MPACI, GCE/GCC, test/retest

		GCE				GCC				F	p
		M1	M2	t	p	M1	M2	t	p		
MPACI	Anxietate	76,03	57,47	10,22	< .001	70,04	70,22	-0,09	1,000	47,18	< .001
	Defic atenție	51,74	43,94	4,95	< .001	45,19	46,11	-0,52	0,953	13,60	< .001
	Tend.obs-comp	60,29	48,12	7,30	< .001	45,93	47,70	-0,95	0,778	30,96	< .001
	Probl. cond	58,38	49,03	4,61	< .001	43,56	48,78	-2,29	0,111	22,81	< .001
	Comp. disrupt	62,06	48,29	6,26	< .001	41,52	48,85	-2,97	0,022	40,77	< .001
	Disp. depresivă	76,79	52,91	11,81	< .001	59,33	62,37	-1,34	0,543	78,42	< .001
	Distor. realit	70,97	36,56	10,75	< .001	45,48	51,30	-1,62	0,376	69,87	< .001

Prin urmare, rezultatele *test/retest* au raportat scoruri statistic semnificative mai mici la nivelul scalei *Anxietate/Frică* ($F(1,59) = 47.18, p < .001$). Analiza statistică arată că în cazul GCE s-a înregistrat o scădere semnificativă a anxietății ($M2=57.47$ de la $M1=76.03$) semnificație susținută prin valoarea lui $t(59) = 10.22, p < .001$, în timp ce pentru GCC nu există diferențe semnificative, $M1=70.04, M2=70.22$ cu $t(59) = -0.09, p = 1.000$, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.8). Acest lucru ne arată că preadolescenții GCE, au raportat o prezență redusă a emoțiilor aprehensive sau specific fobice și stări mai puțin frecvente în care se simt tensionați, indeciși, hipervigilenți și agitați după parcurgerea ședințelor psihologice. Prin urmare, s-a redus și tendința ca aceștia să aibă variate forme de disconfort fizic, cum ar fi tensiune, transpirație excesivă dureri musculare și amețeli.

Identificarea și exprimarea emoțiilor, asigurarea unui mediu securizat în cadrul intervenției și dezvoltarea abilităților de autocontrol al emoțiilor, au condus la reducerea semnificativă a anxietății copilului, efect așteptat în cercetarea prezentă.

De asemenea, la preadolescenții din GCE au fost raportate diferențe statistic semnificative la nivelul scalei *Deficit de atenție* ($F(1,59) = 13.60, p < .001$). Analiza specifică scalei ne arată că în cazul GCE s-a înregistrat o scădere semnificativă a deficitului de atenție ($M1=51.74, M2=43.94$) cu $t(59) = 4.95, p < .001$, în timp ce pentru GCC nu au fost înregistrate diferențe semnificative $M1=45.19, M2=46.11$ cu $t(59) = -0.52, p = .953$, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.9). Acest fapt poate fi explicat la nivel cognitiv și comportamental întrucât, incapacitatea de concentrare a atenției și hiperactivitatea copiilor, reflectate în scală ca fiind răspunsul acestuia la situațiile de mediu pe care le traversează, care uneori sunt dificile și greu de gestionat, au fost abordate cu succes în cadrul terapiei prin implicarea lor în activitățile realizate și gestionarea eficientă.

Aceeași tendință de ameliorare a emoționalității se menține și pentru scalele celelalte, în sensul că, au fost raportate diferențe statistic semnificative cu scoruri mai mici la nivelul scalei *Tendințe obsesiv compulsive* ($F(1,59) = 30.96, p < .001$). Diminuarea consistentă a valorilor a fost

observată în cazul GCE care a înregistrat o scădere semnificativă a tendințelor obsesiv compulsive ($M1=60.29$, $M2=48.12$), semnificație susținută de $t(59) = 7.30$, $p < .001$, în timp ce pentru GCC nu s-au observat diferențe statistic semnificative $M1=45.93$, $M2=47.70$, $t(59) = -0.95$, $p = .778$, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.10).

Astfel că, impactul pozitiv al intervenției s-a evidențiat și asupra gândurilor persistente și recurente resimțite ca fiind intruzive, asupra compulsiilor și a comportamentelor repetitive pe care scala le evaluează întrucât, de regulă, stresul pe care copilul este constrâns să-l gestioneze prin realizarea unor astfel de comportamente, a fost diminuat în urma ședințelor psihologice.

Pe lângă ameliorarea evidentă la nivel cognitiv și emoțional, drept consecință a acestora, intervenția terapeutică realizată în sistem integrat, a influențat rezultatele raportate la nivelul scalelor *Probleme de conduită* ($F(1,59) = 22.81$, $p < .001$) și *Comportamente disruptive* respectiv ($F(1,59) = 40.77$, $p < .001$), fiind evidențiate scoruri mai mici pentru ambele scale comportamentale. Astfel că, în cazul GCE s-a înregistrat o scădere semnificativă a problemelor de conduită ca urmare a terapiei ($M1=58.38$, $M2=49.03$), cu $t(59) = 4.61$, $p < .001$ și a comportamentelor disruptive ($M1=62.06$, $M2=48.29$), cu $t(59) = 6.26$, $p < .001$, în timp ce pentru GCC nu există diferențe semnificative la problemele de conduită ($M1=43.56$, $M2=48.78$), $t(59) = -2.29$, $p = .111$, respectiv la comportamentele disruptive ($M1=41.52$, $M2=48.85$), $t(59) = -2.97$, $p = .022$, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.11).

Copilul, prin modalitățile eficiente de exprimare emoțională și de control a emoțiilor cu privire la furie și ostilitate resimțite în universul său psihic interior și prin însușirea deprinderilor cu privire la respectarea regulilor și normelor sociale, a îmbunătățirii implicite a relaționării sociale, a reușit să prezinte comportamente dezirabile și controlate post intervenție.

De asemenea, se atestă diferențe statistic semnificative, cu scoruri mai mici și la nivelul scalei *Dispoziție depresivă* ($F(1,59) = 78.42$, $p < .001$), ceea ce ne confirmă impactul ședințelor psihologice. În detaliu, rezultatele test/retest arată că, în cazul GCE s-a înregistrat o scădere semnificativă a dispoziției depresive ($M1=76.79$, $M2=52.91$), semnificație susținută cu $t(59) = 11.81$, $p < .001$, în timp ce pentru GCC nu există diferențe semnificative ($M1=59.33$, $M2=62.37$), $t(59) = -1.34$, $p = .543$, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.12). Datele obținute ne arată că problemele de ordin dispozițional cu privire la tristețe, însingurare, "pierdere" a celuilalt părinte prin separarea parentală, au reprezentat obiective principale ale intervenției terapeutice, scorurile obținute ulterior, demonstrând impactul semnificativ pe care ședințele psihologice l-au avut asupra copilului și a familiei. Preadolescenții au manifestat mai rar și mai redus emoțiile de teamă, tristețe, descurajare și singurătate, care apăreau, de regulă, pe fondul unor probleme cu o anumită frecvență, astfel că, stările dispoziționale depresive nu au mai persistat perioade îndelungate, astfel

încât să le afecteze viața de zi cu zi a acestora.

Pentru următoarea scală a testului MPACI, *Distorsionarea realității*, au fost raportate diferențe statistic semnificative ($F(1,59) = 69.87, p < .001$). Analiza statistică a datelor arată că în cazul GCE s-a înregistrat o scădere semnificativă a manifestărilor specifice scalei ($M1=70.97, M2=36.56$), semnificație detaliată prin $t(59) = 10.75, p < .001$, în timp ce pentru GCC nu au fost raportate diferențe statistic semnificative ($M1=45.48, M2=51.30; t(59) = -1.62, p = .376$, (Anexa 5, tabel 5.1.3, tabel 5.2.13).

Preadolescenții GCE au raportat rezultate care ne expun stări emoționale care pot crea confuzie și teamă cu mult diminuate față de etapa constatativă, consecința principală fiind aceea că o reducere a experienței perceptuale dată de scală, nu a mai creat copiilor un distres puternic.

Retest la tulburările emoționale

În ceea ce privește analiza datelor statistice la etapa *retest* dintre GCE și GCC observăm în tabelul 3.4, (Anexa 5, tabelele 5.2.8 – 5.2.13) diferențe statistic semnificative puternice ($p < .001$) doar la scala *Anxietate/Frică* ($t(59) = 4.72, p < .001$), în timp ce, pentru scalele: *Dispoziție depresivă* ($t(59) = 3,30, p = 0,009$) și *Distorsionarea realității* ($t(59) = 2,94, p = 0,024$) s-au raportat diferențe statistic semnificative, fără a fi puternice.

Celelalte scale supuse evaluării reprezentate de *Deficit de atenție*, *Tendințe obsesiv-compulsive*, *Probleme de conduită*, *Comportamente disruptive* au înregistrat diferențe neesențiale. Tabel 3.4. Media și testul ANOVA, semnele clinice MPACI, tulburări emoționale, GCE/GCC, retest

	Scale	Medii		t ANOVA	p
		GCE	GCC		
MPACI	Anxietate	57,47	70,22	4,72	< .001
	Deficit atenție	43,94	46,11	0,42	0.975
	Tend. obs-comp	48,12	47,70	-0,08	1.00
	Probl. conduită	49,03	48,78	-0,06	1.00
	Comp.disruptive	48,29	48,85	0,16	0.999
	Disp. depresivă	52,91	62,37	3,30	0.009
	Distor. realității	36,56	51,30	2,94	0.024

Astfel că, deși prin parcurgerea programului de intervenție la GCE au fost înregistrate valori diminuate consistent la tulburările emoționale ale copiilor, iar la GCC s-a observat chiar o creștere a datelor raportate, se concluzionează necesitatea intervenției psihologice de lungă durată asupra problematicilor preadolescenților, afectarea fiind consistentă. Rezultatele arată că nevoia de a găsi modalități care să le permită copiilor să depășească situațiile adverse și de a exista într-un mediu securizant și eficient dezvoltării de sine a fost conștientizată și gestionată în intervenția psihologică care a avut în vedere totodată și diminuarea impactului tensiunilor în cazul familiilor cu înalt grad de conflict manifestat pe o perioadă îndelungată, care pe un fond de vulnerabilitate al copilului, a

determinat apariția tulburărilor la preadolescenți. Acest lucru ne conduce să concluzionăm că, îmbunătățirea competențelor parentale și a relației de coparentalitate pe care le expunem în teză, au contribuit la ameliorarea tulburărilor emoționale ale copilului și la dezvoltarea lui psihică mai echilibrată.

Concluzionăm că, preadolescenții din GCE au raportat scoruri cu diferențe statistic semnificative față de cei din GCC, la analiza test/retest, la testul MPACI, prezentând o ameliorare a dezvoltării psihice în general, un echilibru la nivelul patternului emergent de personalitate și a stării emoționale prezente, ceea ce confirmă necesitatea includerii preadolescenților în programul psihologic dar *este nevoie de o intervenție de lungă durată*, ipoteza etapei de cercetare retest, fiind confirmată parțial.

Rezultatele pentru testul psihologic HiPIC

Scop: evaluarea impactului programului de intervenție psihologică realizat asupra copiilor cu predispoziții la tulburări de personalitate și cu tulburări emoționale.

Ipoteză: vor exista diferențe statistic semnificative între GCE și GCC la dimensiunile supuse intervenției și anume: ameliorarea predispozițiilor tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale ale copiilor.

Test/retest testul HiPIC

În ceea ce privește testul HiPIC, datele raportate de către părintele care întrunește criteriul frecvenței de interacțiune cu copilul evaluat respectiv, părintele rezident al preadolescenților GCE și GCC, au fost prelucrate și analizate, mediile etapei test/retest fiind prezentate în figura următoare:

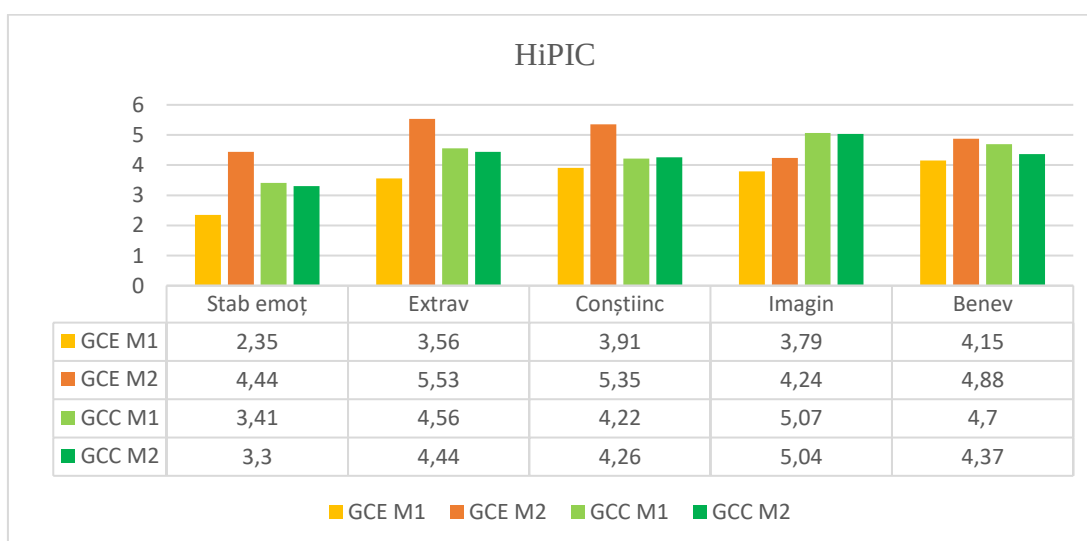


Fig. 3.4. Media pentru patternurile de personalitate, HiPIC, GCE/GCC, test/retest
Analliza datelor descriptive prezentate ne arată îmbunătățiri la toate scalele testului, cu

semnificație puternică la trei dintre scalele testului, în sensul creșterii mediilor respectiv, pentru scala *Stabilitate emoțională* ($M1=2,35$, $M2=4,44$), *Extraversie* ($M1=3,56$, $M2=5,53$) și *Conștiinciozitate* ($M1=3,91$, $M2=5,35$), asigurându-se astfel o ameliorare a predispozițiilor tulburărilor de personalitate ale copiilor, ameliorare consecutivă programului formativ. Pentru a ne asigura de semnificația diferențelor a fost realizată prelucrarea statistică complexă a datelor cu ajutorul testului ANOVA pentru măsurători repetate cu design mixt, utilizat pentru a evidenția rolul intervenției terapeutice asupra trăsăturilor emergente de personalitate ale copiilor și în cazul testului HiPIC.

Pentru o vizualizare clară a detaliilor statistice între cele două grupuri GCE și GCC și în funcție de etapa cercetării, expunem tabelul 3.5:

Tabel 3.5. Media și testul ANOVA, HiPIC, GCE/GCC, test/retest

		GCE				GCC				F	p
		M1	M2	t	p	M1	M2	t	p		
HiPIC	Stabilit.emoț	2,35	4,44	-9,68	< .001	3,41	3,33	0,46	0,968	45,98	< .001
	Extraversie	3,56	5,53	-8,75	< .001	4,56	4,44	0,44	0,106	37,86	< .001
	Conștiincioz	3,91	5,35	-8,68	< .001	4,22	4,26	-0,20	0,997	31,63	< .001
	Imaginație	3,79	4,24	-2,81	0.033	5,07	5,04	0,21	0,997	3,14	.892
	Benevolentă	4,15	4,88	-4,03	< .001	4,70	4,37	1,63	0,370	15,22	< .001

Așadar, rezultatele test/retest au arătat diferențe statistic semnificative cu scoruri mai mari la nivelul scalei *Stabilitate emoțională* ($F(1,59) = 45.98$, $p < .001$). Mai specific, pentru copiii din GCE se observă o creștere a stabilității emoționale ($M1=2,35$, $M2=4,44$), diferențele statistic semnificative susținute de $t(59) = -9,68$, $p < .001$, în timp ce în cazul participanților din GCC nu s-a înregistrat o diferență semnificativă ($M1=3.41$, $M2=3.33$) $t(59) = 0.46$, $p = .968$, (Anexa 5, tabel 5.1.4, tabel 5.2.14).

Deși nu este folosit ca un instrument care să descrie natura și gravitatea patologiei personalității la o vârstă fragedă, rezultatele raportate pentru scala *Stabilitate emoțională* evidențiază faptul că, abilitățile copiilor ai căror părinți traversează o situație de divorț, de a face față unor situații anxioase și stresante, după parcurgerea programului de intervenție, au fost crescute.

Această constatare se interpretează ca progres și ameliorare în planul predispozițiilor la tulburările de personalitate, sub influența ședințelor psihologice realizate la GCE, în sensul în care, abilitățile copiilor ai căror părinți traversează o situație de divorț, s-au îmbunătățit. Ei cred că sunt mai pregătiți pentru a face față unor situații anxioase și stresante, sunt mai siguri pe ei și se simt capabili de a lua decizii pe cont propriu, fără a mai fi influențați ușor de emoțiile negative.

Nevrotismul sau instabilitatea emoțională care se dezvoltă la copii în mediul familial poate avea efecte negative asupra relațiilor sociale, dar și asupra performanțelor profesionale la maturitate de aceea este imperios necesar să se intervină cu programe psihologice eficiente pentru

a asigura o dezvoltare corespunzătoare.

De asemenea, la nivelul scalei *Extraversie*, au fost raportate diferențe statistic semnificative ($F(1,59) = 37.86, p < .001$). Astfel, pentru copiii din GCE se observă o creștere a extraversiei ($M1=3.56, M2=5.53$), cu $t(59) = -8.75, p < .001$, în timp ce în cazul participanților din GCC nu s-a înregistrat o diferență semnificativă ($M1=4.56, M2=4.44$), $t(59) = 0.44, p = .106$, (Anexa 5, tabel 5.1.4, tabel 5.2.15).

Rezultatele test/retest îmbunătățite, relevă impactul pozitiv al ședințelor psihologice în care copiii au interacționat la nivel social atât cu psihologul cât și cu ceilalți copii, au dezvoltat o ușurință în a se integra în grup, în a-și exprima emoțiile, manifestând mai frecvent o intensitate emoțională pozitivă și energetică.

În ceea ce privește scala *Conștiinciozitate*, la test/retest, au fost raportate diferențe statistic semnificative ($F(1,59) = 31.63, p < .001$), în sensul în care, la GCE, se observă îmbunătățire a valorilor medii ($M1=3.91, M2=5.35$) $t(59) = -8.68, p < .001$.

Semnificația pragului ($p < .001$) ne arată că impactul intervenției asupra acestei scale este la fel de puternică ca în cazurile de mai sus. În cazul participanților din GCC, nu am înregistrat decalaj în scorurile medii ($M1=4.22, M2=4.26$), $t(59) = -0.20, p = .997$, (Anexa 5, tabel 5.1.4, tabel 5.2.16).

Aceeași tentință de îmbunătățire a datelor o observăm și în cazul scalei *Benevolență* ($F(1,59) = 15.22, p < .001$), la GCE ($M1=4.15, M2=4.88$), ($t(59) = -4.03, p < .001$), față de valorile GCC ($M1=4.70, M2=4.37$), ($t(59) = 1.63, p = 0.370$).

Putem spune totuși că, preadolescenții au învățat că starea de bine, de a fi în siguranță și de a fi încrezător, conduc și la realizarea cu mai multă ușurință a responsabilităților școlare și sociale. În contextul psihologic, rezultatele test/retest, evidențiază o mai bună capacitate a copiilor de a persevera și a se concentra pentru a atinge rezultate bune în activitate, dezvoltând de regulă, o motivație intrinsecă care îi ajută la realizarea proactivă a activităților în care sunt implicați.

Pentru trăsăturile de personalitate ale scalei testului HiPIC *Imaginație*, la GCE/GCC, test/retest am constatat diferențe statistic semnificative mai slabe ($M1=3.79, M2=4.24$), ($t(59) = -2.81, p = 0.033$), valorile GCC ($M1=5.07, M2=5.04$), ($t(59) = 0.21, p = 0.997$) nu au evidențiat semnificații.

Retest testul HiPIC

În același timp, la preadolescenții din GCE se observă o îmbunătățire a valorilor raportate de către părinți cu privire la trăsăturile de personalitate în raport cu GCC în *retest*, astfel cum sunt prezentate în tabelul 3.6:

Tabel 3.6. Media și testul ANOVA, HiPIC, GCE/GCC, retest

	Scale	Medii		t ANOVA	p
		GCE	GCC		
HiPIC	Stabilit.emoțională	4,44	3,33	-3,38	0,007
	Extraversie	5,53	4,44	-2,99	0,021
	Conștiinciozitate	5,35	4,26	-3,18	0,012
	Imaginație	4,24	5,04	2,27	0,118
	Benevolență	4,88	4,37	-1,23	0,610

Prelucrarea statistică prin testul ANOVA a evidențiat diferențe statistic semnificative între GCE și GCC la faza de retest, pentru scalele: *Stabilitate emoțională* $t(59) = -3,38$, $p = 0,007$, *Extraversie* $t(59) = -2,99$, $p = 0,021$ și *Conștiinciozitate* $t(59) = -3,18$, $p = 0,012$, celelalte scale neînregistrând diferențe esențiale (Anexa 5, tabelele 5.2.14 – 5.2.16).

Astfel, se poate afirma în concluzie faptul că, ameliorarea tulburărilor emergente de personalitate se datorează implementării programului de intervenție psihologică și implicării copiilor în ședințele desfășurate, fapt ce a avut influență pozitivă asupra sănătății mintale a subiecților cercetării. Acest lucru confirmă necesitatea includerii preadolescenților în programul psihologic dar, pentru a influența în mod consistent patternurile emergente de personalitate este nevoie de o intervenție de lungă durată.

Ipoteza de lucru a etapei de cercetare retest, fiind confirmată parțial.

Rezultatele pentru testul psihologic CSI4

Scop: evaluarea impactului programului de intervenție psihologică realizat asupra copiilor cu predispoziții la tulburări de personalitate și cu tulburări emoționale.

Ipoteză: vor exista diferențe statistic semnificative între GCE și GCC la dimensiunile supuse intervenției și anume: ameliorarea predispozițiilor tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale ale copiilor.

Test/retest testul CSI4

Analiza datelor descriptive prezentate ne arată îmbunătățiri majore la scalele relevante ale cercetării, în sensul reducerii consistente ale mediilor pentru scalele care ne expun emoționalitatea copilului. Putem afirma cu putere că a intervenit scăderea majoră a mediilor scalelor, atât pentru GCE test/retest, și invers creșterea scorului la toate scalele în cazul GCC test/retest. Astfel, s-a asigurat o ameliorare a tulburărilor emoționale la preadolescenții GCE, ameliorare ca efect al parcurgerii programului formativ.

Reținem și expunem pentru cercetarea de față mediile rezultatelor relevante în cazul testului CSI4, pentru simptomatologia preadolescentului, prin prezentarea în detaliu a datelor obținute în etapa test-retest, GCE/GCC.

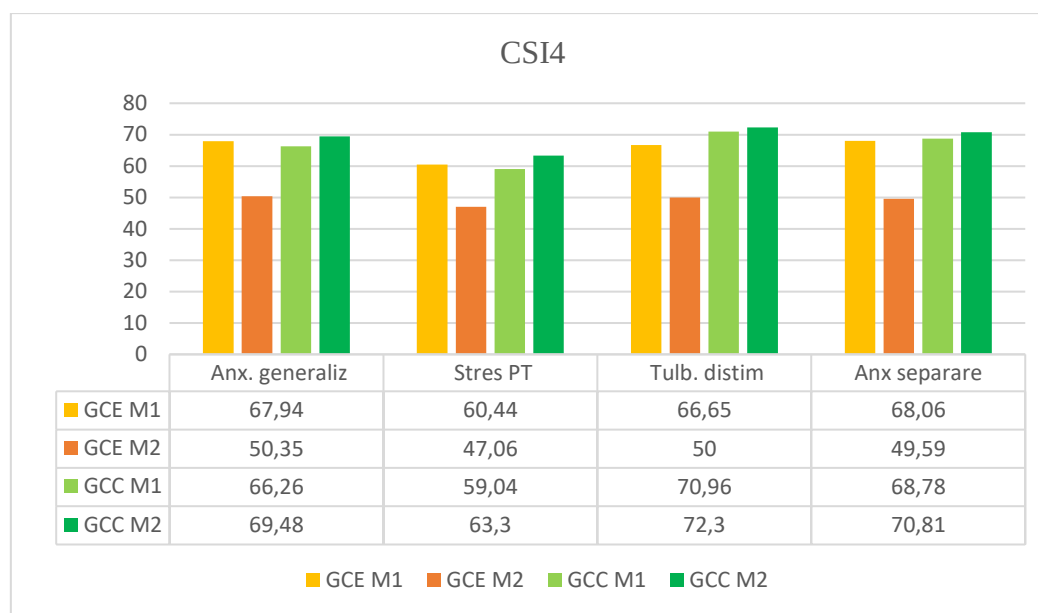


Fig. 3.5. Media pentru simptomatologia copilului, CSI4, GCE/GCC, test/retest

Pentru a asigura o înțelegere mai exactă, s-a realizat o analiză complexă a datelor statistice descriptive și s-a aplicat testul ANOVA pentru măsurători repetate cu design mixt, care a fost utilizat pentru a evidenția rolul intervenției terapeutice asupra tulburărilor emoționale surprinse în testul CSI4 care evaluează cele mai prevalente tulburări manifestate la copii, astfel:

Tabel 3.7. Media și testul ANOVA, CSI4, GCE/GCC, test/retest

CSI4	Scale	GCE				GCC				F	p
		M1	M2	t	p	M1	M2	t	p		
	Anx. general	67,94	50,35	11,11	< .001	66,26	69,48	-1,81	0,277	76,46	< .001
	StrPostTrau	60,44	47,06	9,31	< .001	59,04	63,30	-2,64	0,050	66,63	< .001
	Tulb. Distim	66,65	50,00	10,01	< .001	70,96	72,30	-0,71	0,891	51,78	< .001
	Anxiet.Separ	68,06	49,59	12,05	< .001	68,78	70,81	-1,18	0,639	79,19	< .001

Specificul problemicii este raportat de către părinți și evidențiat în datele prelucrate și analizate statistic, cu următoarele rezultate relevante pentru cercetarea de față, pe care le detaliem în continuare.

La nivelul tulburărilor emoționale evidențiate evidențiem diferențe statistice semnificative pentru GCE test/retest. Mai specific, pentru preadolescenții din GCE se observă o scădere semnificativă a scorului pentru *Anxietate generalizată* ($M1=67,94$, $M2=50,35$; $t(59)= 11,11$, $p < .001$, în timp ce în cazul participanților din GCC nu există diferență ($M1=66,26$, $M2=69,48$), $t(59) = -1,81$, $p = .277$, (Anexa 5, tabel 5.1.5, tabel 5.2.17).

Considerăm că s-a produs un progres semnificativ la nivelul anxietății generalizate, diminuând îngrijorarea excesivă și incontrollabilă, agitația, îmbunătățind aspectele care interferează cu existența cotidiană referitoare la concentrare, perturbarea somnului și a alimentației, astfel cum a fost evidențiat și în concordanță cu rezultatele testelor MPACI și HiPIC, la nivelul anxietății și a emoționalității în general.

În același sens, rezultatele test/retest pentru GCE și GCC au raportat diferențe statistic semnificative cu scoruri mai mici și la nivelul scalei *Anxietate de separare* ($F(1,59) = 79.19, p < .001$).

Mai specific, pentru subiecții din GCE s-a observat o scădere semnificativă a scorului pentru *anxietatea de separare* ($M1=68.06, M2=49.59$), semnificație explicată prin $t(59) = 12.05, p < .001$. Din rezultate deducem că, înregistrarea scorurilor diminuate ale scalei, ne arată reducerea tendințelor cu privire la comportamentul inhibat, în care copilul este neputincios să inițieze și să răspundă adecvat la interacțiunile cu ceilalți, prezentând un pattern exagerat de răspunsuri inhibate, hipervigilente și peste măsură de ambigue, un amestec de apropiere și de evitare. Simptomele anxietății de separare au înregistrat scoruri semnificative în etapa constatativă, astfel că, frica de a nu rămâne fără persoana percepută ca fiind de protecție, de a nu fi separat și despărțit sau chiar abandonat de aceasta, a reprezentat un comportament foarte prezent. De regulă, stările emoționale ale separării pot fi de intensitate diversă și cu manifestări variate: îngrijorare, neliniște, teamă exagerată și persistentă, proteste prin plâns, țipăt, apatie, refuz de a dormi singur, somn neliniștit cu vise terifiante, coșmaruri implicând tema separării, comportament de "agățare" și pavor nocturn.

Impactul programului de intervenție psihologică asupra copiilor din GCE a fost consistent, aceștia înregistrând o diminuare a simptomelor și dezvoltând o mai bună capacitate de procesare emoțională, de înțelegere a contextului de viață privind separarea, ceea ce a determinat o diminuare semnificativă privind îngrijorarea legată de producerea unor evenimente nefericite care îi va separa de părintele lor rezident sau nerezident. În cazul subiecților din GCC, nu s-a înregistrat o diferență semnificativă ($M1=68.78, M2=70.81$), $t(59) = -1.18, p = .639$, (Anexa 5, tabel 5.1.5, tabel 5.2.18).

În ceea ce privește scala de *Stress post-traumatic*, rezultatele pentru GCE și GCC test/retest au indicat diferențe statistic semnificative ($F(1,59) = 66.63, p < .001$). Astfel, pentru copiii din GCE se observă o scădere semnificativă a scorului pentru tulburarea de stres ($M1=60.44, M2=47.06$), semnificație statistică dată de $t(59) = 9.31, p < .001$. La participanții din GCC nu depistăm diferență semnificativă ($M1=59.04, M2=63.30$), $t(59) = -2.64, p = .050$, (Anexa 5, tabel 5.1.5, tabel 5.2.19). Sub influența programului psihologic, subiecții din GCE au înregistrat o mai bună capacitate de procesare a evenimentelor cu potențial traumatic pe care le-au traversat, de înțelegere și prelucrare a emoțiilor care le produc o detresă semnificativă, simptomele de reactivitate și arousal fiind reduse prin parcurgerea ședințelor psihologice centrate pe prelucrarea divorțului parental. Ei au manifestat un nivel mai redus de stres cronic, care a avut un impact diminuat asupra instabilității și labilității lor emoționale. În confruntarea cu conflictele familiale

persistente copilul a adoptat mecanisme de apărare și a gestionat mai adecvat situațiile dureroase pe care le traversează.

Rezultatele test/retest au înregistrat diferențe statistic semnificative cu scoruri mai mici și la nivelul scalei *Tulburare distimică* ($F(1,59) = 51.78, p < .001$), în sensul că, analiza datelor pentru GCE și GCC arată că există diferențe semnificative la nivelul GCE ($M1=66.65, M2=50$), susținute de $t(59) = 10.01, p < .001$, dar nu există diferențe semnificative între test și retest la nivelul GCC ($M1=70.96, M2=72.30$), cu $t(59) = -0.71, p = .891$, (Anexa 5, tabel 5.1.5, tabel 5.2.20).

Putem înțelege că, cel mai frecvent întâlnită este situația percepută de către copil ca fiind o pierdere, divorțul părinților fiind un fapt care presupune a nu mai avea lângă sine un părinte. Simptomele tulburării distimice se întâlnesc frecvent la copiii neglijăți de părinții lor, preocupați mai degrabă de înfruntările reciproce din timpul divorțului și de după, astfel că, intervenția asupra copilului și în egală măsură asupra părintelui, au condus la diminuarea stărilor dispoziționale.

Pe de altă parte, copiii provenind din familii cu dificultăți de exprimare emoțională și de comunicare, cu un mediu familial intens conflictual, au dezvoltat modalități de gestionare a mediului prin retragere, de aceea, focusul intervenției s-a pus pe achiziționarea deprinderilor privind exprimarea emoțională. Stările dispoziționale manifestate prin tristețe și dispoziție nefericită, simptome ca vină și plâns facil, însoțite de semne precum schimbarea poftei de mâncare, a programului de somn, a capacității de concentrare, a concepției asupra vieții, în general, au fost ameliorate prin ședințele psihologice parcurse.

Pentru celelalte scale evaluate prin CSI4, care nu prezintă relevanță pentru cercetare, dar care merită să fie menționate ca simptomatologie diminuată în contextul intervenției psihologice, analiza rezultatelor *test/retest* a indicat scoruri mai mici la nivelul *Fobiei specifice* ($F(1,59) = 6.00, p = .017$), astfel că, pentru copiii din GCE s-a observat o scădere semnificativă a scorului pentru fobie specifică ($M1=15.03, M2=6.88$), $t(59) = 3.48, p = .005$, comparativ cu rezultatele participanților din GCC, la care decalajul între valorile medii este mic - $M1=11.30, M2=11.78$, $t(59) = -0.18, p = .998$. (Anexa 5, tabel 5.1.5, tabel 5.2.21).

Această constatare poate fi interpretată în context psihologic ca fiind o îmbunătățire în consecință, legată de progresul obținut cu privire la scalele de anxietate în general, ca urmare a parcurgerii ședințelor psihologice de către preadolescent.

La nivelul *Tulburărilor emoționale și comportamentale* în test/retest au fost raportate scoruri mai mici și pentru scala *ADHD tipul neatent* ($F(1,59) = 18.01, p < .001$), pentru subiecții din GCE observându-se o scădere semnificativă a mediilor ($M1=45.18, M2=39.09$) semnificație susținută de $t(59) = 5.29, p < .001$, în timp ce în cazul participanților din GCC nu s-a înregistrat o diferență semnificativă ($M1=43.81, M2=45.07$), $t(59) = -0.97, p = .765$. (Anexa 5, tabel 5.1.5,

tabel 5.2.22).

De asemenea, au fost raportate diferențe statistic semnificative la nivelul *ADHD tipul hiperactiv-impulsiv* ($F(1,59) = 25.87, p < .001$). Cei din GCE test/retest, înregistrând o scădere a mediilor ($M1=44.71, M2=38.12$), $t(59) = 6.27, p < .001$, față de participanții din GCC – ($M1=42.37, M2=43.81$), $t(59) = -1.22, p = .614$. (Anexa 5.2, tabel 5.1.5, tabel 5.2.23).

La scala *obsesiilor* ($F(1,59) = 12.12, p < .001$), observăm o diferență statistic semnificativă. Pentru subiecții GCE, test/retest constatăm mediile ($M1=19.44, M2=12.79$), ($t(59) = 2.77, p = .036$), în timp ce, în cazul participanților din GCC nu s-a înregistrat o diferență semnificativă ($M1=24.67, M2=30.56$), ($t(59) = -2.19, p = .138$); (Anexa 5, tabel 5.1.5, tabel 5.2.24).

Retest CSI4.

Parcursul programului de intervenție psihologică a produs un progres major pentru toate dimensiunile emoționale ale copiilor raportate la nivelul etapei de retest, diminuând consistent valorile care expun tulburările emoționale ale copiilor. Prezentarea grafică a mediilor la etapa de retest a scalelor relevante cercetării este inclusă în fig.3.6:

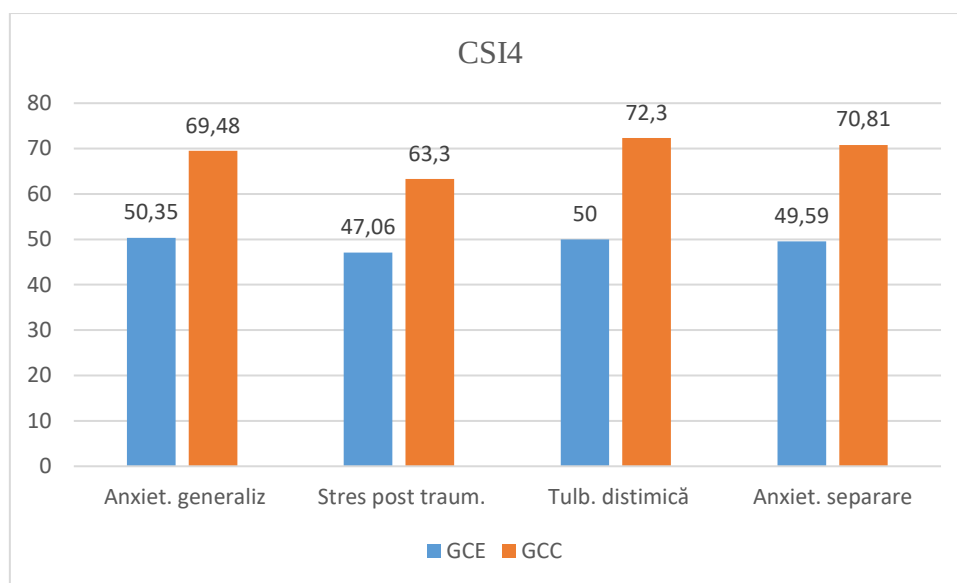


Fig. 3.6. Media rezultatelor, simptomatologia copilului, CSI4, GCE/GCC, retest

În ceea ce privește analiza datelor statistice la etapa *retest* dintre GCE și GCC observăm în tabelul 3.8, diferențe statistic semnificative ($p < .001$) la toate cele patru scale supuse evaluării:

Tabel 3.8. Media și testul ANOVA, CSI4, GCE/GCC, retest

CSI4	Scale	Medii		t ANOVA	p
		GCE	GCC		
	Anxiet. generaliz	50,35	69,48	8,58	< .001
	Stres post traum.	47,06	63,30	7,08	< .001
	Tulb. distimică	50,00	72,30	9,05	< .001
	Anxiet. separare	49,59	70,81	8,93	< .001

Pentru celelalte scale, menționăm:

La nivelul *Fobiei specifice*, între GCE și GCC la retest, nu s-au înregistrat diferențe statistic semnificative ($t(59) = 1.46, p = .468$), (Anexa 5.2, tabel 5.2.21). La fel și pentru scala *ADHD tipul neatent* observăm o diferență statistică nesemnificativă între GCE și GCC la retest ($t(59) = 2.54, p = .065$), (Anexa 5.2, tabel 5.2.22). Pentru *ADHD tipul hiperactiv-impulsiv* s-a înregistrat o diferență statistic semnificativă între GCE și GCC la retest ($t(59) = 3.09, p = 0.016$), (Anexa 5.2, tabel 5.2.23). La scala *Obsesii* atestăm o diferență semnificativă între GCE și GCC, la etapa retest, ($t(59) = 3.79, p = 0.002$), (Anexa 5.2, tabel 5.2.24).

Prin urmare, deși nu fac obiectul lucrării de față, datele obținute în etapele test-retest, au demonstrat scăderea valorilor pentru scalele *Fobie specifică*, *ADHD tipul neatent*, *ADHD tipul hiperactiv-impulsiv* și pentru *Obsesii*, dovedind încă o dată necesitatea parcurgerii programului de intervenție psihologică de către copiii aflați în dificultate și afectați de o simptomatologie consistentă, pentru cele două din urmă scale observăm și că valorile GCE au reușit să se îmbunătățească semnificativ în comparație cu GCC în retest.

În același context, pentru scalele *Opoziționism provocator*, *Tulburarea depresivă majoră*, *Schizofrenie*, *Tulburare autistă*, *Sindrom Asperger*, *Fobie socială*, *Enurezis și Encoprezis*, la test/retest și retest, au fost raportate de către părinți date nediferențiate între cele două grupuri GCE și GCC, o parte dintre aceste tulburări fiind individuale și prezentând relevanță scăzută pentru domeniul studiat în lucrarea prezentă.

Concluzionăm faptul că, există diferențe statistic semnificative pentru preadolescenți în funcție de participarea la programul de intervenție psihologică, la nivelul tulburărilor emoționale evaluate prin testul CSI4, astfel că, se confirmă ipoteza etapei de cercetare care menționează: între rezultatele grupului experimental și rezultatele grupului de control au existat diferențe statistic semnificative la dimensiunile supuse intervenției, obținându-se ameliorarea tulburărilor emoționale ale copiilor.

Rezultatele pentru testul psihologic PSI4 - Domeniul copilului

Scop: evaluarea impactului programului de intervenție psihologică realizat asupra copiilor cu predispoziții la tulburări de personalitate și cu tulburări emoționale.

Ipoteză: vor exista diferențe statistic semnificative între GCE și GCC la dimensiunile supuse intervenției și anume: ameliorarea predispozițiilor tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale ale copiilor.

Test/retest testul PSI4

Referitor la datele raportate de către părinții din cele două grupuri, pentru Domeniul copilului, prezentăm mediile rezultatelor obținute la GCE și GCC, test/retest, în figura următoare:

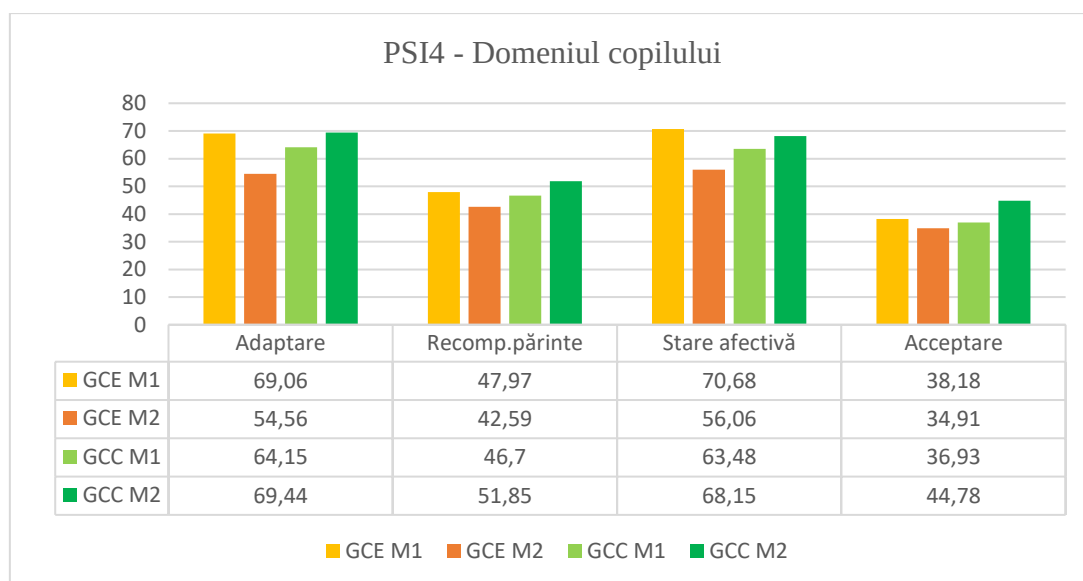


Fig. 3.7. Mediile pentru simptomatologia copilului, PSI4, GCE/GCC, test/retest

Analiza datelor descriptive ale GCE relevă îmbunătățiri la toate scalele testului, mai consistente fiind la patru dintre acestea, în sensul scăderii mediilor, la scalele: *Adaptare*, *Recompensa părintelui*, *Stare afectivă* și *Acceptare*, asigurându-se astfel o ameliorare a problematicilor copiilor, ameliorare consecutivă programului formativ. La GCC se observă o accentuare a problematicilor, valorile înregistrând o creștere.

Însă, pentru a ne asigura de semnificația diferențelor s-a realizat prelucrarea statistică complexă a datelor și în cazul testului PSI4, rezultatele fiind prezentate în tabelul următor:

Tabel 3.9. Media și testul ANOVA, Domeniul copilului, PSI4, GCE/GCC, test/retest

PSI4		GCE				GCC				F	p
		M1	M2	t	p	M1	M2	t	p		
	Adaptare	69,06	54,56	10,04	< .001	64,15	69,44	-3,27	0.10	83,20	< .001
	Rec.părin	47,97	42,59	4,51	< .001	46,70	51,85	-3,85	0.002	34,51	< .001
	Stare afec	70,68	56,06	9,55	< .001	63,48	68,15	-2,72	0.042	70,22	< .001
	Acceptare	38,18	34,91	3,04	0.018	36,93	44,78	-6,51	< .001	47,72	< .001

În detaliu, se observă din analiza datelor *test/retest* faptul că au fost înregistrate diferențe statistic semnificative cu scoruri ameliorate la nivelul scalei *Adaptare* ($F(1,59) = 83.20, p < .001$), în sensul în care, pentru copiii din GCE se observă o scădere semnificativă a scorului mediilor pentru adaptare ($M1=69.06, M2=54.56$) semnificație susținută de $t(59) = 10.04, p < .001$, în timp ce, în cazul participanților din GCC se observă chiar o creștere ($M1=64.15, M2=69.44$) cu $t(59) = -3.27, p = .010$, (Anexa 5, tabel 5.1.6, tabel 5.2.25) ceea ce ne determină să afirmăm că intervenția psihologică este absolut necesară pentru asigurarea unei dezvoltări adecvate a copilului.

Aceste date ne arată că, prin intervenția psihologică s-a obținut o diminuare a inabilității copilului de a face trecerea de la un task la altul fără distres emoțional și de a manifesta comportamente flexibile și acceptabile în schimbarea rutinelor, trăsături necesare ale copilului în

contextul părinților divorțați, în care realizarea programului de legături personale determină schimbarea domiciliului și a rutinelor la celălalt părinte.

În ceea ce privește factorii de risc care pot interveni și pot declanșa probleme de adaptare, marcate de simptome psihopatologice, performanțe școlare slabe, comportamente de risc, răspunsuri psihofiziologice exacerbate la stres și slăbirea sistemului imunitar, reprezentând o deteriorare semnificativă în funcționarea socială și școlară a copiilor, putem spune că au fost ameliorate prin scorurile reduse raportate.

Datele expun mai puține sentimente de frustrare ale părintelui în a crea o relație cu copilul, astfel că, se constată impactul profund pe care interveția psihologică o are asupra sănătății mintale a copilului, întrucât, în GCC a fost raportată o creștere a rezultatelor pe scala de adaptare a copilului.

Pentru *Recompensa părintelui*, scală a testului PSI4, datele obținute în etapa test/retest, au evidențiat scoruri ce indică diferențe statistic semnificative ($F(1,59) = 34.51, p < .001$). Subiecții din GCE au înscris $M1=47.97, M2=42.59; t(59)=4.51, p<.001$, în timp ce GCC $M1=46.70, M2=51.85, t(59) = -3.85, p = .002$, (Anexa 5, tabel 5.1.6, tabel 5.2.27).

Înțelegem că, rezultatele scalei ne arată cum abilitatea părintelui de a dispune de mecanisme personale care să susțină prevenirea și gestionarea apariției situațiilor cu potențial conflictual din familie a fost îmbunătățită, astfel că dinamica relațională părinte-copil a devenit mai bună. Având în vedere faptul că scala se referă la interacțiunea părintelui cu copilul, implementarea programului terapeutic individual și de familie, a condus la rezultate importante în ceea ce privește percepția părinților rezidenți asupra reușitei în rolul parental, producând sentimente pozitive în privința legăturii și interacțiunii calitative părinte – copil, susținând necesitatea parcurgerii programului de intervenție psihologică.

La cea de-a treia scală, de asemenea au fost semnalate diferențe statistic semnificative - *Stare afectivă* ($F(1,59) = 70.22, p < .001$). În particular, GCE obțin $M1=70.68, M2=56.06; t(59)=9.55, p<.001$, iar GCC $M1=63.48, M2=68.15; t(59) = -2.72, p = .042$. (Anexa 5, tabel 5.1.6, tabel 5.2.26).

În privința scalei *Acceptare* ($F(1,59) = 47.42, p < .001$), subiecții din GCE au raportat valori pentru $M1=38.18, M2=34.91; t(59)=3.04, p=.018$, în timp ce pentru subiecții din GCC s-au înregistrat valori crescute ale percepției părintelui cu privire la trăsăturile intelectuale și emoționale ale copilului, care nu sunt conforme cu așteptările părintelui ($M1=36.93, M2=44.78$), $t(59) = -6.51, p < .001$, (Anexa 5, tabel 5.1.6, tabel 5.2.28). Scorurile ridicate arată faptul că, în lipsa intervenției psihologice, părintele consideră copilul ca având unele problematice care îl face neplăcut, ceea ce poate conduce la o disfuncționalități care afectează relația părinte – copil.

Prin urmare, putem afirma că, prin implementarea programului de intervenție psihologică realizat, atât asupra copilului, cât și asupra părintelui rezident s-a obținut o îmbunătățire a funcționării afective a preadolescentului, manifestările sale emoționale care se referă la stările de nefericire, deprimare, la stările de plâns facil și repetat, au fost raportate de către părinți ca fiind ameliorate. Ședințele psihologice realizate în diada părinte – copil au creat o conexiune mai bună și un atașament mai consistent, care au condus la îmbunătățirea stării de bine atât a copilului cât și a părintelui.

Retest PSI4

Analiza datelor statistice la etapa *retest* dintre GCE și GCC este prezentată în tabelul 3.10, în care observăm diferențe statistic semnificative puternice ($p < .001$) la scalele: *Adaptare* ($t(59) = 6.60, p < .001$), *Recompensa părintelui* ($t(59) = 4.32, p < .001$), *Stare afectivă* ($t(59) = 5.37, p < .001$) și *Acceptare* ($t(59) = 5.74, p < .001$), scoruri ameliorate consistent prin parcurgerea programului psihologic de către GCE (Anexa 5, tabelele 5.2.25 – 5.2.28). Așa cum am relatat și mai sus, intervenția psihologică a avut ca și consecință o diminuare a distresului emoțional al copilului pentru GCE în timp ce GCC a înregistrat valori mai crescute față de etapa de test.

Tabel 3.10. Media și testul ANOVA, PSI4 Domeniul copilului, GCE/GCC, retest

PSI4	Scale	Medii		t ANOVA	p
		GCE	GCC		
	Adaptare	54,56	69,44	6,60	< .001
	Recomp.părintelui	42,59	51,85	4,32	< .001
	Stare afectivă	56,06	68,15	5,37	< .001
	Acceptare	34,91	44,78	5,74	< .001

Pentru celelalte scale ale testului psihologic PSI4 din Domeniul copilului și anume, *Deficit de atenție* și *Solicitări* nu au fost înregistrate diferențe statistic semnificative după implementarea intervenției, posibil pentru că, aceste scale nu au fost percepute și raportate de către părinți ca fiind dificultăți de adaptare ale copilului, scorurile din etapa de constatare nefiind semnificative pentru copiii care traversează o situație de divorț, în comparație cu copiii care provin din familiile nedivorțate.

În concluzie, comparația la nivelul simptomelor copilului din testul PSI4, pentru cele două grupuri supuse cercetării, respectiv GCE și GCC, a evidențiat diferențe statistic semnificative cu date îmbunătățite, prin raportarea părintelui la caracteristicile copilului, confirmând ipoteza statistică conform căreia, între rezultatele GCE și rezultatele GCC au existat diferențe statistic semnificative la dimensiunile supuse intervenției obținându-se ameliorarea tulburărilor copiilor.

Rezultatele pentru testul psihologic PSI4 - Domeniul părintelui

Scop: evaluarea impactului programului de intervenție psihologică realizat asupra părintelui rezident, identificat cu nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

Ipoteză: vor exista diferențe statistic semnificative între GPE și GPC la dimensiunile supuse intervenției și anume: îmbunătățirea nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților rezidenți ai copiilor.

Test/retest testul PSI4

Datele descriptive înregistrate și evidențierea diferențelor dintre mediile celor două etape de cercetare test/retest ale GPE și GPC pentru caracteristicile părintelui sunt prezentate în figura următoare:

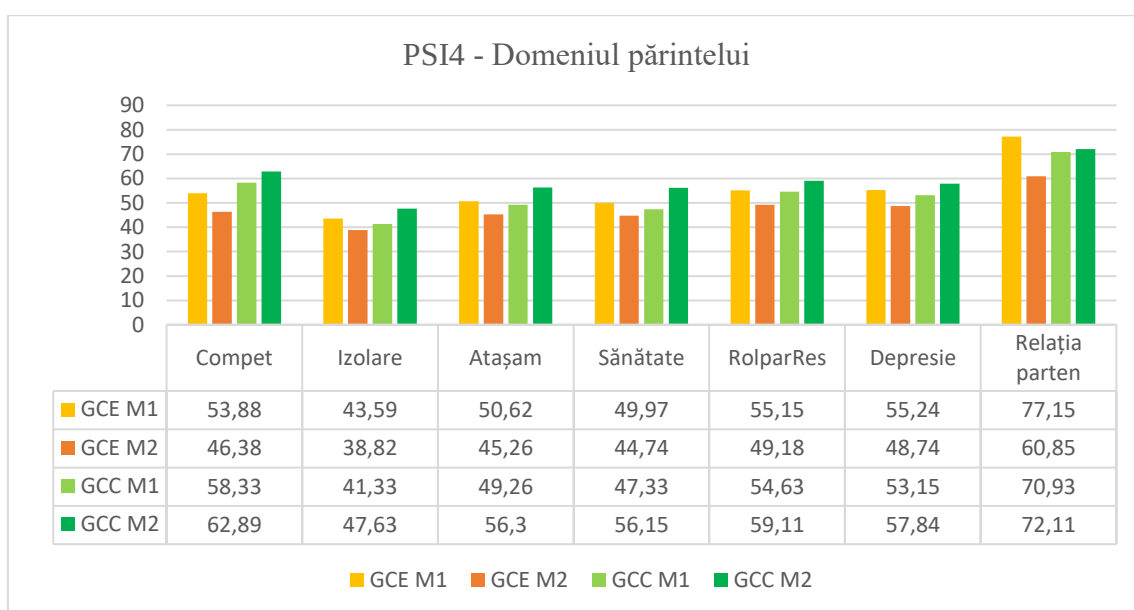


Fig. 3.8. Mediile pentru Domeniul părintelui, PSI4, GPE/GPC, test/retest

Analiza datelor descriptive raportate de GPE, ne arată îmbunătățiri la toate scalele testului, mai consistente fiind pentru scalele: *Relația cu partenerul* (M1=77,15, M2=60,85), *Competență* (M1=53,88, M2=46,38), *Depresie* (M1=55,24, M2=48,74), *Izolare* (M1=43,59, M2=38,82), în sensul diminuării majore a mediei, aceasta explicându-se printr-o ameliorare consistentă a percepției stresului resimțit de către părinte încontext personal și în interacțiunea tensionată a părintelui rezident cu părintele nerezident, o îmbunătățire a coparentalității, ameliorare consecutivă programului formativ. Pentru GPC se observă o creștere a mediilor raportate, o accentuare a stresului resimțit de către părinte la toate scalele: *Competență* (M1=58,33, M2=62,89), *Izolare* (M1=41,33, M2=47,63), *Depresie* (M1=53,15, M2=57,84), *Relația cu partenerul* (M1=70,93, M2=72,11).

Însă, pentru a ne asigura de semnificația diferențelor, a fost realizată prelucrarea statistică complexă a datelor, expuse în tabelul 3.11:

Tabel 3.11. Media și testul ANOVA, Domeniul părintelui, PSI4, GPE/GPC, test/retest

PSI4	Scale	GPE				GPC				F	p
		M1	M2	t	p	M1	M2	t	p		
PSI4	Competență	53,88	46,38	6,33	< .001	58,33	62,89	-3,43	0.006	45,84	< .001
	Izolare	43,59	38,82	3,57	0,004	41,33	47,63	-4,20	< .001	30,36	< .001
	Depresie	55,24	48,74	6,74	< .001	53,15	57,84	-3,59	0.004	51,38	< .001
	Relația partenerul	77,15	60,85	11,69	< .001	70,93	72,11	-0,76	0.873	69,57	< .001

Pentru scala *Relația cu partenerul*, se evidențiază tendința de îmbunătățire a scorurilor la GPE, *test/retest*, $M1=77.15$, $M2=60.85$; $t(59) = 11.69$, $p < .001$, comparativ cu scorurile *test/retest*, GPC, $M1=70.93$, $M2=72.11$; $t(59) = -0.76$, $p = .873$, (Anexa 5, tabel 5.1.7, tabel 5.2.32). Având în vedere faptul că obiectivul de bază al intervenției la părinți s-a centrat pe îmbunătățirea relației de coparentalitate, relație care a determinat ca predictor apariția a numeroase tulburări ale copilului, rezultatele obținute prin scăderea semnificativă a scorurilor raportate de către părintele rezident concluzionează și susține efectul consistent al ședințelor psihologice asupra ameliorării problematicilor de personalitate și a celor emoționale ale preadolescentului care traversează o situație de divorț a părinților săi.

Focusarea pe o gamă largă de arii privind îmbunătățirea comunicării și a asertivității, informarea și responsabilizarea părintelui în privința relației de coparentalitate, identificarea rolurilor și limitelor parentale și conștientizarea consecințelor pe termen scurt și pe termen lung ale coparentalității conflictuale, au condus la sensibilizarea părintelui privind asigurarea suportului parental și evitarea reactivității cu celălalt părinte, pentru a diminua impactul asupra copilului.

În ceea ce privește scalele incluse în Domeniul părintelui, în *test/retest*, au fost înregistrate rezultate îmbunătățite față de etapa inițială de evaluare la GPE, cu diferențe statistic semnificative pentru scalele: *Competență* ($M1=53,88$, $M2=46,38$), $t(59) = 6,33$, $p < .001$, (Anexa 5, tabel 5.1.7, tabel 5.2.29), *Depresie* ($M1=55,24$, $M2=48,74$), $t(59) = 6,74$, $p < .001$ (Anexa 5, tabel 5.1.7, tabel 5.2.31) și *Izolare* ($M1=43,59$, $M2=38,82$), $t(59) = 3,57$, $p = 0,004$ (Anexa 5, tabel 5.1.7, tabel 5.2.30).

Observăm că, intervenția a avut un rol semnificativ care a influențat rezultatele părinților, abordarea terapeutică a programului de intervenție fiind centrată și consistentă atât pe îmbunătățirea *Competenței* parentale, cât și pe dinamica relațională pe care părintele rezident o manifestă față de părintele nerezident, având în vedere impactul semnificativ și predictor al acestei relații de coparentalitate asupra sănătății mintale a copilului, astfel cum a fost evidențiat în etapa de constatare. Înțelegem din datele obținute că părintele posedă, după intervenția psihologică, mai multe abilități de a gestiona comportamentul copilului, nu mai simte acest rol ca fiind copleșitor și nici nu mai percepe ca în etapa inițială același nivel de criticism și neacceptare din partea celuilalt părinte.

Rezultatele scalelor *Izolare* și *Depresie* ne arată că a scăzut percepția părinților cu privire la propriul sentiment de abandon și respingere sau simptomele ca vină, nefericire, insatisfacție de sine în rolul parental asociate cu circumstanțele de viață. Programul de intervenție a fost realizat pentru a asigura suport și angajament social, astfel ca să nu existe riscul ca responsabilitățile față de copilul să fie neglijate.

Pentru scalele *Atașament* și *Sănătate* părinții nu au raportat rezultate semnificative după parcurgerea intervenției acest lucru s-ar putea datora faptului că, percepția asupra deteriorării sănătății părintelui ca rezultat al stresului parental și asupra legăturii emoționale părinte – copil reflectă contextul personal al părintelui, situație care presupune o intervenție psihologică individuală.

Retest PSI4- Domeniul părintelui

În privința comparației dintre GPE și GPC la etapa *retest* prezentăm în tabelul 3.12, valorile care susțin diferențele statistic semnificative puternice la scalele *Competență* ($t(59) = 9,51, p < .001$) și *Relația cu partenerul* ($t(59) = 4,92, p < .001$) obținute după intervenția psihologică a părinților. De asemenea, scalele *Izolare* ($t(59) = 3,81, p = 0,002$) și *Depresie* ($t(59) = 3,25, p = 0,010$) s-au înregistrat îmbunătățiri cu diferențe statistic semnificative, ceea ce susține importanța parcurgerii intervenției psihologice în contextul de viață după divorț, (Anexa 5, tabelele 5.2.29 – 5.2.32).

Tabel 3.12. Media și testul ANOVA, Domeniul părintelui, PSI4, GPE/GPC, retest

PSI4	Scale	Medii		t ANOVA	p
		GPE	GPC		
	Competență	46,38	62,89	9,51	< .001
	Izolare	38,82	47,63	3,81	0.002
	Depresie	48,74	57,84	3,25	0.010
	Relația partenerul	60,85	72,11	4,92	< .001

Deducem din aceste considerente faptul că, în vederea obținerii unor îmbunătățiri la nivel personal, se impune ca părintele să parcurgă un program psihoterapeutic individual sau de grup care să aibă ca obiectiv restructurarea aspectelor emoționale cu privire la contextul divorțului și la istoricul personal al acestuia.

Concluzia care se impune în contextul testului PSI4, în urma analizei realizate, pentru scalele din Domeniul părintelui, este că, se confirmă ipoteza la scalele *Competență*, *Izolare*, *Depresie* și *Relația cu partenerul*, astfel că s-au îmbunătățit competențele parentale și relația de coparentalitate ale părinților rezidenți ai copiilor, obiectivul urmărit în cadrul cercetării.

Rezultatele pentru testul psihologic CCP

Scop: evaluarea impactului programului de intervenție psihologică realizat asupra părintelui rezident, identificat cu nivel de competențe parentale reduse și relație de coparentalitate conflictuală.

Ipoteză: vor exista diferențe statistic semnificative la dimensiunile supuse intervenției și anume: îmbunătățirea nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților rezidenți ai copiilor.

Test/retest testul CCP

În fig. 3.9 sunt prezentate mediile obținute prin reaplicarea metodei CCP părinților din grupul GPE și GPC, pentru a evalua competențele parentale ca urmare a parcurgerii experimentului formativ de către GPE. Analiza datelor test/retest pentru GPE, ne arată îmbunătățiri la majoritatea scalelor testului, asigurându-se astfel o îmbunătățire a nivelului competențelor parentale, consecutivă programului formativ, în timp ce rezultatele GPC nu a înregistrat modificări semnificative. Face excepție scala *Disciplinare* care nu a înregistrat date îmbunătățite.

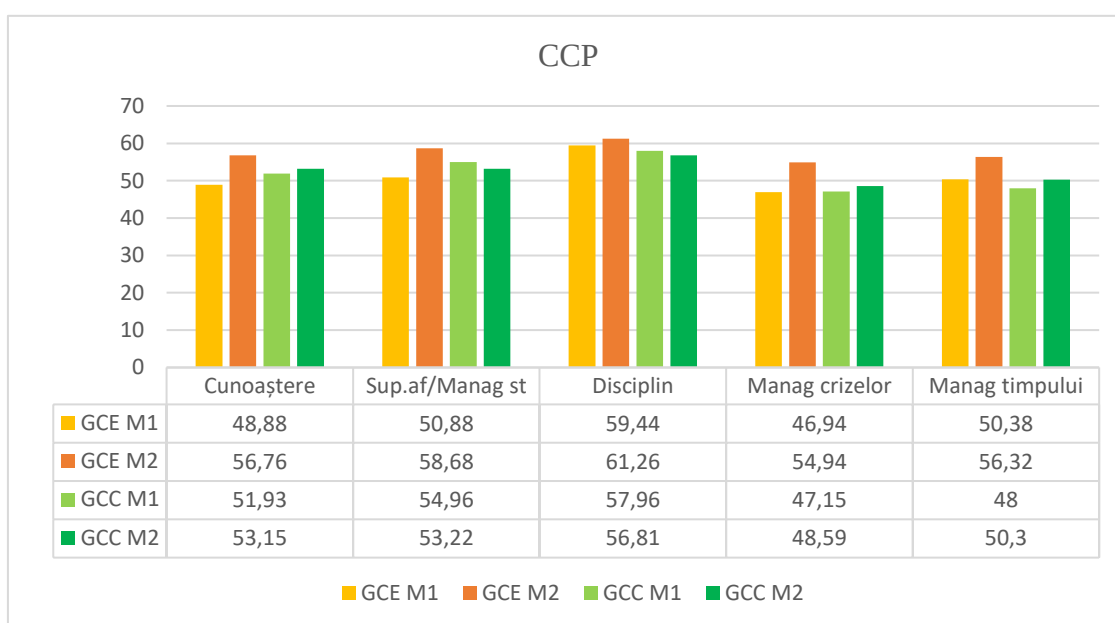


Fig. 3.9. Mediile pentru competențe parentale, CCP, GPE/GPC, test/retest

În vederea analizei statistice complexe, pentru datele descriptive raportate de părinții rezidenți, s-a aplicat testul ANOVA pentru măsurători repetate cu design mixt utilizat pentru a analiza rolul intervenției terapeutice asupra nivelului competențelor parentale pentru părinții care au participat la ședințele psihologice (GPE) și care nu au parcurs vreun program de intervenție (GPC). Astfel că, au fost identificate o serie de diferențe statistic semnificative la nivelul competențelor pentru GPE în comparație cu GPC, ceea ce ne determină să afirmăm despre necesitatea parcurgerii ședințelor psihologice.

Pentru asigurarea unei vizibilități mai clare a tendințelor obținute prin raportarea

rezultatelor și analiza statistică test/retest, prezentăm în tabelul 3.13 detaliile valorilor test/retest pentru scalele testului CCP, astfel:

Tabel 3.13. Media și testul ANOVA Competențe parentale, CCP, GPE/GPC, test/retest

CCP	Scale	GPE				GPC				F	p
		M1	M2	t	p	M1	M2	t	p		
	Cunoaștere	48,88	56,76	-8,15	< .001	51,93	53,15	-1,13	0.675	20,97	< .001
	SupAf/MS	50,88	58,68	-6,49	< .001	54,96	53,22	1,29	0.572	27,89	< .001
	Man crize	46,94	54,94	-8,82	< .001	47,15	48,59	-1,42	.492	23,14	< .001
	Manag timp	50,38	56,32	-5,04	< .001	48,00	50,30	-1,74	.315	4,23	< .001

Prin urmare, prelucrarea statistică ne indică diferențe statistic semnificative cu scorurile îmbunătățite la nivelul scalei *Cunoaștere* ($F(1,59) = 20.97, p < .001$). Pentru părinții din GPE se observă o creștere semnificativă a scorului scalei $M1=48.88, M2=56.76; t(59) = -8.15, p < .001$, în timp ce în cazul participanților din GPC nu s-a înregistrat o diferență semnificativă $M1=51.93, M2=53.15; t(59) = -1.13, p = .675$, (Anexa 5, tabel 5.1.8, tabel 5.2.33).

Explicăm rezultate prin faptul că, părinții care au participat la ședințele și-au însușit și dezvoltat abilitatea de a cunoaște nevoile copilului conform etapei de vârstă și nivelului de dezvoltare al acestuia, în contextul separării parentale și pe baza acestei cunoașteri au deprins abilități de a-și explica reacțiile copilului, de a înțelege mai profund nevoile acestuia și de a formula răspunsuri și abordări adecvate lor.

Tot în aceeași tendință, reprezentând un aspect esențial și cu impact semnificativ asupra copilului, se încadrează și rezultate la scala *Suport afectiv/managementul stresului* care a înregistrat diferențe statistic semnificative ($F(1,59) = 27.89, p < .001$). În detaliu, pentru părinții din GPE se observă o creștere semnificativă a scorului pentru suportul afectiv $M1=50.88, M2=58.68; t(59) = -6.49, p < .001$, în timp ce în cazul participanților din GPC nu s-a înregistrat o diferență semnificativă $M1=54.96, M2=53.22; t(59) = 1.29, p = .572$, (Anexa 5, tabel 5.1.8, tabel 5.2.34).

Această constatare ne determină să apreciem implicarea consistentă a părinților în intervenția terapeutică cu privire la susținerea emoțională a copiilor, la conștientizarea și disponibilitatea pe care părintele rezident, ca persoană semnificativă a copilului, o manifestă în situațiile dificile pe care preadolescentul le traversează. Cunoașterea și utilizarea unor modalități eficiente atât de prevenire, cât și de coping a stresului din familie sunt abilități care presupun gestionarea situațiilor tensionate și oferirea unui suport afectiv, care să ajute copilul în a-și gestiona emoțiile negative în contextul său de viață.

De asemenea, rezultatele semnificative obținute de către părinți pentru suportul emoțional evidențiat în scala anterioară, sunt susținute și de datele test/retest cu privire la scala *Managementul crizelor* ($F(1,59) = 23.14, p < .001$). La părinții din GPE se observă o creștere a scorului pentru

managementul crizelor $M1=46.94$, $M2=54.94$, creștere semnificativă dată în detaliu de $t(59) = -8.82$, $p < .001$, în timp ce în cazul participanților din GPC nu s-a înregistrat o diferență semnificativă - $M1=47.15$, $M2=48.59$; $t(59) = -1.42$, $p = .492$, (Anexa 5, tabel 5.1.8, tabel 5.2.35).

Acest lucru explică eficiența programului terapeutic care se reflectă în abilitatea părintelui de a fi mai sigur pe sine, de a se comporta ca un bun lider în gestionarea relației cu copilul său, de a găsi soluții la problemele copilului împreună cu acesta, astfel încât să determine o abordare adecvată și eficientă a părintelui pentru a depăși situațiile critice de natură educațională sau personală și să permită dezvoltarea gândirii critice și raționale a copilului. Validarea și însușirea unor deprinderi în cadrul intervenției, au determinat părintele să dobândească perseverența în rezolvarea de probleme personale și familiale.

Au fost raportate diferențe statistic semnificative și la *Managementul timpului* ($F(1,59) = 4.23$, $p = .044$). Prelucrarea statistică a datelor a expus pentru părinții din GPE o creștere semnificativă a scorului pentru managementul timpului $M1=50.38$, $M2=56.32$; $t(59) = -5.04$, $p < .001$; în cazul participanților din GPC nu s-a înregistrat o diferență semnificativă $M1=48$, $M2=50.30$; $t(59) = -1.74$, $p = .315$, (Anexa 5, tabel 5.1.8, tabel 5.2.36).

Rezultatele ne arată că impactul benefic al ședințelor psihologice asupra părinților, s-a concretizat și în îmbunătățirea abilității părintelui de a determina calitatea și cantitatea timpului petrecut cu propriul copil și capacitatea sa de a coordona/dirija timpul copilului. Conștientizarea părintelui cu privire la organizarea și gestionarea timpului, reprezintă un vector mediator important în cadrul experienței pe care copilul o parcurge în spațiul disociat din contextul separării părinților.

Referitor la datele test/retest ale scalei *Disciplinare* a chestionarului de competență, nu au fost înregistrate diferențe semnificative, un argument relevant în acest sens fiind faptul că, abilitățile părinților de a gestiona adecvat regimul de recompensă și pedeapsă, a fost expus în etapa inițială de constatare și susținut de rezultatele chestionarelor, ca reprezentând o modalitate importantă și consistentă cu privire la gestionarea dificultăților emoționale și comportamentale ale copiilor.

Astfel că, accentul pe factorul *Disciplinare* nu a fost pus în cadrul programului formativ, fiind, în perioada anterioară ședințelor psihologice, ales și considerat de către părinți mai important, în detrimentul folosirii metodelor de conținere și susținere emoțională a copiilor.

Retest CCP

Prezentarea grafică a mediilor la etapa de retest a scalelor de competențe parentale este inclusă în fig.3.10:

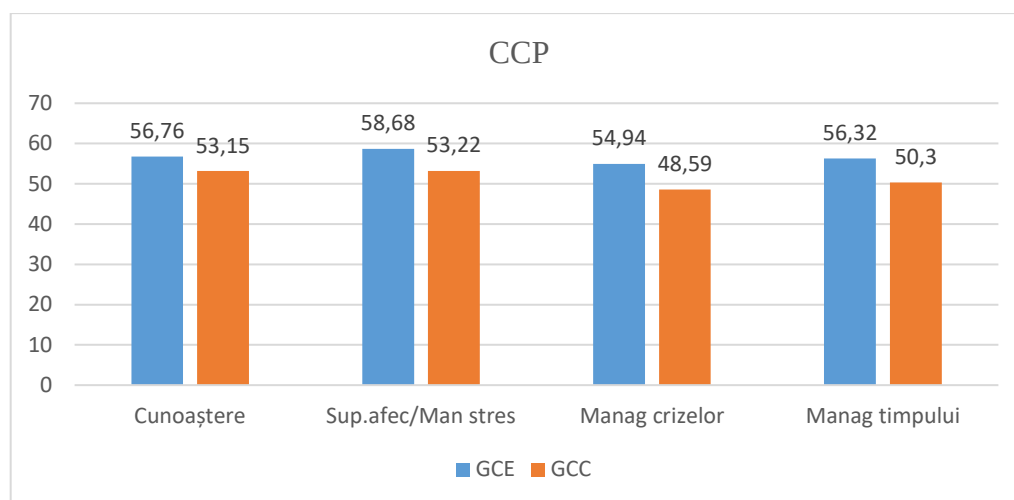


Fig. 3.10. Media rezultatelor competențe parentale, CCP, GPE/GPC, retest

Semnificația diferențelor observate între scorurile *retest* la GPE și GPC este sumarizată în tabelul 3.14 în care sunt relevate datele analizate în detaliu, cu diferențe statistic semnificative la cele patru scale ale competențelor parentale, cu excepția scalei Disciplinare pentru care nu au fost raportate valori îmbunătățite. Pragurile de semnificație puternice ($p < .001$) pentru scalele *Managementul crizelor* $t(59) = -4.89$, $p < .001$ și *Managementul timpului* $t(59) = -5.08$, $p < .001$, dar și datele obținute la celelalte două scale, *Cunoaștere* $t(59) = -2.67$, $p = .047$ și *Support afectiv/Managementul stresului* $t(59) = -3.28$, $p = .009$, (Anexa 5, tabelele 5.2.33 – 5.2.36), subliniază diferențele consistente dintre cele două grupuri, ceea ce evidențiază îmbunătățirea comportamentelor parentale și denotă că, prin conținutul său, programul psihologic implementat s-a dovedit eficient.

Tabel 3.14. Media și testul ANOVA Competențe parentale, CCP, GPE/GPC, retest

CCP	Scale	Medii		t ANOVA	p
		GPE	GPC		
	Cunoaștere	56,76	53,15	-2,67	0.047
	Sup.afec/Man stresului	58,68	53,22	-3,28	0.009
	Manag crizelor	54,94	48,59	-4,89	< .001
	Manag timpului	56,32	50,30	-5,08	< .001

Reținem că, mediul de proveniență al fiecărui părinte modelează competențele sale parentale, setul de abilități pe care părintele îl dezvoltă, precum și modelul educațional pe care acesta îl adoptă în creșterea și îngrijirea copilului său. De aceea, toți acești factori au reprezentat o constelație de variabile care au fost abordate în implementarea programului de dezvoltare a abilităților parentale.

Mai concret, în contextul programului terapeutic părinții au conștientizat faptul că, crearea unor contexte de relaționare care să contribuie la ventilarea emoțională a copilului, la implicarea în activități care să susțină inserția socială a copilului, conduc la stimularea gândirii

critice și creatoare a acestuia și la dezvoltarea armonioasă din punct de vedere fizic și psihologic.

Concluzionăm că și în cazul chestionarului CCP caracteristicile părintelui divorțat prezintă rezultate statistic semnificative îmbunătățite după parcurgerea programului de intervenție psihologică, cu privire la nivelul competențelor sale parentale, confirmând ipoteza etapei de cercetare. Ceea ce ne determină să afirmăm că între rezultatele GPE și rezultatele GPC vor exista diferențe statistic semnificative la dimensiunile supuse intervenției și anume: îmbunătățirea nivelului competențelor parentale și a relației de coparentalitate ale părinților rezidenți ai copiilor.

3.7. Concluzii la capitolul 3

1. În cadrul etapei formative, a fost elaborat un program de intervenție psihologică pentru copii preadolescenți proveniți din familii divorțate cu predispoziții la tulburări de personalitate și emoționale și părinți rezidenți ai acestora cu incompetențe parentale și dificultăți de coparentalitate. Au fost constituite două grupuri omogene, grupul experimental și grupul de control. În grupurile experimentale s-a implementat și validat programul de intervenție psihologică complexă structurat pe sesiuni de intervenție psihologică individuală atât a copilului cât și a părintelui; intervenție psihologică de grup a copiilor; intervenție de familie (în diadă), implicând copilul și părintele cu care acesta locuiește.
2. La testul MPACI, scorurile retest, mai mari la copiii din grupul experimental, conturează *ameliorarea predispozițiilor la tulburările de personalitate*, în sensul că de ex., patternurile Încercător și Sociabil s-au dezvoltat și consolidat, iar alte patternuri - Conformist, Supus, Inhibat, Insubordonat și Instabil, au scăzut în intensitate, ceea ce evidențiază impactul semnificativ al programului de intervenție care a influențat îmbunătățirea caracteristicilor de personalitate ale copiilor ca urmare a participării lor în cadrul terapiei.
3. Și pentru dimensiunile personalității ca Stabilitate emoțională, Extraversie), și Conștiinciozitate, și pentru dimensiunile ce vizau tulburările emoționale privind Anxietatea și Dispoziția depresivă, la scale asociate cu simptome somatice și comportamentale (Probleme de conduită și Comportamente disruptive), au fost raportate scoruri îmbunătățite, confirmând *ameliorarea tulburărilor emoționale* și implicit a sănătății psihice generale a copilului.
4. Progrese semnificative au fost înregistrate, de copiii din grupul experimental, cu privire la Anxietatea generalizată, Anxietatea de separare, Stresul post traumatic și Tulburarea distimică, caracteristici delimitate în cadrul testului CSI4, astfel că, starea acestora a devenit mai echilibrată, copiii dobândind modalități de coping adecvat; o mai bună capacitate de procesare a evenimentelor cu potențial traumatic pe care le-au traversat, de înțelegere și prelucrare a emoțiilor care produc disfuncționalități emoționale.

5. Din perspectiva evaluării efectelor programului formativ pe dimensiunile parentale s-a constatat o *reducere a stresului resimțit de către părintele rezident* (scalele: Izolare, Depresie, Relația cu partenerul). Având în vedere faptul că obiectivul de bază al intervenției s-a centrat pe îmbunătățirea relației de coparentalitate exprimată prin această scală, relație care a determinat, ca predictor, apariția a numeroase tulburări ale copilului, rezultatele obținute prin scăderea semnificativă a scorurilor raportate de către părintele rezident, concluzionează efectul consistent al ședințelor psihologice.
6. Referitor la celelalte abilități parentale, au fost consemnate *îmbunătățiri semnificative ale nivelului competențelor parentale* (scalele: Competență, Suport afectiv/Managementul stresului și a crizelor, Cunoaștere și Managementul timpului), în sensul în care, părintele a realizat gestionarea mai adecvată cu privire la timpul petrecut cu propriul copil, cunoașterea și înțelegerea reacțiilor și nevoilor copilului pentru a formula răspunsuri potrivite lor.
7. Restructurarea produsă atât la nivelul trăsăturilor de personalitate și a celor emoționale ale copilului, cât și în dinamica relației de coparentalitate, reflectă eficiența confluentei strategiilor psihologice și psihoterapeutice utilizate atât copilului cât și părintelui, au condus la un impact complex asupra dezvoltării psihice a preadolescenților care provin din familii cu părinți divorțați, ceea ce confirmă valabilitatea programului, dar și ipoteza inițială despre necesitatea implementării intervenției.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Prin cercetarea prezentă au fost stabilite fundamentele teoretico-aplicative psihologice care stau la baza identificării predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale la preadolescenții cu vârste cuprinse între 9 și 12 ani, prin examinarea relației dintre aceste tulburări și dimensiunile parentale ale părinților divorțați.

În acest context, s-a elaborat, implementat și aprobat un program de intervenție psihologică orientat spre ameliorarea predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale ale copiilor și îmbunătățirea nivelului competențelor parentale ale părinților rezidenți.

Experiențele științifice teoretice și aplicative importante ale cercetării sunt stipulate în următoarele concluzii generale:

1. Problematika divorțului în familiile cu copii, din perspectiva modului în care părinții gestionează separarea, poate determina perturbări care afectează funcționalitatea și dezvoltarea psiho-emoțională a copilului, cu efecte care îl pot însoți pe copil de-a lungul întregii sale vieți, prin apariția tulburărilor de ordin psihologic, care necesită o abordare sistemică, multidimensională, atât în evaluare, cât și intervenție.
2. Personalitatea legată de schimbările specifice vârstei în funcționarea mentală a copiilor, inclusiv modalitățile de organizare a experienței subiective, de relaționare cu ceilalți, de confruntare cu dificultăți și de adaptare la mediul extern, este lipsită de stabilitate și flexibilitate; în consecință, participarea și expunerea copilului la evenimente adverse de viață ca divorțul parental, crește riscul dezvoltării tulburărilor de personalitate și apariției simptomelor antisociale, evitante, borderline, dependente, pasiv-agresive, în perioada dezvoltării timpurii a copilului.
3. Implicațiile clinice și efectele divorțului părinților sunt evidențiate și în sistemul emoțional al copilului, prin manifestarea tulburărilor de anxietate, a tulburărilor de dispoziție, a tulburărilor de stres, asociate frecvent cu simptomele somatice, disociative și de adaptare ale acestuia, având ca factor etiologic atitudinile părinților care prezintă dificultăți în gestionarea situației de separare.
4. Între variabilele cercetării constatative s-au instituit anumite relații statistice în sensul diferențelor statistic semnificative evidențiate între variabilele ce reprezintă predispoziții la tulburările de personalitate (*stabilitate emoțională, extraversie, inhibare, supunere, insubordonare, sociabilitate, conformism*) și a tulburărilor emoționale (*anxietate, depresie, distimie, stres, disociere, adaptare*), la copiii proveniți din familiile divorțate și variabilele reprezentate de aceste tulburări la copiii proveniți din familiile intacte. De asemenea, diferențe statistice semnificative au fost evidențiate la nivelul competențelor parentale (*cunoaștere, suport afectiv, managementul stresului, managementul crizelor, relația de coparentalitate*) la părinții

divorțați față de părinții nedivorțați.

5. Constatarea rolului de predictor al competențelor parentale asupra apariției predispozițiilor la tulburările de personalitate și asupra tulburărilor emoționale la copii, constituie un imperativ pentru specialiști, în vederea stabilirii unui program de intervenție atât la nivelul copilului, cât și la nivelul părinților. Literatura de specialitate și cercetarea de față au fundamentat legătura indisolubilă dintre rolul exercitării unei relații de coparentalitate cooperantă și funcționarea echilibrată a preadolescenților, sub aspectul faptului că, relaționarea celor doi părinți nu poate fi separată de sănătatea mintală a copilului.

6. Determinarea interdependenței dintre tulburările copiilor și competențele părinților poate avea consecințe majore pe termen lung, dacă nu se intervine prompt pentru ameliorarea tulburărilor și pentru îmbunătățirea competențelor parentale. Drept urmare a fost elaborat și implementat un program de intervenție psihologică, bazat pe principii, obiective și strategii psihologice orientate către copil și către părinte, scopul principal fiind ameliorarea predispozițiilor la tulburările de personalitate și a celor emoționale la copil, dezvoltarea nivelului competențelor parentale și îmbunătățirea relației de coparentalitate ale părintelui rezident. Ședințele s-au desfășurat individual, în grup și în diadă în concordanță cu problematica evidențiată și cu nevoile individuale ale celor implicați.

7. Verificarea eficienței intervenției psihologice, denotă remedieri a predispozițiilor la tulburările de personalitate (*stabilitate emoțională, extraversie, inhibare, supunere, insubordonare, sociabilitate, conformism*) și ameliorări a tulburărilor emoționale (*anxietate, depresie, distimie, stres, disociere, adaptare*), la copii. grupul experimental. Cu privire la părinți, analizele de date post-hoc au indicat îmbunătățiri la nivelul competențelor parentale (*cunoaștere, suport afectiv, managementul stresului, managementul crizelor, relația de coparentalitate*), dinamica determinând impactul intervenției psihologice în dezvoltarea și funcționarea copilului și a sistemului familial.

Recomandări pentru implementare:

Informațiile teoretice și empirice, conținute de prezenta lucrare pot fi incluse în ghiduri metodologice și ghiduri de bună practică destinate practicienilor din domeniu, sau pot fi utilizate în cadrul cursurilor de formare continuă sau de specializare destinate psihologilor.

Metodele și tehnicile psihologice pot fi utilizate de către specialiștii din domeniul psihologiei, din cabinetele individuale și centrele de evaluare psihologică, dar și din cadrul autorităților protecției copilului, în cazuistica de evaluare și intervenție asupra copilului cu părinți divorțați sau în alte problematice identificate, prin adaptarea acestora la nevoile și particularitățile

individuale ale copilului și părinților.

Având în vedere abordarea complexă a cercetării cu privire la identificarea predispozițiilor la tulburările de personalitate și a celor emoționale ale copilului și analiza competențelor parentale și a relației de coparentalitate dintre cei doi părinți, metodologia utilizată poate fi aplicată și în cadrul demersului de expertiză psihologică realizat în contextul juridic al divorțului, cu privire la stabilirea domiciliului minorului la părintele rezident și la dimensionarea programului de relații personale ale părintelui nerezident.

Programul de intervenție psihologică poate fi implementat și consolidat de către psihologii specialiști în vederea ameliorării tulburărilor copiilor care destabilizează funcționalitatea acestora și la alte grupe de vârstă, cu adaptarea corespunzătoare a metodologiei aplicate.

Se recomandă utilizarea informațiilor teoretice și practice pentru organizarea și desfășurarea unor programe de psihoeducație și informare a părinților în vederea conștientizării impactului și a consecințelor divorțului asupra copiilor, pentru prevenirea sau diminuarea efectelor separării.

Sugestii pentru cercetări viitoare:

Având în vedere faptul că lucrarea de față abordează cercetarea comparativă pentru preadolescenții și părinții rezidenți ai acestora, aflați în evidența Centrului de Consiliere din cadrul D.G.A.S.P.C., se recomandă și alte direcții viitoare:

- investigarea predispozițiilor la tulburările de personalitate și a tulburărilor emoționale pentru alte grupe de vârstă, de exemplu, pentru copilăria mică sau pentru adolescenți;
- investigarea consecințelor divorțului parental care să evidențieze impactul și caracteristicile specifice diferențiate pe genul copiilor;
- organizarea unei cercetări experimentale pentru aceleași problematici dar pe eșantion de subiecți care să nu aibă calitatea de beneficiar în cadrul instituției D.G.A.S.P.C.;
- implicarea în cercetare a părintelui nerezident;
- investigarea tulburărilor copiilor în relație cu alte medii, cum ar fi mediul școlar;
- investigarea impactului tulburărilor de personalitate și a celor emoționale generate de divorțul părinților, în dezvoltarea copilului, pe termen lung, prin cercetări longitudinale.

BIBLIOGRAFIE

1. BARKLEY, R. A., KÁLLAY, E., PORUMB, M. *Copilul dificil: manualul terapeutului pentru evaluare și pentru trainingul părinților*. Cluj: ASCR [Asociația de Științe Cognitive din România], 2009. ISBN: 978-973-7973-64-1
2. BIOLLEY, J. *Copilul și divorțul*. București: Editura Philobia, 2014. ISBN: 978-606-8560-19-9
3. BRICEAG, Silvia. Stima de sine la adolescenții din familii monoparentale. În: *Simpozionul național Kreatikon: Creativitate și inovare – premise ale excelenței în educație*, Ediția a XIV-a Iasi, Ed. PIM, 2018. pp. 70-77. ISSN: 2559-0782 ISSN-L: 2559-0782
4. BRICEAG, Silvia, PUȘCA, Cătălina. Strategii de consiliere psihologică a familiei în situații speciale de criză. În: *Structura și dinamica personalității umane în epoca globalizării: perspective psiho-socio-pedagogice*: Materialele conf. șt. intern. 26 mai 2017. Bălți, pp. 32-43. ISBN 978-9975-50-205-4
5. BRICEAG, Silvia. Terapia relațiilor deficitare în cuplul mamă - preadolescent(ă). In: *Volum rezumate, Simpozionul Național Kreatikon: creativitate – formare – Performanță. Ediția a XIX-a Iasi*, 2024. pp. 29- 30. ISSN 2068 – 1372
6. CRETU, T. *Psihologia vârstelor*. București: Ed. Elefant Online, 2016. ISBN: 9789734660087
7. DANIEL, D. *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente. Ediția a II-a*. București: Elefant Online, 2016. ISBN: 9789736819179
8. DICU A. Experiența coparentalității în spațiul disociat al copilului cu părinții despărțiți. În: *Materialele Conferinței științifice ”Conexiuni virtuale în psihoterapie și dezvoltare personală. Restructurare și autotransformare”*, 09.12.2020, București, România, vol. X, p. 53-54. ISSN 2886 – 3737
9. DICU A. Tehnici expresiv-creative în programul de intervenție psihologică la copiii cu părinții divorțați. În: *Materialele conferinței științifice ”Căi de a fi împreună în procesul schimbării. Psihoterapia între realitate și dorință”*, 13.12.2022, București, România, vol. XI, p. 45-46. ISSN 2286 – 3737
10. DICU, A. Efectele dezvoltării abilităților parentale asupra dificultăților emoționale și de personalitate ale copiilor cu părinții divorțați. În: *Materialele conferinței științifice „Aici și acum privind spre viitor: tranziții terapeutice, integrare și dezvoltare”*, 11.12.2023, București, România, vol. XIII, p. 53-54. ISSN 2286 – 3737
11. DIȚA, M., VÎRLAN, M. Autocontrolul, stabilitatea emoțională și comportamentul la preadolescenți. *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*, 2014, 34: 1-7. ISSN 1857-0224. ISSN-e 1857-4432
12. DOBRESCU, I. *Copilul neascultător, agitat și neatent*. București: Ed. Infomedica, 2005. p.87-

95. ISBN: 973-7912-46-2

13. DOLTO, F., et al. *Când părinții se despart: cum să prevenim suferințele copiilor*. București: Editura Trei, 2016. ISBN: 9789737071217

14. DRUGAȘ, I. *Dezvoltare emoțională. Colecție de materiale terapeutice pentru dezvoltare emoțională*. București: Editura Metropolis, 2011. ISBN: 973197598-5

15. EVERETT, C., EVERETT, S. V. *Divorțul sănătos—14 etape ale separării, divorțului și recăsătoririi*. București: Editura Pentru părinți și copii. ISBN: 978-973-707-229-0

16. FRASER, N., et al. Divorț transatlantic. In: *Lettre Internationale—Ediția română*, 2002, vol. 44, p. 14-20. [citată 15.10.2022]. ISBN 978-9975-180-89-4 Disponibil: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=194514>

17. FRIEDBERG, R. D., MCCLURE, J. M., GARCIA, J. H. *Tehnici de terapie cognitivă pentru copii și adolescenți: instrumente pentru optimizarea practicii clinice*. Cluj-Napoca: Editura ASCR, 2013. ISBN: 978-606-977-091-7

18. GLĂVEANU, S. *Competența parentală: modele de conceptualizare și diagnoză: (Parental Competence Questionnaire)*. București: Editura Universitară, 2012. ISBN: 978-606-591-472-8

19. GODEANU, A.S. *Manual de psihologia cuplului și a familiei*. București: Editura SPER, 2015. ISBN: 2000000933085

20. GONȚA, V., et al. Criza cunoașterii de sine. În: *Psihologie, Revistă științifico-practică*, 2021, vol. 39.2, p. 66-74. [citată 15.10.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.46728/pspj.2021.v39.i2.p66-74>

21. GONȚA, V., GODOROJA, O. Impactul imaginii de sine în manifestarea sentimentului de gelozie la tineri. În: *Psihologie, revista științifico-practică*, 2010, vol. 3, p. 21-30. ISSN 1857-2502 /ISSNe 2537-6276 [citată 12.10.2022] Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/17170

22. INSSE, Institutul Național de Statistică, *Evenimente demografice*, 2021, 63 - 64 p., [citată 21.10.2022] Disp: https://insse.ro/cms/sites/default/files/publicatii/evenimente_demografice

23. I.N.S. Biroul Național de Statistică. *Nupțialitatea și divorțialitatea*, [citată 15.10.2022] Disponibil: https://statistica.gov.md/ro/situatia-demografica-in-anul-2021-9696_59440.html.

24. IONESCU, B. *Exercitarea autorității părintești după divorț*. București: Universul Juridic, 2012. ISBN 978-973-127-776-9

25. IONESCU, Ș. *Tratat de reziliență asistată*. București: Ed. Trei, 2013. 430-434. ISBN: 978-973-707-737-0

26. LANDRETH, G. *Terapia prin joc. Artă relaționării*. București: For You. 2017. 389 p. ISBN: 9786066391511

27. MARC, G. *Abuzul la copii diagnoză și intervenție terapeutică*. București: Editura SPER, 2015.

ISBN: 978-606-8429-48-9

28. MARCELLI, D., et al. *Tratat de psihopatologia copilului*. București: Editura Fundației Generația, 2003, p. 633. ISBN: 9789738637702
29. MATRAN, T., VÎRLAN, M. Prevenirea violenței școlare-condiție pentru securitatea psihologică a copiilor. În: *Aspecte psihosociale ale securității psihologice și manifestările ei în plan social la copii*. 2021. p. 234-241. ISBN 978-9975-46-564-9. [citat 18.10.2021] Disponibil: https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/154258
30. MITROFAN, I. *Psihoterapie. Repere teoretice, metodologice și applicative*. București: Editura Alma Mater, 2008. ISBN 606-8429-67-0
31. MURARIU, D., GONȚA, V. Influența motricității și a psihomotricității asupra psihodinamicii neurocerebrale la copii și adolescenți. În: *Psihologie, revista științifico-practică*, 2014, 1-2: 35-44. ISSN 1857-2502 /ISSNe 2537-6276
32. NEDELCEA, C., DUMITRU, P. *Optimizarea comportamentului profesional: între educație și psihoterapie*. București: SPER, 1999. ISBN/Cod: 973-99221-1-2
33. NICOARĂ, R. D.; STERIAN, M. Expertiza psihologică a copilului abuzat-studiu de caz. In: *Psihiatru. ro*, 2020, vol. 60(1), p. 44-51 [citat 18.10.2021] Disponibil: [DOI: 10.26416/Psih.60.1.2020.3107](https://doi.org/10.26416/Psih.60.1.2020.3107)
34. OAKLANDER, V. *Ferestre către copiii noștri. Gestalt-terapie pentru copii și adolescenți*, București: Herald, 2013. ISBN: 9789731113869
35. OLĂRESCU, V. Asistența psihologică pentru educarea relațiilor tolerante în familie. În: *Revista Psihopedagogia copilului*. București: Adventus, 2013. pp. 241-249, ISSN: 1583-2783, p.250
36. OLĂRESCU, V. Consilierea psihologică a familiei ce determină comportamentul deviant al copiilor, În: *Revista Psihopedagogia copilului*. București: Adventus, 2013 pp. 229-241, ISSN: 1583-2783, p.250
37. OLĂRESCU, V. Educarea atitudinii tolerante între membrii familiei – determinantă a incluziunii socio-educative. În: *Culegere de articole*, Coord A.Racu ”Integrarea persoanelor cu dizabilități: percepții și bariere, pp.70-77, edit Pontos, ISBN: 978-9975-51-613-6
38. OLĂRESCU, V. Mediul familial și conjunctura motivațională a personalității. În: *Materialele Conferinței științifice internaționale „Personalitatea integrală - un deziderat al educației moderne”*, 2010 ISE pp. 127-129 CD, ISBN 978-9975-4152-4-8
39. OLĂRESCU, V., DICU, A. Particularități ale tulburărilor de personalitate la preadolescenții care provin din familiile divorțate. În: *Journal of Psychology*, vol. 70, nr. 1, p. 5-12, București, România, 2024. ISSN: 0034-8759, eISSN: 2344-4665

40. OLĂRESCU, V., DICU, A. Opțiunea părinților divorțați asupra funcționării specifice a personalității propriului copil. În: *Univers Pedagogic*, nr. 1(81), p. 96-103, 2024. ISSN 1811- 5470
41. OLĂRESCU, V., DUMITRIU, G. Impactul psiho-social al divorțului în familia tipică vs. familia copilului cu dizabilități, În: *Revista Psihologie, Pedagogie specială, Asistența socială*, Chișinău, 2016, nr 3, pp 89-99, ISSN 1857-0224.
42. OLĂRESCU, V., VELEANOVICI, A. *Tulburări emoționale la copii aflați în situație de abuz și neglijare*. Chișinău, 2016, 255p. ISBN 978-9975-3040-0-9.
43. OLĂRESCU, V., DUMITRIU, C. G. Impactul psiho-social al divorțului în familia tipică vs. familia copilului cu dizabilități. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*, 2016, nr. 2 (43), pp 89-98. ISSN 1857-0224 /ISSNe 1857-4432
44. PAPALIA, D. E., et al. *Dezvoltarea umană*. București: Editura Trei, 2010, 322-330. ISBN: 978-973-707-414-0
45. PIVNICERU, M. M.; LUCA, C. *Interesul superior al copilului: expertiza psihologică în caz de separarea/divorțul părinților*. București: Editura Hamangiu, 2016. ISBN: 978-606-27-0727-9
46. RACU, Ig., RACU, Iu. Contextul familial și anxietatea în preadolescență. În: *Materialele Conferinței „Pladoarie pentru educație–cheia creativității și inovării”*, 1-2 noiembrie 2011, Chișinău, p. 73-75. ISBN 978-9975-56-010-8.
47. RACU, J. Familia ca sursă de anxietate în preadolescență. În: *Integrare prin cercetare și inovare*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2016. p. 21-24. ISBN 978-9975-71-818-9.
48. RACU, J., RACU, Iu. Personalitatea preadolescentului anxios. În: *Studia Universitatis Moldaviae (Seriă Științe ale Educației)*, 2014, vol.75(5), p.111-120. ISSN 1857-2103.
49. RAPEE, R. M., et al. *Tratamentul anxietății la copii și adolescenți: o abordare fundamentată științific*. Cluj-Napoca: ASCR [Asociația de Științe Cognitive din România], 2009. ISBN 978-606-977-049-8
50. SACARA, L., IACOB, L. Dinamica structurilor axiologice la adolescent. În: *Psihologie Socială*, 2002, nr. 10, p. 52-77. ISSN 1454-5667
51. SATIR, V., CONSTANTINESCU, C. *Terapia familiei*. București: Editura Trei, 2011. ISBN: 978-973-707-482-9
52. STANCU, I. *Mecanismele intimității în relația de cuplu*. București: Editura SPER, 2011. ISBN: 978-973-8383-87-6
53. TOIA, M., HAHEU-MUNTEANU, E. Influențe sociale și familiale în dezvoltarea copilului. În: *Materialele Conferinței „Probleme ale științelor socioumanistice și modernizării învățământului”*, 8-9 octombrie 2020. Chișinău, p. 433-438. ISBN 978-9975-46-449-9
54. TREISMAN, K. *Instrumentar de tehnici terapeutice creative*. București: Editura Trei SRL,

2020. ISBN: 978-606-40-0725-4

55. VELEANOVICI, A, DUMITRIU, G. *Evaluare, expertiză, intervenție psihologică în situații de divorț*. București: Expert Psy. 2013. ISBN 978-606-94094-2-8

56. VERZA, E., VERZA, F. E. *Psihologia copilului*. București: Editura Trei, 2017. ISBN: 978-606-40-0237-2

57. VÎRLAN, M. *Abordări psihologice ale devianței comportamentale*. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, 2023. 138 p. ISBN: 978-9975-46-734-6

58. VÎRLAN, M. Dinamica relațiilor părinți–preadolescenți. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*, 2009, vol. 14, p. 26-30. ISSN 2537-6276

59. VÎRLAN, M., BACIU, T. Locusul controlului și influența lui asupra generării comportamentului agresiv al preadolescenților. În: *Revistă de științe socioumane*, 2009, vol. 11.1, p. 41-46. ISSN 1857-0119

60. VÎRLAN, M., BEJENARI, M. Factorii adaptării preadolescenților la treapta gimnazială. În: *Psihologie, revista științifico-practică*, 2009, vol. 2, p. 13-22. ISSN 1857-2502.

61. VÎRLAN, M., FRUNZE, O. Copilul–victimă crizei din familiile contemporane. În: *Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială*, 2012, vol. 29, p. 40-46. ISSN 1857-0224

62. VÎRLAN, M., ȚURCAN, C. Relația dintre imaginea de sine a adolescenților și relațiile lor interpersonale cu părinții și semenii. În: *Psihologie, revista științifico-practică*, 2011, vol. 4, p. 17-23. ISSN 1857-2502.

63. VISU-PETRA, G., BUTA, M., VISU-PETRA, L. *Psihologia copilului în context judiciar. Fenomene teoretice și aplicative*. București: 2016. ISBN 978-606-977-001-6

64. VLADISLAV, E. O. *Ghid aplicativ de evaluare clinică a copiilor și adolescenților*. București: SPER, 2015. ISBN: 2000000933047

65. VRĂȘMAȘ, E. *Consilierea și educația părinților*. București: Editura Aramis, 2002. P.26-30. ISBN: 9789738294746

66. WARSHAK, R. *Divorțul toxic: Educația copiilor când părinții se despart*. București: Elefant Online, 2017. ISBN: 978-973-46-6696-6

67. Wikipedia, Drepturile copilului ai cărui părinți sunt divorțați, [citată 19.05.2022] Disponibil: https://ro.wikipedia.org/wiki/Drepturile_copilului

68. Wikipedia, Relații personale cu minorul, [citată 19.05.2022] Disponibil: https://ro.wikipedia.org/wiki/Relatii_personale_cu_minorul

69. ALLPORT, G. W. Structure and personality development. București: *Didactic and Pedagogic*, 1991. p. 69-78. ISBN: 973-30-1151-7

70. ALPERT-GILLIS, L. J., PEDRO-CARROLL, J. L., COWEN, E. L. The Children of Divorce Intervention Program: Development, implementation, and evaluation of a program for young urban children. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, vol. 57(5), p.583. [citat 05.10.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.57.5.583>
71. ALTENHOFEN, S., BIRINGEN, Z., MERGLER, R. Significant family dynamics related to postdivorce adjustment in parents and children. In: *Journal of Divorce & Remarriage*, 2008, vol. 49(1-2), p.25-40. [citat 18.10.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/10502550801971280>
72. ALVARENGA, P. G., et al. Obsessive–compulsive symptoms are associated with psychiatric comorbidities, behavioral and clinical problems: a population-based study of Brazilian school children. In: *European child & adolescent psychiatry*, 2016, vol. 25, p.175-182. [citat 15.10.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0723-3>
73. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSMTF, et al. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American psychiatric association, 2013, p 716. ISBN-13: 9780890425558
74. ANDERSON, S.R., Anderson S.A., Palmer K.L., Mutchler M.S., Baker L.K. Defining high conflict. In: *The American Journal of Family Therapy*. 2010 vol. 39(1), p.11-27. [citat 18.03.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/01926187.2010.530194>
75. APA, Asociación Psiquiátrica Americana. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. In: *The American Psychiatric Association*, 2013. ISBN: 978-0-8261-8399-6
76. ARENDELL, T. Co-Parenting: A Review of the Literature. 1996, 59. [citat 24.10.2020] Disponibil: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED454975.pdf>
77. AUSTIN, W. G. Parental gatekeeping in custody disputes: Mutual parental support in divorce. In: *American Journal of Family Law*, 2011, vol. 25.4, p. 148-153. [citat 11.06.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/fcre.12045>
78. BAKER, J. L., ANDRE, K. C. *Getting Through My Parents' Divorce: A Workbook for Children Coping with Divorce, Parental Alienation, and Loyalty Conflicts*. New Harbinger Publications, 2015. ISBN: 9781626251373
79. BAKER, A. J. L., FINE, P. R. *Co-parenting with a toxic ex: What to do when your ex-spouse tries to turn the kids against you*. New Harbinger Publications, 2014. ISBN: 9781608829583
80. BANDELOW, B., et al. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. In: *Comprehensive psychiatry*, 2002, vol. 43.4, p.269-278. [citat 11.06.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.07.008>
81. BARBER, B. L., DEMO, D. H. The kids are alright (at least, most of them): Links between divorce and dissolution and child well-being. In: *Handbook of divorce and relationship*

dissolution. Psychology Press, 2013. p. 305-328. ISBN: 9781315820880

82. BARDEN, R. C. Protecting the integrity of the family law system: Multidisciplinary processes and family law reform. *Parental alienation: The handbook for mental health and legal professionals*, 2013, p.263-291. ISBN: 978-0-398-08881-1

83. BAUMRIND, D. Effective Parenting during the early adolescent transition In: *PA Cowan & EM Hetherington (Eds.), Family transitions*. 1998, vol. 2, p.111-163. ISBN: 9780203772393 [citat 06.09.2021] Disponibil: <https://www.sciepub.com/reference/249781>

84. BAXTER, J., WESTON, R., QU, L. Family structure, co-parental relationship quality, post-separation paternal involvement and children's emotional wellbeing. In: *Journal of Family Studies*, 2011, vol. 17.2, p. 86-109. [citat 05.09.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.5172/jfs.2011.17.2.86>

85. BECKMEYER, J. J., COLEMAN, M., GANONG, L. H. Postdivorce coparenting typologies and children's adjustment. In: *Family Relations*, 2014, vol. 63.4, p. 526-537. [citat 15.10.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/fare.12086>

86. BERENBAUM, H., et al. Affective instability, family history of mood disorders, and neurodevelopmental disturbance. In: *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2011, vol. 2.3, p. 220. [citat 06.06.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1037/a0022317>

87. BERNSTEIN, D. P., et al. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. In: *The American journal of psychiatry*, 1993, 150.8: p.1237-1243. ISSN: 0002-953X

88. BIRMAHER, B., et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2007, vol. 46.11: p.1503-1526. [citat 16.08.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318145ae1c>

89. BLOCK, J. H., BLOCK, J., GJERDE, P. F. The personality of children prior to divorce: A prospective study. In: *Child development*, 1986, vol. 22(5), p. 827-840. [citat 13.11.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.2307/1130360>

90. BOHANNAN, P. *Divorce and after*. Michigan: Anchor Book. 1971. ISBN: 978-0385073974

91. BOHANNAN, P., HUCKLEBERRY, K. Institutions of divorce, family, and the law. In: *Law and Society Review*, 1967, vol. 11, p. 81-102. [citat 29.03.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.2307/3052935>

92. BORBELY, Ch. J., et al. Sixth graders' conflict resolution in role plays with a peer, parent, and teacher. In: *Journal of Youth and Adolescence*, 2005, vol. 34, p. 279-291. [citat 22.04.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s10964-005-5751-8>

93. BORNSTEIN, M. H., TAMIS-LEMONDA, C. S. Maternal responsiveness and infant mental abilities: Specific predictive relations. In: *Infant Behavior and Development*, 1997, vol. 20.3: 283-296. [citat 14.04.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00313>
94. BOUCHER, M. È. *Relation mère-fille dans le trouble de personnalité borderline: Recension systématique des écrits et analyse phénoménologique interprétative de dyades dont la fille adulte présente un trouble borderline*. 2017. PhD Thesis. Université de Montréal. [citat 19.03.2021] Disponibil: <https://hdl.handle.net/1866/20613>
95. BRIANDA, M. E., ROSKAM, I., MIKOLAJCZAK, M. *Comment traiter le burn out parental?: Manuel d'intervention clinique*. Belgique: De Boeck Supérieur, 2019, p.133-136. ISBN: 978-2807326804
96. BROWN, J., et al. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. In: *Child abuse & neglect*, 1998, no. 22.11, p.1065-1078. [citat 14.03.2021] Disponibil: [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00087-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00087-8)
97. BUSH, J. E., EHRENBERG, M. F. Young persons' perspectives on the influence of family transitions on sibling relationships: A qualitative exploration. In: *Journal of Divorce & Remarriage*, 2003, no. 39.3-4: p. 1-35. [citat 10.02.2022] Disponibil: https://doi.org/10.1300/J087v39n03_01
98. CARRION, V. G., WEEMS, C. F., REISS, A. L. Stress predicts brain changes in children: a pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus. In: *Pediatrics*, 2007, no. 119.3, p.509-516. [citat 18.10.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2028>
99. CAZAN, A. M., TRUȚĂ, C., PAVALACHE-ILIE, M. The Work-Life Conflict and Satisfaction with Life: Correlates and the Mediating Role of the Work-Family Conflict. In: *Romanian Journal of Psychology*, 2019, no. 21.1, p.33-41. [citat 22.10.2022] Disponibil: [doi: 10.24913/rjap.21.1.02](https://doi.org/10.24913/rjap.21.1.02)
100. CHOI, H., MARKS, N. F. Marital conflict, depressive symptoms, and functional impairment. In: *Journal of Marriage and Family*, 2008, vol. 70.2, p.377-390. [citat 06.09.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00488.x>
101. CICCETTI, D., et al. Development and psychopathology: Lessons from the study of maltreated children. In: *Constructivist perspectives on developmental psychopathology and atypical development*. Psychology Press, 2013, no. 42, p. 69-102. ISBN: 9780203771761
102. CICCETTI, D., CRICK, N. R. Precursors and diverse pathways to personality disorder in children and adolescents. In: *Development and Psychopathology*, 2009, vol. 21.3, p. 683-685.

[citat 14.09.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1017/S0954579409000388>

103. COHEN, P., BROOK, J. Family factors related to the persistence of psychopathology in childhood and adolescence. In: *Psychiatry*, 1987, no. 50.4, p. 332-345. [citat 26.04.2020]

Disponibil: <https://doi.org/10.1080/00332747.1987.11024365>

104. COLLINS, W. A., MADSEN, S. D. *Parenting during middle childhood. Handbook of parenting*. New Jersey: Routledge, 2019. p. 81-110. eISBN: 9780429440847

105. CUCU-CIUHAN, G., ILIESCU, D. Depression and learning problems in children: Executive function impairments and inattention as mediators. In: *Acta psychologica*, 2021, no. 220, p.103-111. [citat 15.10.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2021.103420>

106. CUCU-CIUHAN, G. Relationship between permissive parenting style and atypical behaviour in preschool children, with generalized anxiety as mediator. In: *Early Child Development and Care*, 2021, vol. 22, p.1-9. [citat 15.10.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/03004430.2021.2017908>

107. CUCU-CIUHAN, G. Emotion focused therapy in posttraumatic stress disorder: a clinical case. In: *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2015, no. 205, p.13-17. [citat 15.10.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.09.005>

108. CUCU-CIUHAN, G. Using Experiential Metaphors in Assessing Self-Image in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. In: *Journal of Experiential Psychotherapy/Revista de PSIHOterapie Experientiala*, 2018, vvol. 21.3, p. 28-37. [citat 15.10.2022] Disponibil: <https://www.researchgate.net/publication/327344776>

109. CUCU-CIUHAN, G., DĂNCIULESCU, A. V. Depression in Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Aggressive Behavior and Impairments in Peer Relationships as Predictors. In: *Journal of Experiential Psychotherapy/Revista de PSIHOterapie Experientiala*, 2019, vol. 22.1, p. 63-81. [citat 15.10.2022] Disponibil: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032797001274>

110. CUCU-CIUHAN, G., DUMITRU, I. E. Unconditional Self-Acceptance, Functional and Dysfunctional Negative Emotions, and Self-Esteem as Predictors for Depression in Adolescents. In: *Journal of Experiential Psychotherapy*, 2017, vol. 20 no. 4, p.30-38. [citat 15.10.2022]Disponibil:

https://scholar.google.com/scholar?hl=ro&as_sdt=0%2C5&q=cucuUnconditional+SelfAcceptance%2C+Functional+and+Dysfunctional+Negative+Emotions

111. CUCU-CIUHAN, G., SARARU, A. M. Anger management difficulties of children with Oppositional Defiant Disorder: clinical evaluation protocol and experiential psychotherapy guidelines. In: *Journal of Experiential Psychotherapy*, 2017, 20.3: 79. [citat 15.10.2022]

Disponibil: <https://www.researchgate.net/publication/320834058>

112. CUCU-CIUHAN, G., VASILE, A. S. Efficiency of experiential psychotherapy in the treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder. In: *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2010, vol. 5, p.920-925. [citat 15.10.2022] Disponibil: <https://www.researchgate.net/publication/222516843>

113. DAVIDSON, R. D., O'HARA, K. L., BECK, C. JA. Psychological and biological processes in children associated with high conflict parental divorce. In: *Juvenile and Family Court Journal*, 2014, vol. 65 1, p.29-44.[citat 03.05.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/jfcj.12015>

114. DAVIES, P. T., et al. Adrenocortical underpinnings of children's psychological reactivity to interparental conflict. In: *Child Development*, 2008, vol.79.6, p.1693-1706. [citat 06.09.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01219.x>

115. DAVIES, P. T., CUMMINGS, E. M. Exploring children's emotional security as a mediator of the link between marital relations and child adjustment. In: *Child development*, 1998, vol.69, p.124-139. [citat 04.10.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06138.x>

116. DeROBERTIS, E. M. Winnicott, Kohut, and the developmental context of well-being. In: *The humanistic psychologist*, 2010, vol. 38(4), p. 336-354. [citat 06.09.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/08873267.2010.519977>

117. **DICU, A.** Effects of parenting skills development on emotional and personality difficulties of children with divorced parents. În: *Journal of Experiential Psychotherapy*, vol. 26, no. 2 (100), 2023, p. 12-25. ISSN: 1453-634X, eISSN: 2359-7607

118. **DICU A.** The family environment of children with divorced parents and their emotional disturbances În: *Anthropological Researches and Studies*, vol. 14/2024, p. 2. ISSN: 2360-3445; ISSN-L: 2360-3445

119. DOERFLER, L. A., et al. Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 2007, no. 38, p. 57-71. [citat 12.09.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s10578-006-0042-5>

120. D'ONOFRIO, B., EMERY, R. Parental divorce or separation and children's mental health. In: *World Psychiatry*, 2019, vol. 18, no. 1, p. 100. [citat 10.03.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1002/wps.20590>

121. EIRA NUNES, C., et al. Co-parenting programs: A systematic review and meta-analysis. In: *Family Relations*, 2021, 70.3: 759-776. [citat 11.10.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/fare.12438>

122. ELLIS, E. M., BOYAN, S. Intervention strategies for parent coordinators in parental alienation cases. In: *The American Journal of Family Therapy*, 2010, vol. 38.3, p. 218-236. [citat

- 14.10.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/01926181003757074>
123. EL-SHEIKH, M., et al. Children's internalizing symptoms: The role of interactions between cortisol and respiratory sinus arrhythmia. In: *Physiology & behavior*, 2011, 103.2: 225-232. [citat 02.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.02.004>
124. EL-SHEIKH, M. Children's emotional and physiological responses to interadult angry behavior: The role of history of interparental hostility. In: *Journal of abnormal child psychology*, 1994, vol. 22, p. 661-678. [citat 02.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1007/BF02171994>
125. EL-SHEIKH, M., HARGER, J., WHITSON, S. M. Exposure to interparental conflict and children's adjustment and physical health: The moderating role of vagal tone. In: *Child development*, 2001, vol. 72.6, p.1617-1636. [citat 22.04.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00369>
126. EL-SHEIKH, M., WHITSON, S. A. Longitudinal relations between marital conflict and child adjustment: vagal regulation as a protective factor. In: *Journal of Family Psychology*, 2006, vol. 20.1, p. 30. [citat 12.04.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.30>
127. EMERY, R. E. *Two homes, one childhood: A parenting plan to last a lifetime*. București: Penguin, 2016. ISBN: 9781594634154
128. EVERETT, C. *Children of divorce: Developmental and clinical issues*. London: Routledge, 2014, 330-331. ISBN: 0-86656-886-7
129. FABER, A. J., WITTENBORN, A. K. The role of attachment in children's adjustment to divorce and remarriage. In: *Journal of Family Psychotherapy*, 2010, vol. 21.2, p. 89-104. [citat 11.02.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/08975353.2010.483625>
130. FAUBER, R., et al. A mediational model of the impact of marital conflict on adolescent adjustment in intact and divorced families: The role of disrupted parenting. In: *Child development*, 1990, vol. 61.4, p. 1112-1123. [citat 12.04.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1990.tb02845.x>
131. FEINBERG, M. E. Coparenting and the transition to parenthood: A framework for prevention. In: *Clinical child and family psychology review*, 2002, no. 5, p.173-195. [citat 11.04.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1023/A:1019695015110>
132. FEINBERG, M. E. The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. In: *Parenting: science and practice*, 2003, 3.2: 95-131. [citat 02.02.2021] Disponibil: https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01
133. FERIANTE, J., BERNSTEIN, B. Separation anxiety. University of Massachusetts Chan Medical School. In: *Journal of eScience Librarianship*, 2020, no. 12(3). ISSN: 3280-9628 [citat 02.04.2021] Disponibil: <https://books.google.ro/books? =bernstein+separation+anxiety>

134. FIELD, A. *Discovering Statistics Using SPSS (5th Ed)*, London: Sage Publication, 2019. ISBN-13. 978-1526419521
135. FILLIOZAT, I. *Au coeur des émotions de l'enfant: comprendre son langage, ses rires et ses pleurs*. Paris: JC Lattès, 2014. ISBN: 9782501033930
136. FILLIOZAT, I. *Fais-toi confiance*. Paris: JC Lattès, 2005. ISBN: 9782501135658
137. FILLIOZAT, I. *Mundo Emocional del Nino*. Madrid: Oniro, 2001. ISBN: 9788497545532
138. FLECK, L., et al. Maternal bonding impairment predicts personality disorder features in adolescence: The moderating role of child temperament and sex. In: *Personality disorders: theory, research, and treatment*, 2021, vol. 12.5, p.475. [citat 02.02.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1037/per0000433>
139. FORTUNATO, A., et al. Personality disorders in childhood: validity of the Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children. In: *International journal of environmental research and public health*, 2022, vol.19.7, p. 41-50. [citat 02.10.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.3390/ijerph19074050>
140. FREELAND, C. AB, TONER, J. B., MCDONNELL, J. *What to do when fear interferes: a kid's guide to overcoming phobias*. Cleveland: American Psychological Association, 2021. ISBN: 9786067196689
141. FREY, D., CARLOCK, C. J. *Practical techniques for enhancing self-esteem*. London: Routledge, 2013. ISBN: 9780203767818
142. GOEKE-MOREY, M. C., CUMMINGS, E. M., PAPP, L. M. Children and marital conflict resolution: implications for emotional security and adjustment. In: *Journal of Family Psychology*, 2007, vol. 21.4, p. 744. eISBN: 9781315648514 [citat 16.05.2020] Disponibil: <https://psycnet.apa.org/record/2007-18728-020>
143. GUARINO, A., et al. *Parenting Stress Index–Fourth Edition (PSI-4)*. Florida: Par, 2016. ISBN 978-88-09-99490-4
144. HEDGES, H., GIBBS, C. Preparation for teacher-parent partnerships: A practical experience with a family. In: *Journal of Early Childhood Teacher Education*, 2005, vol.26.2, p. 115-126. [citat 16.05.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/10901020590955770>
145. HETHERINGTON, E. M. The influence of conflict, marital problem solving and parenting on children's adjustment in nondivorced, divorced and remarried families. In: *Families count: Effects on child and adolescent development*, 2006, vol. 115, p.203-237. [citat 05.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511616259.010>
146. HETHERINGTON, M. E., KELLY, John. *For better or for worse: Divorce reconsidered*. WW Norton & Company, 2003. p.102-129. [citat 11.09.2020] Disponibil:

[doi: 10.2143/INT.8.2.2004434](https://doi.org/10.2143/INT.8.2.2004434)

147. HOJAT, M., ZUCKERMAN, M. Personality and specialty interest in medical students. In: *Medical teacher*, 2008, vol. 30.4, p.400-406. [citat 05.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/01421590802043835>
148. HOSEINI YAZDI, S. A., et al. Effectiveness of Children of Divorce Intervention Program (CODIP) on externalized and internalized problems in children of divorce. In: *Journal of Family Psychology*, 2021, vol. 2.1, p. 3-14. ISSN: 2423-4060
149. HUEBNER, D. *Facing Mighty Fears About Making Mistakes*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2023. ISBN: 9781839974663
150. HUEBNER, D. *The Sibling Survival Guide: Surefire Ways to Solve Conflicts, Reduce Rivalry, and Have More Fun with Your Brothers and Sisters*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2021. ISBN: 9781787754911
151. HUEBNER, D. *What to do when you grumble too much: A kid's guide to overcoming negativity*. Washington: American Psychological Association, 2022. ISBN: 978-606-719-178-3
152. HUEBNER, D. *What to do when you worry too much: A kid's guide to overcoming anxiety*. Washington: American Psychological Association, 2021. ISBN: 9781591474500
153. HUEBNER, D. *What to do when your temper flares: A kid's guide to overcoming problems with anger*. Washington: American Psychological Association, 2021. ISBN: 9781433801341
154. IBRAHIM, J., COSGRAVE, N., WOOLGAR, M. Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. In: *Clinical child psychology and psychiatry*, 2018, vol. 23.1, p.57-76. [citat 11.09.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1177/1359104517712778>
155. JOHNSON, J.G., COHEN, P., BROWN, J., SMAILES, E.M., BERNSTEIN, D.P. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. In: *Archives of general psychiatry*. 1999, vol. 56(7), p.600-612. [citat 11.09.2020] Disponibil: [doi:10.1001/archpsyc.56.7.600](https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.600)
156. KASEN, S., et al. A multiple-risk interaction model: Effects of temperament and divorce on psychiatric disorders in children. In: *Journal of abnormal child psychology*, 1996, no. 24, p.121-150. [citat 14.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1007/BF01441481>
157. KEARNEY, C. A., et al. Separation anxiety disorder in young children: A longitudinal and family analysis. In: *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2003, vol. 32.4, p.593-598. [citat 11.09.2020] Disponibil: https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3204_12
158. KEETON, C. P., KOLOS, A. C., WALKUP, J. T. Pediatric generalized anxiety disorder: epidemiology, diagnosis, and management. In: *Pediatric Drugs*, 2009, 11: 171-183. [citat

- 13.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.2165/00148581-200911030-00003>
159. KEINÄNEN, M. T., et al. A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder. In: *Psychoanalytic Psychotherapy*, 2012, vol. 26.1, p.65-91. [citat 11.09.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/02668734.2011.652659>
160. KESSLER, R. C., et al. The prevalence and correlates of nonaffective psychosis in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). In: *Biological psychiatry*, 2005, vol. 58.8, p.668-676. [citat 02.09.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.034>
161. KETOLA, S., et al. Somatoform disorders in vertiginous children and adolescents. In: *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 2009, vol.73.7, p.933-936. [citat 06.04.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2009.03.010>
162. KIM-COHEN, J., et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. In: *Archives of general psychiatry*, 2003, vol.60.7, p.709-717. [citat 02.10.2020] Disponibil: [doi:10.1001/archpsyc.60.7.709](https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.7.709)
163. KLEINSORGE, C., COVITZ, L. M. Impact of divorce on children: developmental considerations. In: *Pediatrics in review*, 2012, 33.4: 147-155. [citat 09.09.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1542/pir.33-4-147>
164. KOSSOWSKY, J., et al. The separation anxiety hypothesis of panic disorder revisited: a meta-analysis. In: *American Journal of Psychiatry*, 2013, vol.170.7, p.768-781. [citat 09.10.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070893>
165. KURLANSIK, S. L., MAFFEI, M. S. Somatic symptom disorder. In: *American family physician*, 2016, vol. 93.1, p.49-54A. [citat 02.10.2020] Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26760840>
166. LAFRENIERE, P. A functionalist perspective on social anxiety and avoidant personality disorder. In: *Development and psychopathology*, 2009, vol. 21.4, p. 1065-1082. [citat 12.05.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1017/S0954579409990046>
167. LAMB, M. E., et al. (ed.). *Children's testimony: A handbook of psychological research and forensic practice*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2011. ISBN: 9781119998495
168. LAMELA, D., et al. Typologies of post-divorce coparenting and parental well-being, parenting quality and children's psychological adjustment. In: *Child Psychiatry & Human Development*, 2016, vol. 47, p.716-728. [citat 06.09.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0604-5>
169. LAMELA, D., FIGUEIREDO, B. Coparenting after marital dissolution and children's mental health: a systematic review. In: *Jornal de Pediatria*, 2016, vol. 92, p. 331-342. [citat 14.11.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.09.011>

170. LANGE, A. M.C., et al. Families in High-Conflict Divorces: Parent Outcomes of No Kids in the Middle. In: *Journal of Divorce & Remarriage*, 2023, vol. 34, p.1-16. [citat 02.10.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/10502556.2023.2210478>
171. LAPERRIERE, L., ELMARAGHY, H. A. Planning of products assembly and disassembly. *CIRP annals*, 1992, vol. 41.1, p.5-9. [citat 21.09.2020] Disponibil: [https://doi.org/10.1016/S0007-8506\(07\)61141-X](https://doi.org/10.1016/S0007-8506(07)61141-X)
172. LAPORTE, L., GUTTMAN, H. Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. In: *Journal of personality Disorders*. 1996, no.32, p.47-59. [citat 08.03.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1521/pedi.1996.10.3.247>
173. LAVALLEE, K., SCHNEIDER, S. *What to Do when You Don't Want to be Apart: A Kid's Guide to Overcoming Separation Anxiety*. Washington: American Psychological Association, 2021. ISBN: 978-606-40-0513-7
174. LENZENWEGER, M. F., WILLETT, J. B. Does change in temperament predict change in schizoid personality disorder? A methodological framework and illustration from the Longitudinal Study of Personality Disorders. In: *Development and psychopathology*, 2009, vol. 21.4, p. 1211-1231. [citat 11.05.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1017/S0954579409990125>
175. LYDDON, W. J., SHERRY, A. Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders. In: *Journal of Counseling & Development*, 2001, vol. 79.4, p.405-414. [citat 08.03.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01987.x>
176. MAERCKER, A., LORENZ, L. Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility. In: *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2018, no.19, S3-S13. [citat 09.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1449967>
177. MALAS, N., et al. Pediatric somatic symptom disorders. In: *Current Psychiatry Reports*, 2017, vol.19, p. 1-11. [citat 12.06.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0760-3>
178. MĂȚĂ, L., CLIPA, O. Inclusive Education and In-service Teachers' Attitudes. In: *Romanian Journal for Multidimensional Education/Revista Romaneasca pentru Educatie Multidimensionala*, 2020, no. 12.1, p. 14-19. ISSN: 2066-7329
179. MCCONNELL, M. C., KERIG, P. K. Assessing coparenting in families of school-age children: Validation of the Coparenting and Family Rating System. In: *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 2002, vol. 34.1, p. 44-47. [citat 03.04.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1037/h0087154>
180. MCHALE, J. P. When infants grow up in multiperson relationship systems. In: *Infant mental health journal*, 2007, vol. 28.4, p.370-392. [citat 17.04.2020] Disponibil:

<https://doi.org/10.1002/imhj.20142>

181. MCHALE, J. P., FIVAZ-DEPEURSINGE, E. Principles of effective co-parenting and its assessment in infancy and early childhood. In: *Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry*, 2010, no. 22, p.357-371. [citat 12.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1002/9780470660683.ch32>
182. MERVIELDE, I., DE FRUYT, F. *Hierarchical Personality Inventory for Children*. Cluj-Napoca: Sinapsia, 2016. ISBN 978-606.92504
183. MEYER, B. Personality and mood correlates of avoidant personality disorder. In: *Journal of personality disorders*, 2002, vol. 16.2, p.174-188. [citat 11.04.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1521/pedi.16.2.174.22546>
184. MILLON, Th., et al. *Personality disorders: Conceptual distinctions and classification issues*. Cluj-Napoca: Sinapsia, 2010. ISBN 978-606.92324
185. MOFFITT, T. E. Male antisocial behaviour in adolescence and beyond. In: *Nature human behaviour*, 2018, vol. 2.3, p.177-186. [citat 09.03.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0309-4>
186. MORAN, J. A., WEINSTOCK, D. K. Assessing parenting skills for family court. In: *Journal of Child Custody*, 2011, vol. 8.3, p.166-188. [citat 11.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/15379418.2011.594726>
187. MORGAN, T. A., CLARK, L. A. Passive-submissive and active-emotional trait dependency: Evidence for a two-factor model. In: *Journal of Personality*, 2010, vol. 78.4, p.1325-1352. [citat 14.06.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00652.x>
188. MURPHY, S. E., JACOBVITZ, D. B., HAZEN, N. L. What's so bad about competitive coparenting? Family-level predictors of children's externalizing symptoms. In: *Journal of Child and Family Studies*, 2016, vol. 25, p.1684-1690. [citat 02.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0321-5>
189. MUSICK, K., MEIER, A. Are both parents always better than one? Parental conflict and young adult well-being. In: *Social science research*, 2010, vol. 39, no. 5, p.814-830. [citat 13.06.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.03.002>
190. MUSTONEN, U., et al. Long-term impact of parental divorce on intimate relationship quality in adulthood and the mediating role of psychosocial resources. In: *Journal of Family Psychology*, 2011, vol.25.4,p. 615.[citat 08.04.2020]Disponibil: <https://doi.org/10.1037/a0023996>
191. NATIONAL RESEARCH COUNCIL, et al. *Development during middle childhood: The years from six to twelve*. 1984. ISBN-10: 0-309-03478-7
192. NATSUAKI, M. N., CICCHETTI, D., ROGOSCH, F. A. Examining the developmental

- history of child maltreatment, peer relations, and externalizing problems among adolescents with symptoms of paranoid personality disorder. In: *Development and psychopathology*, 2009, vol. 21.4, p.1181-1193. [citat 02.10.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1017/S0954579409990101>
193. NEWCORN, J. H., STRAIN, J. Adjustment disorder in children and adolescents. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1992, vol.31.2, p. 318-326. [citat 10.03.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1097/00004583-199203000-00021>
194. NICHOLS, R. *Parent and grandparent conflict in co-parenting intergenerational families*. California State University, Long Beach, 2000. [citat 02.10.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.1177/02654075231221832>
195. NICHOLS, W. C. Roads to understanding family resilience: 1920s to the twenty-first century. In: *Handbook of family resilience*. New York, NY: Springer New York, 2012. p. 3-16. [citat 15.10.2021] Disponibil: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3917-2_1
196. NOBILE, M., et al. Diagnosis and treatment of dysthymia in children and adolescents. In: *CNS drugs*, 2003, vol.17, p.927-946. [citat 25.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.2165/00023210-200317130-00001>
197. NUNES-COSTA, R. A., LAMELA, D., FIGUEIREDO, B. FC. Psychosocial adjustment and physical health in children of divorce. In: *Jornal de pediatria*, 2009, vol. 85, p.385-396. [citat 11.04.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572009000500004>
198. NUTTER, D., HOLM-LARSEN, L., SYLVESTER, C. *Anxiety Disorder: Generalized Anxiety*. 2006. [citat 02.10.2022] Disponibil: <https://emedicine.medscape.com/article/916933-overview>
199. OLĂRESCU, V., **DICU, A.** Causes and consequences of parents in the child's personality În: *Journal of Innovation in Psychology, Education and Didactics*. nr. 2 (27), Bacău, România. 2024. p. ISSN 2247-4579 E-ISSN 2392-712 [citat 02.05.2024] Disponibil: <https://www.proquest.com/openview/3c46106e7a44503a5d9e7cee0429c351/1>
200. OLĂRESCU, V., **DICU, A.** Conceptualization of personality disorders of children with divorced parents. În: *Materialele conferinței "International Scientific Conference: The contemporary issues of the socio-humanistic sciences. XIVth Edition"*. Faculty of social and educational sciences doctoral school of free international University of Moldova, 2023, Ed. 14, pp 36-37, 2024. ISBN 978-9975-180-25-2.
201. OLĂRESCU, V., **DICU, A.** The co-parenting experience in the dissociated space of children with separated parents. În: *Materialele Conferinței Științifice Internaționale "Science and education: new approaches and perspectives"*, 24 -25 martie, Ion Creangă State Pedagogical University of Chișinău, Republic of Moldova, 2023, vol.1, p. 195-201, ISBN 978-9975-46-774-2.

202. PAVALACHE-ILIE, M., CAZAN, A. M. Personality correlates of pro-environmental attitudes. In: *International journal of environmental health research*, 2018, 28.1: 71-78. [citat 04.05.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1080/09603123.2018.1429576>
203. PAVALACHE-ILIE, M., ȚÎRDIA, F. A. Parental involvement and intrinsic motivation with primary school students. In: *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2015, 187: 607-612. [citat 14.09.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.113>
204. PETFIELD, L., et al. Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. In: *BMJ Ment Health*, 2015, vol. 18.3, p.67-75. [citat 06.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102163>
205. PINQUART, M. Associations of parenting dimensions and styles with internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. In: *Marriage & Family Review*, 2017, vol. 53.7, p. 613-640. [citat 02.03.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
206. PLECK, J. H., MASCIADRELLI, B. P., LAMB, M. E. Paternal involvement by US residential fathers. In: *The role of the father in child development*, 2004, no. 4, p. 222-271. ISBN 0-471-23161-4 [citat 02.03.2021] Disponibil: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3917-2_3
207. QUIÑONES, M. A. Adverse childhood experiences and dissociative disorders. In: *Dissociation and the dissociative disorders: Past, present, future*, 2022. eISBN: 9781003057314
208. RAWSON, B. *Marriage, Divorce, and Children in Ancient Rome*. Oxford: Oxford University Press, 1991, pp. 37, 38, ISBN 0-19-814918-2
209. REBER, M. Development during middle childhood: The years from six to twelve. In: *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 1986, vol. 7.2, p.137-138. <https://doi.org/10.1097/00004703-198604000-00017>
210. RICCI, I. *Mom's house, dad's house*. New York: Simon and Schuster, 2013. ISBN: 9780684830780
211. ROGERS, E., SPALDING, S. Child Dysthymic Disorder. 2009. In: *Journal of Attention Disorders*, 2009, vol. 13.2, p.168-174. [citat 10.06.2020] Disponibil: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.017343>
212. RUDOLPH, K. D., KLEIN, D. N. Exploring depressive personality traits in youth: Origins, correlates, and developmental consequences. In: *Development and Psychopathology*, 2009, vol. 21, no. 4, p.1155-1180. [citat 11.12.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1017/S0954579409990095>
213. RUSS, E., HEIM, A., WESTEN, D. Parental bonding and personality pathology assessed by clinician report. In: *Journal of Personality Disorders*, 2003, vol. 17.6, p. 522-536. [citat 14.03.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.522.25351>

214. RUTTER, M. Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. In: *Journal of child psychology and psychiatry*, 1995, vol. 36.4, p.549-571. [citat 04.09.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb02314.x>
215. SANDLER, I., et al. Stability and quality of life events and psychological symptomatology in children of divorce. In: *American Journal of Community Psychology*, 1991, vol. 19.4, p.501. [citat 12.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1007/BF00937989>
216. SAXTON, M. Introduction: Louisa May Alcott, Love Lessons. In: *European journal of American studies*, 2022, vol.17, p.17-23. [citat 06.10.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.4000/ejas.18509>
217. SBARRA, D. A. Divorce and health: Current trends and future directions. In: *Psychosomatic medicine*, 2015, vol. 77.3, p.227. [citat 17.09.2020] Disponibil: [DOI: 10.1097/PSY.0000000000000168](https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000168)
218. SCHAEFER, C. E., DREWES, A. A. *The therapeutic powers of play: 20 core agents of change*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2020. ISBN 978-606-977-051-1
219. SCHAEFER, E. S. Children's reports of parental behavior: An inventory. In: *Child development*, 1995, 413-424. [citat 04.09.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.2307/1126465>
220. SENTSE, M., et al. Child temperament moderates the impact of parental separation on adolescent mental health: The trails study. In: *Journal of Family Psychology*, 2011, vol.25.1: p.97. [citat 19.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1037/a0022446>
221. SHONKOFF, J. P., et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 2012, 129.1: e232-e246. [citat 11.10.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
222. SHUMAKER, D. M., et al. The forgotten bonds: The assessment and contemplation of sibling attachment in divorce and parental separation. In: *Family Court Review*, 2011, vol.49.1: p.46-58. [citat 24.09.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/j.1744-1617.2010.01352.x>
223. SNYDER, J. Loss: Divorce, separation, and bereavement. In: *Clinical child psychiatry*, 2012, vol.55, p.494-507. [citat 18.11.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1002/9781119962229.ch28>
224. SOBOLEWSKI, J. M., AMATO, P. R. Parents' discord and divorce, parent-child relationships and subjective well-being in early adulthood: Is feeling close to two parents always better than feeling close to one. In: *Social forces*, 2007, vol. 85.3, p.1105-1124. [citat 22.05.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1353/sof.2007.0056>
225. SON, H., YUN, J., HAN, G. Longitudinal Analysis of Influencing Factors of Problematic Smartphone Use in Preteens. In: *Europe PMC*, 2022. [citat 02.11.2022] Disponibil: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1356627/v1>

226. SPRAFKIN, J., et al. *Child Symptom Inventory-4*. Cluj Napoca: Cognitrom, 2016.
227. STEPP, S. D., LAZARUS, S. A., BYRD, A. L. A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. In: *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 2016, vol. 7.4, p. 316. [citat 21.05.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1037/per0000186>
228. STOLARSKI, M., BITNER, J., ZIMBARDO, P. G. Time perspective, emotional intelligence and discounting of delayed awards. In: *Time & Society*, 2011, vol.20.3, p. 346-363. [citat 19.04.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1177/0961463X11414296>
229. STROHSCHIEIN, L. Parental divorce and child mental health: Accounting for predisruption differences. In: *Journal of Divorce & Remarriage*, 2012, vol. 53.6, p.489-502. [citat 16.10.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2005.00217.x>
230. ȘTEFAN, C. A., AVRAM, J. Investigating direct and indirect effects of attachment on internalizing and externalizing problems through emotion regulation in a cross-sectional study. In: *Journal of Child and Family Studies*, 2017, no. 26, p.2311-2323. [citat 04.09.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0723-7>
231. TALBOT, J. A., MCHALE, J. P. Individual parental adjustment moderates the relationship between marital and coparenting quality. In: *Journal of Adult Development*, 2004, 11p 191-205. [citat 02.10.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1023/B:JADE.0000035627.26870.f8>
232. TETI, D. M., CANDELARIA, M. A. Parenting competence. *Handbook of parenting*. In *Scientific Research*, 2002, 4, p. 149-180. ISBN: 0-8058-3778-9
233. THOMAES, S., et al. Trumping shame by blasts of noise: Narcissism, self-esteem, shame, and aggression in young adolescents. In: *Child development*, 2008, vol.79.6,p.1792-1801. [citat 05.09.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2008.01226.x>
234. TIMOFTI, I. C., et al. Formation, Internalisation and Transformation of Personal Values. *Anuarul Universității Petre Andrei «din Iași Fascicula: Asistența Socială, Sociologie, Psihologie*, 2020, 25: 192-217. [citat 13.10.2021] Disponibil: DOI: [10.18662/upasw/25/44](https://doi.org/10.18662/upasw/25/44)
235. VAN EGEREN, L. A., HAWKINS, D. P. Coming to terms with coparenting: Implications of definition and measurement. In: *Journal of Adult Development*, 2004, 11, p. 165-178. [citat 05.04.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1023/B:JADE.0000035625.74672.0b>
236. WEINSTOCK, J., et al. Predictors of engaging in problem gambling treatment: data from the West Virginia Problem Gamblers Help Network. In: *Psychology of Addictive Behaviors*, 2011, 25.2, p.372. [citat 12.09.2020] Disponibil: <https://doi.org/10.1037/a0023240>
237. WERTZ, J., et al. Vital personality scores and healthy aging: Life-course associations and familial transmission. In: *Social Science & Medicine*, 2021, 285, p.283. [citat 11.04.2022]

Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114283>

238. WESTEN, D., et al. Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. In: *American Journal of Psychiatry*, 2003, vol.160.5, p.952-966.

[citat 21.05.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.952>

239. WINSPEER, C., et al. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. In: *The British Journal of Psychiatry*, 2020, vol.216.2, p. 69-78. [citat 08.05.2021]

Disponibil: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>

240. WYMAN, P. A., et al. Caregiving and developmental factors differentiating young at-risk urban children showing resilient versus stress-affected outcomes: A replication and extension. In: *Child development*, 1999, vol.70.3, p.645-659. [citat 10.05.2020]

Disponibil: <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00047>

241. WYMAN, P. A., et al. Developmental and family milieu correlates of resilience in urban children who have experienced major life stress. In: *American Journal of community psychology*, 1991, 19.3,p 405. [citat 13.09.2021] Disponibil: <https://doi.org/10.1007/BF00938033>

242. WYMAN, P. A., et al. Perceived competence, self-esteem, and anxiety in latency-aged children of divorce. In: *Journal of Clinical Child Psychology*, 1985, 14.1,p.20-26. [citat 11.05.2020] Disponibil: https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1401_4.

ANEXE

ANEXA 1 – Instrumente de evaluare

Anexa 1.1. Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory – MPACI

Scop: identificarea tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale la preadolescenți

Tabel 1.1.1. Extras din normele detaliate ale testului MPACI (scoruri brute, cote BR) [184]

Tabelul 8. Transformarea scorurilor brute în scoruri BR pentru eșantionul românesc de băieți (N=175) – etalonul românesc masculin M-PACI														
Scor brut	Scoruri BR													
	1	2	3	4	5	6	7	A	B	C	D	E	F	G
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	5	5	5	8	8	6	10	12	8	9	10	8	20	15
2	11	11	10	15	15	12	20	24	15	17	20	15	40	30
3	16	16	15	23	23	18	30	36	23	26	30	23	60	45
4	22	22	20	30	30	24	40	48	30	34	40	30	64	60
5	27	27	25	38	38	30	50	60	38	43	50	38	68	65
6	33	33	30	45	45	36	60	65	45	51	60	45	71	70
7	38	38	35	53	53	42	63	70	53	60	63	53	75	75
8	44	44	40	60	60	48	66	75	60	65	65	60	77	78
9	49	49	45	64	64	54	69	77	65	70	68	64	79	82
10	55	55	50	68	68	60	72	79	70	75	70	68	81	85
11	60	60	55	71	71	63	75	81	75	78	73	71	83	93
12	65	68	60	75	75	66	77	83	80	82	75	75	85	100
13	70	75	68	77	77	69	79	85	85	85	78	80	95	108
14	75	78	75	79	79	72	81	100		115	82	85	105	115
15	78	82	80	81	81	75	83	115			85		115	
16	82	85	85	83	83	77	85				115			
17	85	115	115	85	85	79	95							
18				115	115	81	105							
19						83	115							
20						85								

Notă. 1 = Încrăzător; 2 = Sociabil; 3 = Conformist; 4 = Supus; 5 = Inhibat; 6 = Insubordonat; 7 = Instabil; A = Anxietate/Frică; B = Deficit de atenție; C = Tendințe obsesiv-compulsive; D = Probleme de conduită; E = Comportamente disruptive; F = Dispoziție depresivă; G = Distorsionarea realității.

Tabel 1.1.2. Extras din normele detaliate ale testului MPACI (scoruri brute, cote BR, în funcție de gen) [184]

Tabelul 9. Transformarea scorurilor brute în scoruri BR pentru eșantionul de fete (N=77) – etalonul românesc feminin M-PACI														
Scor brut	Scoruri BR													
	1	2	3	4	5	6	7	A	B	C	D	E	F	G
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	7	7	5	7	5	9	12	9	15	9	15	8	20	20
2	13	13	9	13	11	17	24	17	30	17	30	15	40	40
3	20	20	14	20	16	26	36	26	45	26	45	23	60	60
4	27	27	18	27	22	34	48	34	60	34	60	30	63	65
5	33	33	23	33	27	43	60	43	63	43	64	38	66	70
6	40	40	28	40	33	51	63	51	66	51	68	45	69	75
7	47	47	32	47	38	60	66	60	69	60	71	53	72	77
8	53	53	37	53	44	63	69	65	72	65	75	60	75	78
9	60	60	42	60	49	65	72	70	75	70	77	65	77	80
10	64	64	46	64	55	68	75	75	78	75	79	70	79	82
11	68	68	51	68	60	70	76	78	80	78	81	75	81	83
12	71	71	55	71	65	73	78	82	83	80	83	78	83	85
13	75	75	60	75	70	75	79	85	85	83	85	82	85	100
14	78	78	68	78	75	77	80	100		85	95	85	100	115
15	80	80	75	80	78	78	81	115			105		115	
16	83	83	80	83	82	80	83				115			
17	85	85	85	85	85	82	84							
18				115	115	83	85							
19						85	115							
20						115								

Notă. 1 = Încrăzător; 2 = Sociabil; 3 = Conformist; 4 = Supus; 5 = Inhibat; 6 = Insubordonat; 7 = Instabil; A = Anxietate/Frică; B = Deficit de atenție; C = Tendințe obsesiv-compulsive; D = Probleme de conduită; E = Comportamente disruptive; F = Dispoziție depresivă; G = Distorsionarea realității.

Anexa 1.2. Hierarchical Personality Inventory for Children – HiPIC

Scop: identificarea tulburărilor de personalitate și a tulburărilor emoționale la preadolescenți

Tabel 1.2.1. Extras din normele testului HiPIC (scoruri în decile scala Stabilitate Emoțională) [182]

Tabelul A.2. Scoruri în decile pentru fațetele Stabilității Emoționale în funcție de gen, pe eșantionul normativ românesc (evaluator mama)

Scoruri brute	Ambele genuri		Băieți		Fete		Scoruri brute
	S1	S2	S1	S2	S1	S2	
8	1	1	1	1	1	1	8
9	1	1	1	1	1	1	9
10	1	1	1	1	1	1	10
11	1	1	1	1	1	1	11
12	1	1	1	1	1	1	12
13	1	1	1	1	1	1	13
14	1	1	1	1	1	1	14
15	2	1	2	1	2	1	15
16	2	1	2	1	2	1	16
17	3	1	2	1	3	1	17
18	3	1	3	1	3	1	18
19	4	1	4	1	4	1	19
20	4	1	4	1	4	1	20
21	5	1	5	1	5	1	21
22	5	1	5	1	5	1	22
23	6	2	6	2	6	2	23
24	6	2	7	2	6	2	24
25	7	2	7	2	7	2	25
26	8	3	8	3	8	3	26
27	8	3	8	4	9	3	27
28	9	4	9	4	9	4	28
29	9	5	9	5	9	4	29
30	9	5	9	6	10	5	30
31	10	6	10	7	10	6	31
32	10	7	10	8	10	7	32
33	10	8	10	8	10	8	33
34	10	9	10	9	10	8	34
35	10	9	10	9	10	9	35
36	10	10	10	10	10	9	36
37	10	10	10	10	10	10	37
38	10	10	10	10	10	10	38
39	10	10	10	10	10	10	39
40	10	10	10	10	10	10	40

S1 = Anxietate, S2 = Încredere în sine

Anexa 1.3. Chestionarul de evaluare a simptomelor copiilor - CSI4

Scop: identificarea tulburărilor emoționale la preadolescenți

. Tabel 1.3.1. Extras din CSI4, itemii pentru scala anxietate generalizată [226]

CSI-4	CRITERIILE DSM-IV
42. ESTE MULT PEA PREOCUPAT/Ă DE ABILITĂȚILE SALE ȘCOLARE, SPORTIVE SAU SOCIALE.	A. ANXIETATE EXCESIVĂ ȘI ÎNGRIJORARE, CARE SE MANIFESTĂ APROAPE ÎN PERMANENȚĂ, TIMP DE CEL PUȚIN 6 LUNI, CU PRIVIRE LA O SERIE DE EVENIMENTE SAU ACTIVITĂȚI (PRECUM ACTIVITATEA PROFESIONALĂ SAU PERFORMANȚA ȘCOLARĂ).
43. ARE DIFICULTĂȚI ÎN A-ȘI CONTROLA ÎNGRIJORĂRILE.	B. ÎI ESTE GREU SĂ ÎȘI CONTROLEZE GRIJILE.
44. ESTE AGITAT/Ă SAU IRRITAT/Ă.	C1. AGITAȚIE SAU A SE SIMȚI „CA PE JAR”.
45. ESTE IRRITAT/Ă ÎN CEA MAI MARE PARTE A ZILEI.	C4. IRRITABILITATE.
46. ESTE FOARTE TENSIONAT/Ă ȘI NU SE POATE RELAXA.	C5. TENSIUNE MUSCULARĂ.
47. ADOARME GREU SAU DOARME PEA PUȚIN.	C6. TULBURĂRI DE SOMN (NU REUȘEȘTE SĂ ADOARMĂ SAU DOARME FOARTE PUȚIN, SOMN NEODIHNITOR).
2. ARE DIFICULTĂȚI ÎN A FI ATENT/Ă LA SARCINI SAU LA ACTIVITĂȚI.	C3. DIFICULTĂȚI DE CONCENTRARE SAU BLOCAJ MENTAL.
64. ARE FOARTE PUȚINĂ ENERGIE SAU ESTE OBOSIT/Ă ÎN MOD NEJUSTIFICAT.	C2. OBOSEȘTE CU UȘURINȚĂ.

Anexa 1.4. Extras din Chestionarul de investigare a competenței parentale – CCP [18]

Scop: identificarea competențelor parentale pentru părinții rezidenți ai preadolescenților

Inventarul C.C.P.						
Vârstă:	Sub 30 de ani 40-50 de ani	30-39 de ani peste 50 de ani				
Gen:	Masculin	Feminin				
Stare civilă:						
Căsătorit cu părintele copilului						
Căsătorit cu altcineva decât părintele copilului						
Necăsătorit						
Divorțat						
Văduv						
Cuplu consensual cu părintele copilului						
Cuplu consensual cu altcineva						
Studii/ultima școală absolvită:						
	Școală generală	Profesională				
	Liceu	Universitate				
	Masterat	Doctorat				
Numărul de copii: _____						
<i>Evaluează în ce măsură vă caracterizează afirmațiile de mai jos, utilizând următoarea grilă de cinci trepte:</i> Niciodată; 2. Rareori; 3. Uneori; 4. Deseori; 5. Intotdeauna						
<i>Vă rugăm să citiți cu atenție enunțurile și să fiți cât mai obiectiv; este indicat ca răspunsul să reflecte comportamentul manifestat concret, atitudinea și credințele reale.</i>						
		1	2	3	4	5
1	Chiar dacă copilul promite ceva, are nevoie să fie susținut/supravegheat pentru a duce acțiunea la bun sfârșit.					
2	Atunci când îi solicit ceva copilului, mă asigur că a înțeles clar despre ce este vorba.					
3	Copilul face atât de multe greșeli, încât atunci când face și ceva bun rămân indiferent/ă.					
4	Când face repetat aceeași greșală, copilul are nevoie de o pedeapsă mai dură pentru a-i stopa comportamentul.					
12	În cazul în care copilul trece printr-o situație problematică, analizăm împreună cu el variante de soluții și stabilim un plan în care fiecare (inclusiv copilul) are un anumit rol.					
			2	3	4	5
13	În familia noastră nicio greșală nu rămâne nepedepsită.					
15	Copilul trebuie să se descurce singur în activitatea de învățare; doar așa se va forma ca persoană independentă.					
20	Intervin când copilul întâmpină dificultăți și îl ajut să-și gestioneze emoțiile negative (furie, nervozitate, frică etc).					

21	Aplic mai multe pedepse și nici una nu funcționează.					
33	Privesc împreună cu copilul emisiuni de televiziune care vizează relația părinți-copii.					
34	Chiar și când privesc o emisiune de divertisment, am tendința să identific și să analizez împreună cu copilul normele de conduită, din perspectiva avantajelor și dezavantajelor.					
35	Desprind din orice situație un principiu de viață care să constituie un reper pentru comportamentul viitor al copilului.					
36	Stimulez relațiile de prietenie ale copilului cu alți copii de la care consider că arce ce învață.					
46	Dacă copilul ia o notă mică, mă gândesc că nici mic nu îmi plăcea școala și poate este ceva moștenit; reacționez spunându-i: „asta este, mâine poate vei lua o notă mai bună, cine știe”.					
58	În momentul în care cineva din familie are un necaz, discutăm și fiecare participă la găsirea unei soluții.					
59	Dacă eu și partenerul de viață am dori să divorțăm, cea mai bună variantă ar fi să anunțăm copilul (ără prea multe explicații).					
60	Când apare o împrejurare stresantă, încerc să gândesc înainte să acționez.					
70	În weekend ieșim cu întreaga familie în oraș sau în excursii.					
71	Duc copilul la teatru sau la film.					
72	Cu diverse ocazii, îi ofer copilului cărți despre care consider că l-ar ajuta în dezvoltarea pe plan social.					
73	În împrejurări de viață stresante, când simt că nu mai pot să fac față apelez la medicamente calmante.					
	Punctaj total					

<i>Mă informez despre diverse aspecte ale relației părinți-copii din următoarele surse:</i>		1	2	3	4	5
74	Citesc articole.					
75	Studiez cărți de specialitate.					
76	Ascult emisiuni.					
77	Caut informații pe internet despre soluții la situații concrete (absentarea copilului de la școală, lipsa de chef/motivație în învățare etc).					
78	Discut cu alți părinți.					
79	Apelez la serviciile consilierului-psiholog din cadrul școlii.					
80	Preiau sugestii de la profesorii copilului.					
81	Fac parte dintr-un grup de discuții pe internet ce vizează această problemă.					
	Punctaj total					

Anexa 1.5. Parental Stress Index - Fourth Edition - PSI-4

Scop: identificarea competențelor parentale și a relației de coparentalitate pentru părinții rezidenți ai preadolescenților

Tabel 1.5.1. Extras din normele testului PSI4 (scoruri brute, cote T) [143]

Table B.10
Raw Score to T-Score Conversions: Children Age 9 Years

T score	Child Domain subscale							Parent Domain subscale										T score
	DI	AD	RE	DE	MO	AC	CD	CO	IS	AT	HE	RO	DP	SP	PD	TS	LS	
114																		114
113																		113
112																		112
111																		111
110																		110
109																		109
108																		108
107																		107
106																		106
105																		105
104																		104
103																		103
102																		102
101																		101
100																		100
99																		99
98																		98
97																		97
96																		96
95																		95
94																		94
93																		93
92																		92
91																		91
90																		90
89																		89
88																		88
87																		87
86																		86
85																		85
84																		84
83																		83
82																		82
81																		81
80																		80
79																		79
78																		78
77																		77
76																		76
75																		75
74																		74
73																		73
72																		72
71																		71
70																		70
69																		69
68																		68
67																		67
66																		66
65																		65
64																		64
63																		63
62																		62
61																		61
60																		60
59																		59
58																		58
57																		57
56																		56
55																		55

(continued)

Notă: Instrumentele psihometrice sunt deținute cu licență nominală de către cercetător astfel că, folosirea acestora în actul profesional îi aparține în exclusivitate, în calitate de utilizator licențiat. **Sunt interzise** folosirea, copierea, multiplicarea în orice formă a oricăruia dintre instrumentele psihometrice prezentate în teză.

ANEXA 2. Rezultatele statistice obținute în experimentul de constatare

Anexa 2.1. Statistica descriptivă pentru GD(GCD și GPD) și GN(GCN și GPN)

Media, Abaterea standard, Condiția de omogenitate (testul Levene și raportul Hartley) și Condiția de normalitate (skewness și kurtosis)

Tabel 2.1.1. Distribuția subiecților pe grupe de vârstă pentru GCD/GCN

<i>Vârsta</i>	GCD		GCN	
	<i>Nr. subiecți</i>	<i>Procent</i>	<i>Nr. subiecți</i>	<i>Procent</i>
9 ani	40	32	28	27,2
10 ani	42	33,6	35	34
11 ani	35	28	34	33
12 ani	8	6,4	6	5,8
<i>Total subiecți copii</i>	<i>125</i>	<i>100%</i>	<i>103</i>	<i>100%</i>

Tabel 2.1.2. Distribuția subiecților pe grupe de vârstă pentru GPD/GPN

<i>Vârsta</i>	GPD		GPN	
	<i>Nr. subiecți</i>	<i>Procent</i>	<i>Nr. subiecți</i>	<i>Procent</i>
20-29 ani	8	6,4	3	2,9
30-39 ani	58	46,4	48	46,6
40-49 ani	57	45,6	52	50,5
50-59 ani	2	1,6	0	0
<i>Total subiecți părinți</i>	<i>125</i>	<i>100%</i>	<i>103</i>	<i>100%</i>

Tabel 2.1.3. Statistica descriptivă (media și abaterea standard) pentru MPACI, GCD/GCN

SCALE	GCD (N = 125)			GCN (N = 103)	
	M	SD		M	SD
1 Încrăzător	47,27	20,94		62,38	15,00
2 Sociabil	46,18	19,85		55,40	11,98
3 Conformist	67,30	19,63		45,39	11,94
4 Supus	51,9	18,1		44,01	15,22
5 Inhibat	54	20,9		35,165	14,52
6 Insubordonat	50	23		24,19	16,70
7 Instabil	52,96	25,55		27,019	19,076
8 Anxietate	71,81	24,41		36,13	13,36
9 Def. Atenție	44	24		32,87	21,68
10 Tulb Obs Comp	45,1	23,6		31,76	18,85
11 Prob. Conduită	49,7	18,5		27,28	18,33
12 Comp. Disruptive	49,3	20,2		28,67	18,17
13 Disp. Depresivă	65,9	16,2		37,11	13,80
14 Distors. Realității	50,2	30		10,65	13,11

Tabel 2.1.4. Statistica descriptivă (media și abaterea standard) pentru *HiPIC*, GCD/GCN

SCALE	GCD (N = 125)			GCN (N = 103)	
	M	SD		M	SD
1 Stab. Emoțională	2,9	1,62		4,64	1,53
2 Extraversie	4,088	1,68		5,13	1,36
3 Imaginație	4,5	1,6		5,52	1,43
4 Benevolență	4,52	1,77		5,02	1,96
5 Conștiinciozitate	4,27	1,56		5	1,31

Tabel 2.1.5. Statistica descriptivă (media și abaterea standard) pentru *CSI4*, GCD/GCN

SCALE	GCD (N = 125)			GCN (N = 103)	
	M	SD		M	SD
1 ADHD-neatent	47.27	20.94		62.38	15.00
2 ADHD-hiperactiv	46.18	19.85		55.40	11.98
3 ADHD-combinat	67.30	19.63		45.39	11.94
4 Tulb. OpozProvoc	45	10		53,53	7,84
5 Tulb. Conduită	51,2	9,56		55,50	7,67
6 Anxiet Generaliz	67,6	8,95		54,42	8,93
7 Fobie Specifică	16	14		5,47	15,18
8 Obsesii	22	17		50,26	5,94
9 Compulsii	30	17		6,22	15,77
10 Stres Post-traum	60	8,6		52,16	6,69
11 Ticuri Motorii	20	24		4,87	14,17
12 Ticuri Vocale	5,6	15		2,22	9,89
13 Schizofrenie	5,98	15,7		1,37	7,94
14 TulbDepresMaj	40,9	7,91		50,45	8,23
15 Tulb. Distimică	69,4	8,2		51,89	8,30
16 Tulb. Autistă	45,6	6,39		7,70	17,49
17 Sindr. Asperger	46,6	5,44		6,31	16,76
18 Fobie Socială	48	6,8		45,17	7,49
19 Anxiet de Separ	69	8,7		55,29	7,51
20 Enurezie	7,16	10,3		2,92	11,82
21 Encoprezis	1,12	3		0	0

Tabel 2.1.6. Statistica descriptivă (media și abaterea standard) pentru *PSI4*, GCD/GCN

SCALE	GCD (N = 125)			GCN (N = 103)	
	M	SD		M	SD
1 Deficit Atenție	49,56	12,83		53,99	6,37
2 Adaptare	66,768	13,071		54,94	5,22
3 Recomp. Părinte	47,616	9,790		56,21	8,60
4 Solicități	43,072	7,1821		50,36	8,43
5 Stare Afectivă	65,224	11,730		49,66	5,94
6 Acceptare	37,496	5,291		45,83	6,31

Tabel 2.1.7. Statistica descriptivă (media și abaterea standard) pentru PSI 4, GPN/GPD

	Total (N = 228)		Biparental (N = 103)		Monoparental (N = 125)	
	M	SD	M	SD	M	SD
1 Compet	52.61	7.47	50.11	5.95	54.66	7.97
2 Izolare	45.89	9.99	50.45	6.20	42.14	10.94
3 Atașament	50.06	7.84	51.33	5.03	49.02	9.45
4 Sănătate	49.39	7.74	51.48	5.90	47.66	8.63
5 RolParDis	51.83	8.53	49.63	7.94	53.65	8.60
6 Depresie	51.88	10.43	50.74	8.31	52.82	11.84
7 Rel part	60.15	16.35	45.40	6.63	72.31	11.11

Tabel 2.1.8. Statistica descriptivă (media și abaterea standard) pentru CCP, GPN/GPD

	Total (N = 228)		Biparental (N = 103)		Monoparental (N = 125)	
	M	SD	M	SD	M	SD
1 Cunoaștere	54.61	8.46	60.09	6.22	50.10	7.34
2 Suport Af	58.85	10.35	66.85	5.14	52.25	8.78
3 Disciplin	66.46	10.84	73.38	5.49	60.76	10.85
4 ManTimp	54.59	9.54	60.56	6.38	49.66	8.90
5 ManCrize	53.49	9.78	61.62	4.86	46.79	7.45

Notă: Condiția de omogenitate a varianțelor se referă la faptul că la niveluri diferite ale aceleași variabile, varianța (dispersia) nu trebuie să se modifice semnificativ. Această afirmație sugerează că dacă strângem date ale aceleași variabile din grupuri diferite de persoane, dispersia (împăștierea) trebuie să fie aceeași pentru fiecare grup. Omogenitatea varianțelor poate fi verificată cu ajutorul **testului Levene** și este necesar pentru a aplica o serie de teste statistice. Atunci când p este mai mare decât 0.05 vom accepta ipoteza de nul și vom concluziona că varianțele sunt omogene. În opoziție, dacă p este mai mic decât 0.05 respingem ipoteza de nul și nu putem accepta condiția de omogenitate. Rezultatele testului Levene pot fi afectate de volumul eșantionului. Astfel, pe măsură ce volumul eșantionului crește, testul Levene respinge omogenitatea varianțelor, chiar dacă în realitate varianțele grupurilor sunt egale. Acest rezultat este efectul faptului că odată cu creșterea numărului de participanți crește puterea testului. În aceste condiții este necesară o dublă verificare a condiției de omogenitate folosind o procedură cunoscută sub numele de **raportul varianțelor** sau **Hartley's F_{Max}** . Valoarea critică depinde de numărul de participanți din fiecare grup și de numărul varianțelor comparate, dar în general se recomandă ca referința să fie valoarea 5. Atunci când raportul varianțelor este mai mic decât valoarea critică se consideră că varianțele sunt omogene [134].

Condiția de normalitate

Notă: Se consideră că o distribuție îndeplinește condiția de normalitate atunci când skewness are valori cuprinse între -1 și 1, iar kurtosis are valori cuprinse în intervalul (-2) – (+2) [115].

Tabel 2.1.9. Condiția de normalitate *MPACI*, GCN/GCD

	Grup	Skewness		Kurtosis	
		Skewness	SE	Kurtosis	SE
Increzator	0	-0.31	0.24	-1.02	0.47
	1	-0.22	0.22	-1.28	0.43
Sociabil	0	-0.39	0.24	-0.24	0.47
	1	-0.19	0.22	-0.77	0.43
Conformist	0	-0.81	0.24	0.85	0.47
	1	-0.16	0.22	0.61	0.43
Supus	0	-0.81	0.24	0.16	0.47
	1	-0.29	0.22	-0.40	0.43
Inhibat	0	-0.42	0.24	0.05	0.47
	1	-0.69	0.22	-0.87	0.43
Insubordonat	0	0.07	0.24	-1.25	0.47
	1	-0.18	0.22	-1.23	0.43
Instabil	0	0.20	0.24	-1.01	0.47
	1	-0.31	0.22	-1.07	0.43
Anxietate/Frica	0	0.15	0.24	-0.89	0.47
	1	-0.98	0.22	1.49	0.43
DeficitAtentie	0	-0.32	0.24	-1.27	0.47
	1	-0.23	0.22	-1.15	0.43
TendinteObsesivCompulsive	0	0.03	0.24	-1.30	0.47
	1	0.11	0.22	-1.28	0.43
ProblemeConduita	0	0.26	0.24	-1.12	0.47
	1	-0.53	0.22	-0.72	0.43
ComportamenteDisruptive	0	0.17	0.24	-1.11	0.47
	1	0.04	0.22	-0.55	0.43
DispozitieDepresiva	0	0.12	0.24	-1.19	0.47
	1	-0.97	0.22	1.31	0.43
DistorsionareaRealitatii	0	1.03	0.24	0.15	0.47
	1	-0.10	0.22	-0.57	0.43

Tabel 2.1.10. Condiția de normalitate *HiPIC*, GCN/GCD

	Grup	Skewness		Kurtosis	
		Skewness	SE	Kurtosis	SE
Stabilitate Emotionala	0	0.16	0.24	-0.73	0.47
	1	0.95	0.22	0.48	0.43
Extraversie	0	0.32	0.24	0.16	0.47
	1	0.39	0.22	0.27	0.43
Imaginatie	0	0.04	0.24	0.35	0.47
	1	0.39	0.22	-0.23	0.43
Benevolenta	0	0.28	0.24	-0.45	0.47
	1	0.30	0.22	-0.29	0.43
Constiinciozitate	0	0.30	0.24	-0.02	0.47
	1	0.42	0.22	-0.02	0.43

Tabel 2.1.11. Condiția de normalitate *CSI4*, GCN/GCD

	Grup	Skewness		Kurtosis	
		Skewness	SE	Kurtosis	SE
ADHDtipulInatent	0	0.94	0.24	1.57	0.47
	1	0.87	0.22	0.58	0.43
ADHDtipulHiperactiv-impulsiv	0	0.27	0.24	-0.98	0.47
	1	0.86	0.22	0.61	0.43
ADHDtipulCombinat	0	0.85	0.24	0.39	0.47
	1	0.91	0.22	1.18	0.43
TulburareaOpoziționismulProvocator	0	0.88	0.24	-0.11	0.47

	1	1.08	0.22	-0.29	0.43
TulburareDeConduită	0	0.31	0.24	-0.85	0.47
	1	0.98	0.22	1.07	0.43
AnxietateGeneralizată	0	0.34	0.24	-0.43	0.47
	1	-0.53	0.22	0.11	0.43
FobieSpecifică	0	1.06	0.24	1.80	0.47
	1	0.62	0.22	-0.39	0.43
Obsesii	0	0.35	0.24	-1.36	0.47
	1	0.27	0.22	-0.64	0.43
Compulsii	0	1.16	0.24	1.73	0.47
	1	-0.26	0.22	-0.74	0.43
StresPostTraumatic	0	0.90	0.24	0.12	0.47
	1	0.04	0.22	-1.00	0.43
TicuriMotorii	0	0.89	0.24	4.80	0.47
	1	0.31	0.22	-1.88	0.43
TicuriVocale	0	4.26	0.24	16.51	0.47
	1	2.38	0.22	3.78	0.43
Schizofrenie	0	5.69	0.24	30.94	0.47
	1	2.26	0.22	3.14	0.43
TulburareDepresivaMajora	0	0.62	0.24	-0.87	0.47
	1	0.96	0.22	1.05	0.43
TulburareDistimica	0	1.02	0.24	0.51	0.47
	1	-0.39	0.22	0.32	0.43
TulburareAutista	0	1.87	0.24	1.61	0.47
	1	1.92	0.22	3.77	0.43
SindromAsperger	0	2.33	0.24	3.61	0.47
	1	1.27	0.22	1.64	0.43
FobieSociala	0	1.04	0.24	0.28	0.47
	1	1.02	0.22	0.49	0.43
AnxietateDeSeparare	0	0.73	0.24	-0.36	0.47
	1	-0.14	0.22	-0.51	0.43
Enuresis	0	3.85	0.24	13.11	0.47
	1	2.29	0.22	6.16	0.43

Tabel 2.1.12. Condiția de normalitate *PSI4*, GCN/GCD

	Grup	Skewness		Kurtosis	
		Skewness	SE	Kurtosis	SE
DeficitAtentie	0	0.32	0.24	-0.17	0.47
	1	-0.22	0.22	-0.46	0.43
Adaptare	0	-0.35	0.24	1.78	0.47
	1	-0.61	0.22	0.82	0.43
RecompensaParintelui	0	-0.25	0.24	0.40	0.47
	1	0.29	0.22	-0.10	0.43
Solicitari	0	-0.91	0.24	-0.14	0.47
	1	0.07	0.22	-0.96	0.43
StareAfectiva	0	-0.10	0.24	-1.10	0.47
	1	-0.46	0.22	-0.73	0.43
Acceptare	0	0.92	0.24	1.38	0.47
	1	0.67	0.22	-0.36	0.43

Tabel 2.1.13. Condiția de normalitate – *PSI4*, GPN/GPD

	Grup	N	Skewness		Kurtosis	
			Skewness	SE	Kurtosis	SE
Competenta	0	103	0.19	0.24	-1.36	0.47
	1	125	0.15	0.22	-1.00	0.43
Izolare	0	103	0.56	0.24	-1.05	0.47
	1	125	0.86	0.22	2.06	0.43
Atasament	0	103	0.35	0.24	1.36	0.47
	1	125	-0.18	0.22	-0.80	0.43
Sanatate	0	103	-0.09	0.24	-1.11	0.47
	1	125	-0.28	0.22	-1.27	0.43
RolParentalRestrictiv	0	103	-0.03	0.24	0.61	0.47
	1	125	-0.09	0.22	-0.28	0.43
Depresie	0	103	-0.03	0.24	0.42	0.47
	1	125	0.16	0.22	-0.79	0.43
RelatiaCuPartenerul	0	103	0.61	0.24	-0.24	0.47
	1	125	-0.24	0.22	-0.82	0.43

Tabel 2.1.14. Condiția de normalitate – *CCP*, GPN/GPD

	Grup	N	Skewness		Kurtosis	
			Skewness	SE	Kurtosis	SE
Cunoastere	0	103	0.24	0.24	-0.57	0.47
	1	125	-0.25	0.22	-0.33	0.43
Manag Stres	0	103	-0.74	0.24	-0.13	0.47
	1	125	-0.05	0.22	-0.88	0.43
Disciplinare	0	103	0.56	0.24	0.28	0.47
	1	125	-1.00	0.22	1.41	0.43
Manag Timp	0	103	-1.09	0.24	2.16	0.47
	1	125	0.10	0.22	-0.69	0.43
Manag Crize	0	103	0.11	0.24	-0.45	0.47
	1	125	0.03	0.22	0.75	0.43

ANEXA 3. Rezultatele analizei de regresie obținute între variabilele experimentului de constatare (corelația între variabilele experimentului)

Rezultatele analizei de regresie pentru testul *MPACI*

Tabel 3.1. Rolul abilităților parentale asupra Încrederii

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.46	0.21	4.89	12	215	<.001
Model Coefficients - Încrezator						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	36.43	20.46	1.78	0.076		
Competenta	0.33	0.18	1.87	0.063		
Izolare	0.04	0.14	0.27	0.785		
Atasament	0.16	0.18	0.92	0.357		
Sanatate	0.02	0.18	0.12	0.904		
RolParentalRestrictiv	-0.02	0.19	-0.12	0.907		
Depresie	-0.13	0.16	-0.81	0.419		
RelatiaCuPartenerul	-0.40	0.13	-3.18	0.002		
Cunoastere	0.16	0.21	0.75	0.452		
SuportAfectivManagStresului	0.12	0.17	0.70	0.483		
Disciplinare	0.08	0.14	0.54	0.591		
ManagTimpului	-0.14	0.18	-0.77	0.443		
ManagCrizelor	0.15	0.21	0.69	0.494		

Tabel 3.2. Rolul abilităților parentale asupra Sociabilității

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.30	0.09	1.74	12	215	0.060
Model Coefficients - Sociabil						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	53.30	19.18	2.78	0.006		
Competenta	-0.03	0.17	-0.19	0.853		
Izolare	-0.09	0.13	-0.68	0.500		
Atasament	0.29	0.17	1.74	0.084		
Sanatate	-0.09	0.17	-0.54	0.588		
RolParentalRestrictiv	0.07	0.17	0.39	0.699		
Depresie	-0.04	0.15	-0.26	0.798		
RelatiaCuPartenerul	-0.25	0.12	-2.07	0.040		
Cunoastere	0.09	0.20	0.44	0.660		
SuportAfectivManagStresului	0.03	0.16	0.21	0.835		
Disciplinare	-0.12	0.14	-0.86	0.390		
ManagTimpului	-0.07	0.17	-0.45	0.656		
ManagCrizelor	0.21	0.20	1.06	0.290		

Tabel 3.3. Rolul abilităților parentale asupra Conformismului

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.57	0.33	8.72	12	215	<.001
Model Coefficients - Conformist						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	42.82	18.86	2.27	0.024		
Competenta	-0.03	0.16	-0.21	0.836		
Izolare	-0.12	0.13	-0.94	0.348		
Atasament	-0.11	0.16	-0.66	0.511		
Sanatate	-0.14	0.17	-0.85	0.395		
RolParentalRestrictiv	0.29	0.17	1.72	0.087		
Depresie	0.03	0.15	0.22	0.827		
RelatiaCuPartenerul	0.47	0.12	4.05	<.001		
Cunoastere	-0.20	0.19	-1.02	0.307		
SuportAfectivManagStresului	-0.01	0.16	-0.07	0.942		
Disciplinare	0.11	0.13	0.86	0.391		
ManagTimpului	0.16	0.16	1.00	0.317		
ManagCrizelor	-0.30	0.20	-1.53	0.128		

Tabel 3.4. Rolul abilităților parentale asupra Supunerii

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.32	0.10	2.01	12	215	0.024
Model Coefficients - Supus						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	41.55	18.97	2.19	0.030		
Competenta	0.01	0.16	0.05	0.962		
Izolare	0.04	0.13	0.33	0.740		
Atasament	-0.15	0.17	-0.90	0.368		
Sanatate	-0.32	0.17	-1.87	0.063		
RolParentalRestrictiv	0.18	0.17	1.05	0.295		
Depresie	0.21	0.15	1.43	0.155		
RelatiaCuPartenerul	0.15	0.12	1.30	0.194		
Cunoastere	-0.03	0.19	-0.13	0.896		
SuportAfectivManagStresului	0.17	0.16	1.10	0.271		
Disciplinare	-0.06	0.13	-0.42	0.676		
ManagTimpului	0.08	0.16	0.50	0.616		
ManagCrizelor	-0.22	0.20	-1.11	0.267		

Tabel 3.5. Rolul abilităților parentale asupra Inhibiției

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.53	0.28	6.96	12	215	<.001
Model Coefficients - Inhibat						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	78.01	20.19	3.86	<.001		
Competenta	-0.28	0.18	-1.62	0.106		
Izolare	0.01	0.14	0.05	0.962		
Atasament	-0.04	0.18	-0.23	0.815		
Sanatate	-0.06	0.18	-0.34	0.730		
RolParentalRestrictiv	0.03	0.18	0.17	0.863		
Depresie	0.00	0.16	0.00	0.997		
RelatiaCuPartenerul	0.43	0.13	3.44	<.001		
Cunoastere	-0.46	0.21	-2.21	0.028		
SuportAfectivManagStresului	-0.08	0.17	-0.45	0.655		
Disciplinare	-0.06	0.14	-0.42	0.676		
ManagTimpului	-0.11	0.17	-0.61	0.544		
ManagCrizelor	-0.02	0.21	-0.11	0.913		

Tabel 3.6. Rolul abilităților parentale asupra Insubordonării

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.58	0.34	9.14	12	215	<.001
Model Coefficients - Insubordonat						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	56.55	22.68	2.49	0.013		
Competenta	0.13	0.20	0.64	0.520		
Izolare	0.18	0.16	1.12	0.265		
Atasament	-0.24	0.20	-1.21	0.226		
Sanatate	0.30	0.20	1.48	0.141		
RolParentalRestrictiv	0.14	0.21	0.68	0.495		
Depresie	-0.26	0.18	-1.48	0.142		
RelatiaCuPartenerul	0.48	0.14	3.44	<.001		
Cunoastere	-0.15	0.23	-0.66	0.511		
SuportAfectivManagStresului	-0.24	0.19	-1.27	0.206		
Disciplinare	-0.34	0.16	-2.14	0.034		
ManagTimpului	0.02	0.20	0.12	0.904		
ManagCrizelor	-0.28	0.23	-1.20	0.232		

Tabel 3.7. Rolul abilităților parentale asupra Instabilității

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.53	0.28	6.91	12	215	<.001
Model Coefficients - Instabil						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	63.63	25.79	2.47	0.014		
Competenta	0.10	0.22	0.46	0.647		
Izolare	0.02	0.18	0.12	0.902		
Atasament	-0.17	0.22	-0.75	0.455		
Sanatate	0.07	0.23	0.31	0.757		
RolParentalRestrictiv	0.00	0.23	0.01	0.989		
Depresie	-0.24	0.20	-1.18	0.238		
RelatiaCuPartenerul	0.57	0.16	3.55	<.001		
Cunoastere	-0.12	0.26	-0.45	0.653		
SuportAfectivManagStresului	-0.17	0.21	-0.81	0.418		
Disciplinare	-0.12	0.18	-0.67	0.503		
ManagTimpului	-0.15	0.22	-0.69	0.493		
ManagCrizelor	-0.24	0.27	-0.89	0.372		

Tabel 3.8. Rolul abilităților parentale asupra Anxietății

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.81	0.66	34.65	12	215	<.001
Model Coefficients - Anxietate/Frica						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	94.24	14.53	6.48	<.001		
Competenta	0.04	0.13	0.28	0.781		
Izolare	-0.15	0.10	-1.49	0.139		
Atasament	-0.21	0.13	-1.70	0.091		
Sanatate	-0.38	0.13	-2.93	0.004		
RolParentalRestrictiv	-0.02	0.13	-0.19	0.852		
Depresie	-0.15	0.11	-1.37	0.171		
RelatiaCuPartenerul	0.67	0.09	7.43	<.001		
Cunoastere	0.33	0.15	2.22	0.027		
SuportAfectivManagStresului	-0.26	0.12	-2.11	0.036		
Disciplinare	-0.16	0.10	-1.55	0.122		
ManagTimpului	0.29	0.13	2.30	0.022		
ManagCrizelor	-0.80	0.15	-5.15	<.001		

Tabel 3.9. Rolul abilităților parentale asupra Deficitului de atenție

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.33	0.11	2.20	12	215	0.013
Model Coefficients - DeficitAtentie						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	59.49	25.51	2.33	0.021		
Competenta	0.26	0.22	1.18	0.239		
Izolare	0.11	0.18	0.61	0.540		
Atasament	0.10	0.22	0.43	0.664		
Sanatate	-0.41	0.23	-1.81	0.072		
RolParentalRestrictiv	-0.19	0.23	-0.81	0.419		
Depresie	-0.16	0.20	-0.79	0.428		
RelatiaCuPartenerul	0.23	0.16	1.47	0.143		
Cunoastere	0.01	0.26	0.03	0.976		
SuportAfectivManagStresului	0.25	0.21	1.19	0.236		
Disciplinare	-0.09	0.18	-0.50	0.616		
ManagTimpului	-0.20	0.22	-0.90	0.368		
ManagCrizelor	-0.34	0.26	-1.30	0.196		

Tabel 3.10. Rolul abilităților parentale asupra Tendințelor obsesiv compulsive

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.41	0.17	3.59	12	215	<.001
Model Coefficients - TendinteObsesivCompulsive						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	34.66	23.82	1.45	0.147		
Competenta	0.06	0.21	0.30	0.763		
Izolare	-0.22	0.17	-1.34	0.180		
Atasament	-0.08	0.21	-0.38	0.703		
Sanatate	-0.12	0.21	-0.55	0.580		
RolParentalRestrictiv	0.28	0.22	1.28	0.202		
Depresie	0.06	0.18	0.30	0.764		
RelatiaCuPartenerul	0.30	0.15	2.00	0.046		
Cunoastere	-0.16	0.24	-0.68	0.500		
SuportAfectivManagStresului	0.16	0.20	0.83	0.408		
Disciplinare	0.08	0.17	0.45	0.653		
ManagTimpului	-0.25	0.21	-1.22	0.223		
ManagCrizelor	-0.11	0.25	-0.45	0.653		

Tabel 3.11. Rolul abilităților parentale asupra Problemelor de conduită

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.55	0.30	7.64	12	215	<.001

Model Coefficients - ProblemeConduita					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	43.83	20.87	2.10	0.037	
Competenta	-0.24	0.18	-1.32	0.188	
Izolare	-0.11	0.15	-0.73	0.468	
Atasament	0.00	0.18	0.00	1.000	
Sanatate	-0.18	0.19	-0.99	0.323	
RolParentalRestrictiv	0.11	0.19	0.59	0.558	
Depresie	-0.10	0.16	-0.60	0.550	
RelatiaCuPartenerul	0.60	0.13	4.63	<.001	
Cunoastere	0.19	0.21	0.87	0.383	
SuportAfectivManagStresului	-0.13	0.17	-0.73	0.467	
Disciplinare	-0.18	0.15	-1.20	0.231	
ManagTimpului	0.04	0.18	0.24	0.810	
ManagCrizelor	-0.15	0.22	-0.68	0.500	

Tabel 3.12. Rolul abilităților parentale asupra Comportamentelor disruptive

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.54	0.29	7.42	12	215	<.001

Model Coefficients - ComportamenteDisruptive					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	69.81	21.27	3.28	0.001	
Competenta	0.09	0.18	0.48	0.629	
Izolare	0.11	0.15	0.72	0.474	
Atasament	-0.03	0.19	-0.14	0.887	
Sanatate	-0.47	0.19	-2.47	0.014	
RolParentalRestrictiv	-0.15	0.19	-0.80	0.425	
Depresie	0.11	0.17	0.68	0.499	
RelatiaCuPartenerul	0.39	0.13	2.95	0.003	
Cunoastere	-0.02	0.22	-0.10	0.918	
SuportAfectivManagStresului	-0.14	0.18	-0.77	0.440	
Disciplinare	-0.39	0.15	-2.62	0.009	
ManagTimpului	0.37	0.18	2.00	0.047	
ManagCrizelor	-0.39	0.22	-1.75	0.081	

Tabel 3.13. Rolul abilităților parentale asupra Dispoziției depresive

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.71	0.50	18.19	12	215	<.001
Model Coefficients - DispozitieDepresiva						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	78.68	17.00	4.63	<.001		
Competenta	-0.22	0.15	-1.52	0.129		
Izolare	-0.08	0.12	-0.64	0.524		
Atasament	0.10	0.15	0.71	0.480		
Sanatate	-0.06	0.15	-0.42	0.676		
RolParentalRestrictiv	0.10	0.15	0.66	0.512		
Depresie	-0.16	0.13	-1.20	0.230		
RelatiaCuPartenerul	0.60	0.11	5.65	<.001		
Cunoastere	-0.15	0.17	-0.87	0.386		
SuportAfectivManagStresului	-0.29	0.14	-2.04	0.043		
Disciplinare	-0.23	0.12	-1.88	0.062		
ManagTimpului	0.16	0.15	1.12	0.265		
ManagCrizelor	-0.27	0.18	-1.51	0.133		

Tabel 3.14. Rolul abilităților parentale asupra Distorsionării realității

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.71	0.50	17.87	12	215	<.001
Model Coefficients - DistorsionareaRealitatii						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	27.70	25.34	1.09	0.276		
Competenta	-0.08	0.22	-0.37	0.710		
Izolare	0.02	0.18	0.14	0.890		
Atasament	-0.05	0.22	-0.22	0.823		
Sanatate	-0.40	0.23	-1.79	0.075		
RolParentalRestrictiv	-0.03	0.23	-0.15	0.881		
Depresie	0.10	0.20	0.50	0.616		
RelatiaCuPartenerul	1.08	0.16	6.84	<.001		
Cunoastere	-0.57	0.26	-2.20	0.029		
SuportAfectivManagStresului	0.02	0.21	0.10	0.924		
Disciplinare	0.18	0.18	1.00	0.320		
ManagTimpului	-0.23	0.22	-1.07	0.284		
ManagCrizelor	-0.13	0.26	-0.49	0.623		

Rezultatele analizei de regresie pentru testul *HiPIC*

Tabel 3.15. Rolul abilităților parentale asupra Stabilității emoționale

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.55	0.30	7.70	12	215	<.001

Model Coefficients - Stabilitate Emotionala					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	0.11	1.75	0.06	0.949	
Competenta	0.04	0.02	2.60	0.010	
Izolare	-0.00	0.01	-0.21	0.830	
Atasament	0.01	0.02	0.67	0.501	
Sanatate	0.05	0.02	2.89	0.004	
RolParentalRestrictiv	-0.00	0.02	-0.05	0.964	
Depresie	-0.01	0.01	-0.62	0.538	
RelatiaCuPartenerul	-0.04	0.01	-4.16	<.001	
Cunoastere	0.00	0.02	0.09	0.927	
SuportAfectivManagStresului	0.01	0.01	0.36	0.720	
Disciplinare	0.00	0.01	0.26	0.798	
ManagTimpului	0.01	0.02	0.83	0.405	
ManagCrizelor	0.01	0.02	0.79	0.431	

Tabel 3.16. Rolul abilităților parentale asupra Extraversiei

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.34	0.12	2.35	12	215	0.007

Model Coefficients - Extraversie					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	4.17	1.77	2.36	0.019	
Competenta	0.00	0.02	0.15	0.881	
Izolare	0.01	0.01	0.78	0.438	
Atasament	0.01	0.02	0.57	0.568	
Sanatate	0.00	0.02	0.25	0.801	
RolParentalRestrictiv	-0.01	0.02	-0.86	0.392	
Depresie	0.01	0.01	0.72	0.471	
RelatiaCuPartenerul	-0.02	0.01	-2.07	0.039	
Cunoastere	0.01	0.02	0.68	0.500	
SuportAfectivManagStresului	0.01	0.01	0.45	0.656	
Disciplinare	-0.01	0.01	-0.75	0.456	
ManagTimpului	-0.01	0.02	-0.57	0.568	
ManagCrizelor	0.01	0.02	0.81	0.417	

Tabel 3.17. Rolul abilităților parentale asupra Imaginației

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.40	0.16	3.36	12	215	<.001
Model Coefficients - Imaginatie						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	0.16	1.70	0.09	0.926		
Competenta	0.03	0.01	2.17	0.031		
Izolare	-0.00	0.01	-0.33	0.741		
Atasament	0.03	0.01	1.81	0.071		
Sanatate	0.03	0.02	1.76	0.080		
RolParentalRestrictiv	-0.03	0.02	-1.85	0.065		
Depresie	0.02	0.01	1.27	0.204		
RelatiaCuPartenerul	-0.01	0.01	-1.41	0.161		
Cunoastere	0.02	0.02	1.34	0.180		
SuportAfectivManagStresului	0.00	0.01	0.34	0.735		
Disciplinare	0.01	0.01	0.65	0.516		
ManagTimpului	-0.01	0.01	-0.56	0.576		
ManagCrizelor	0.01	0.02	0.56	0.578		

Tabel 3.18. Rolul abilităților parentale asupra Benevolenței

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.25	0.06	1.19	12	215	0.288
Model Coefficients - Benevolenta						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	5.93	2.10	2.83	0.005		
Competenta	0.02	0.02	0.96	0.337		
Izolare	-0.00	0.01	-0.03	0.975		
Atasament	0.01	0.02	0.40	0.690		
Sanatate	-0.01	0.02	-0.76	0.447		
RolParentalRestrictiv	0.01	0.02	0.60	0.547		
Depresie	0.01	0.02	0.41	0.683		
RelatiaCuPartenerul	-0.03	0.01	-2.64	0.009		
Cunoastere	0.02	0.02	0.81	0.420		
SuportAfectivManagStresului	-0.01	0.02	-0.54	0.591		
Disciplinare	-0.01	0.01	-0.80	0.426		
ManagTimpului	-0.01	0.02	-0.37	0.713		
ManagCrizelor	0.00	0.02	0.12	0.905		

Tabel 3.19. Rolul abilităților parentale asupra Conștiinciozității

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.31	0.10	1.93	12	215	0.032
Model Coefficients - Conștiinciozitate						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	5.11	1.64	3.12	0.002		
Competenta	0.00	0.01	0.04	0.966		
Izolare	-0.01	0.01	-0.72	0.472		
Atasament	-0.01	0.01	-0.59	0.554		
Sanatate	0.02	0.01	1.28	0.201		
RolParentalRestrictiv	0.00	0.01	0.18	0.858		
Depresie	-0.01	0.01	-0.62	0.536		
RelatiaCuPartenerul	-0.02	0.01	-1.96	0.051		
Cunoastere	0.00	0.02	0.09	0.926		
SuportAfectivManagStresului	-0.01	0.01	-0.71	0.479		
Disciplinare	0.02	0.01	1.76	0.079		
ManagTimpului	-0.01	0.01	-0.87	0.383		
ManagCrizelor	0.01	0.02	0.66	0.510		

Rezultatele analizei de regresie pentru testul *CSI4*

Tabel 3.20. Rolul abilităților parentale asupra ADHD tipul neatent

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.42	0.18	3.87	12	215	<.001
Model Coefficients - ADHDtipulneatent						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	27.48	11.33	2.42	0.016		
Competenta	0.23	0.10	2.38	0.018		
Izolare	0.13	0.08	1.69	0.093		
Atasament	-0.07	0.10	-0.73	0.468		
Sanatate	-0.04	0.10	-0.37	0.711		
RolParentalRestrictiv	0.01	0.10	0.10	0.924		
Depresie	-0.07	0.09	-0.74	0.460		
RelatiaCuPartenerul	-0.07	0.07	-1.01	0.315		
Cunoastere	-0.19	0.12	-1.63	0.104		
SuportAfectivManagStresului	-0.07	0.09	-0.69	0.492		
Disciplinare	0.24	0.08	3.01	0.003		
ManagTimpului	-0.08	0.10	-0.83	0.406		
ManagCrizelor	0.32	0.12	2.70	0.007		

Tabel 3.21. Rolul abilităților parentale asupra ADHD tipul hiperactiv-impulsiv

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.34	0.11	2.27	12	215	0.010
Model Coefficients - ADHDtipulHiperactiv-impulsiv						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	52.57	8.54	6.15	<.001		
Competenta	-0.07	0.07	-0.92	0.356		
Izolare	-0.04	0.06	-0.74	0.461		
Atasament	0.09	0.07	1.18	0.239		
Sanatate	-0.06	0.08	-0.77	0.444		
RolParentalRestrictiv	0.06	0.08	0.80	0.425		
Depresie	0.11	0.07	1.73	0.084		
RelatiaCuPartenerul	-0.15	0.05	-2.84	0.005		
Cunoastere	-0.14	0.09	-1.58	0.115		
SuportAfectivManagStresului	-0.02	0.07	-0.32	0.752		
Disciplinare	-0.07	0.06	-1.16	0.246		
ManagTimpului	0.09	0.07	1.23	0.222		
ManagCrizelor	0.11	0.09	1.29	0.197		

Tabel 3.22. Rolul abilităților parentale asupra ADHD tipul combinat

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.70	0.49	16.92	12	215	<.001
Model Coefficients - ADHDtipulCombinat						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	31.74	6.87	4.62	<.001		
Competenta	-0.06	0.06	-0.99	0.321		
Izolare	0.01	0.05	0.20	0.838		
Atasament	0.12	0.06	1.93	0.055		
Sanatate	-0.06	0.06	-1.06	0.291		
RolParentalRestrictiv	-0.07	0.06	-1.07	0.288		
Depresie	0.20	0.05	3.81	<.001		
RelatiaCuPartenerul	-0.21	0.04	-5.01	<.001		
Cunoastere	-0.05	0.07	-0.68	0.494		
SuportAfectivManagStresului	0.13	0.06	2.20	0.029		
Disciplinare	0.02	0.05	0.42	0.675		
ManagTimpului	0.01	0.06	0.10	0.921		
ManagCrizelor	0.21	0.07	2.94	0.004		

Tabel 3.23. Rolul abilităților parentale asupra Opoziționismului provocator

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.42	0.18	3.84	12	215	<.001
Model Coefficients - Tulburarea Opoziționismul Provocator						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	45.88	10.73	4.27	<.001		
Competenta	-0.04	0.09	-0.44	0.662		
Izolare	-0.08	0.07	-1.09	0.279		
Atasament	0.14	0.09	1.45	0.149		
Sanatate	0.05	0.10	0.49	0.628		
RolParentalRestrictiv	0.04	0.10	0.43	0.667		
Depresie	0.05	0.08	0.63	0.528		
RelatiaCuPartenerul	-0.23	0.07	-3.40	<.001		
Cunoastere	-0.00	0.11	-0.03	0.976		
SuportAfectivManagStresului	0.09	0.09	1.03	0.302		
Disciplinare	0.03	0.08	0.35	0.727		
ManagTimpului	0.01	0.09	0.10	0.923		
ManagCrizelor	0.02	0.11	0.17	0.867		

Tabel 3.24. Rolul abilităților parentale asupra Tulburării de conduită

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.30	0.09	1.79	12	215	0.051
Model Coefficients - Tulburare De Conduită						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	47.79	9.93	4.81	<.001		
Competenta	-0.09	0.09	-1.00	0.318		
Izolare	-0.12	0.07	-1.75	0.082		
Atasament	0.00	0.09	0.01	0.993		
Sanatate	0.04	0.09	0.41	0.679		
RolParentalRestrictiv	0.02	0.09	0.25	0.801		
Depresie	0.11	0.08	1.39	0.166		
RelatiaCuPartenerul	-0.06	0.06	-0.95	0.344		
Cunoastere	-0.14	0.10	-1.37	0.171		
SuportAfectivManagStresului	0.01	0.08	0.10	0.920		
Disciplinare	0.12	0.07	1.70	0.091		
ManagTimpului	-0.03	0.09	-0.39	0.697		
ManagCrizelor	0.21	0.10	2.07	0.040		

Tabel 3.25. Rolul abilităților parentale asupra Anxietății generalizate

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.58	0.33	8.90	12	215	<.001
Model Coefficients - AnxietateGeneralizată						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	92.52	10.50	8.81	<.001		
Competenta	-0.08	0.09	-0.89	0.373		
Izolare	-0.13	0.07	-1.84	0.067		
Atasament	-0.06	0.09	-0.63	0.527		
Sanatate	-0.08	0.09	-0.88	0.381		
RolParentalRestrictiv	0.05	0.10	0.52	0.605		
Depresie	-0.10	0.08	-1.28	0.203		
RelatiaCuPartenerul	0.19	0.07	2.92	0.004		
Cunoastere	0.13	0.11	1.17	0.243		
SuportAfectivManagStresului	-0.09	0.09	-1.08	0.283		
Discipline	-0.15	0.07	-2.06	0.041		
ManagTimpului	-0.09	0.09	-0.98	0.329		
ManagCrizelor	-0.16	0.11	-1.43	0.153		

Tabel 3.26. Rolul abilităților parentale asupra Fobiei specifice

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.40	0.16	3.49	12	215	<.001
Model Coefficients - FobieSpecifică						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	42.15	16.52	2.55	0.011		
Competenta	0.00	0.14	0.02	0.980		
Izolare	-0.06	0.12	-0.52	0.600		
Atasament	-0.07	0.14	-0.49	0.627		
Sanatate	0.09	0.15	0.63	0.527		
RolParentalRestrictiv	-0.34	0.15	-2.25	0.025		
Depresie	-0.13	0.13	-1.04	0.297		
RelatiaCuPartenerul	0.24	0.10	2.33	0.021		
Cunoastere	-0.32	0.17	-1.92	0.057		
SuportAfectivManagStresului	-0.21	0.14	-1.56	0.121		
Discipline	0.07	0.12	0.64	0.523		
ManagTimpului	0.09	0.14	0.62	0.534		
ManagCrizelor	0.02	0.17	0.15	0.885		

Tabel 3.27. Rolul abilităților parentale asupra Obsesiilor

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.74	0.55	21.94	12	215	<.001
Model Coefficients - Obsesii						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	-4.94	14.75	-0.34	0.738		
Competenta	0.03	0.13	0.20	0.842		
Izolare	-0.05	0.10	-0.46	0.644		
Atasament	0.24	0.13	1.84	0.067		
Sanatate	0.16	0.13	1.24	0.217		
RolParentalRestrictiv	-0.00	0.13	-0.03	0.973		
Depresie	0.46	0.11	4.05	<.001		
RelatiaCuPartenerul	-0.64	0.09	-6.95	<.001		
Cunoastere	-0.10	0.15	-0.66	0.513		
SuportAfectivManagStresului	0.47	0.12	3.85	<.001		
Disciplinare	0.15	0.10	1.40	0.162		
ManagTimpului	-0.08	0.13	-0.67	0.505		
ManagCrizelor	0.14	0.15	0.94	0.347		

Tabel 3.28. Rolul abilităților parentale asupra Compulsiilor

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.57	0.32	8.54	12	215	<.001
Model Coefficients - Compulsii						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	65.85	19.49	3.38	<.001		
Competenta	-0.05	0.17	-0.31	0.759		
Izolare	0.02	0.14	0.15	0.884		
Atasament	-0.04	0.17	-0.25	0.803		
Sanatate	-0.11	0.17	-0.66	0.510		
RolParentalRestrictiv	0.12	0.18	0.66	0.511		
Depresie	-0.36	0.15	-2.36	0.019		
RelatiaCuPartenerul	0.36	0.12	2.98	0.003		
Cunoastere	-0.09	0.20	-0.43	0.665		
SuportAfectivManagStresului	-0.24	0.16	-1.50	0.134		
Disciplinare	0.07	0.14	0.52	0.601		
ManagTimpului	-0.23	0.17	-1.36	0.176		
ManagCrizelor	-0.37	0.20	-1.81	0.071		

Tabel 3.29. Rolul abilităților parentale asupra Stresului post-traumatic

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.46	0.21	4.71	12	215	<.001

Model Coefficients - StresPostTraumatic					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	64.04	8.96	7.14	<.001	
Competenta	0.04	0.08	0.54	0.592	
Izolare	-0.00	0.06	-0.04	0.966	
Atasament	-0.03	0.08	-0.35	0.724	
Sanatate	-0.09	0.08	-1.15	0.252	
RolParentalRestrictiv	-0.06	0.08	-0.77	0.440	
Depresie	-0.09	0.07	-1.24	0.217	
RelatiaCuPartenerul	0.18	0.06	3.17	0.002	
Cunoastere	0.19	0.09	2.05	0.042	
SuportAfectivManagStresului	-0.10	0.07	-1.39	0.167	
Disciplinare	-0.06	0.06	-0.88	0.382	
ManagTimpului	-0.04	0.08	-0.51	0.610	
ManagCrizelor	-0.09	0.09	-0.97	0.331	

Tabel 3.30. Rolul abilităților parentale asupra Ticurilor motorii

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.37	0.14	2.85	12	215	0.001

Model Coefficients - TicuriMotorii					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	15.97	22.91	0.70	0.486	
Competenta	0.37	0.20	1.86	0.065	
Izolare	0.03	0.16	0.16	0.872	
Atasament	-0.03	0.20	-0.17	0.865	
Sanatate	-0.22	0.20	-1.06	0.292	
RolParentalRestrictiv	-0.03	0.21	-0.14	0.885	
Depresie	-0.10	0.18	-0.57	0.571	
RelatiaCuPartenerul	0.23	0.14	1.63	0.105	
Cunoastere	-0.10	0.23	-0.43	0.669	
SuportAfectivManagStresului	-0.32	0.19	-1.66	0.099	
Disciplinare	0.02	0.16	0.10	0.924	
ManagTimpului	0.21	0.20	1.06	0.291	
ManagCrizelor	-0.12	0.24	-0.49	0.622	

Tabel 3.31. Rolul abilităților parentale asupra Ticurilor vocale

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.26	0.07	1.30	12	215	0.222

Model Coefficients - TicuriVocale					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	6.56	14.71	0.45	0.656	
Competenta	0.01	0.13	0.04	0.965	
Izolare	-0.03	0.10	-0.34	0.736	
Atasament	0.24	0.13	1.86	0.064	
Sanatate	0.05	0.13	0.36	0.722	
RolParentalRestrictiv	0.04	0.13	0.31	0.756	
Depresie	0.09	0.11	0.80	0.423	
RelatiaCuPartenerul	-0.08	0.09	-0.89	0.374	
Cunoastere	0.08	0.15	0.55	0.581	
SuportAfectivManagStresului	-0.05	0.12	-0.37	0.709	
Discipline	-0.02	0.10	-0.18	0.858	
ManagTimpului	-0.01	0.13	-0.08	0.940	
ManagCrizelor	-0.33	0.15	-2.16	0.032	

Tabel 3.32. Rolul abilităților parentale asupra Depresiei majore

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.50	0.25	6.09	12	215	<.001

Model Coefficients - TulburareDepresivaMajora					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	36.15	9.35	3.87	<.001	
Competenta	-0.04	0.08	-0.50	0.619	
Izolare	0.11	0.07	1.63	0.105	
Atasament	0.14	0.08	1.69	0.092	
Sanatate	0.08	0.08	0.95	0.346	
RolParentalRestrictiv	-0.03	0.09	-0.40	0.686	
Depresie	0.06	0.07	0.80	0.426	
RelatiaCuPartenerul	-0.17	0.06	-2.90	0.004	
Cunoastere	-0.16	0.10	-1.66	0.099	
SuportAfectivManagStresului	0.06	0.08	0.73	0.464	
Discipline	0.02	0.07	0.28	0.776	
ManagTimpului	-0.07	0.08	-0.92	0.360	
ManagCrizelor	0.23	0.10	2.41	0.017	

Tabel 3.33. Rolul abilităților parentale asupra Tulburării distimice

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.71	0.51	18.52	12	215	<.001
Model Coefficients - TulburareDistimica						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	89.10	9.73	9.15	<.001		
Competenta	0.06	0.08	0.75	0.455		
Izolare	-0.04	0.07	-0.58	0.562		
Atasament	-0.23	0.08	-2.76	0.006		
Sanatate	-0.03	0.09	-0.30	0.761		
RolParentalRestrictiv	0.03	0.09	0.38	0.701		
Depresie	-0.26	0.08	-3.49	<.001		
RelatiaCuPartenerul	0.32	0.06	5.30	<.001		
Cunoastere	0.23	0.10	2.31	0.022		
SuportAfectivManagStresului	-0.10	0.08	-1.23	0.221		
Disciplinare	-0.17	0.07	-2.48	0.014		
ManagTimpului	-0.06	0.08	-0.75	0.452		
ManagCrizelor	-0.29	0.10	-2.84	0.005		

Tabel 3.34. Rolul abilităților parentale asupra Tulburării autiste

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.80	0.64	31.39	12	215	<.001
Model Coefficients - TulburareAutista						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	69.29	15.89	4.36	<.001		
Competenta	0.02	0.14	0.17	0.866		
Izolare	0.02	0.11	0.21	0.837		
Atasament	-0.35	0.14	-2.53	0.012		
Sanatate	-0.31	0.14	-2.18	0.030		
RolParentalRestrictiv	0.03	0.14	0.18	0.860		
Depresie	-0.34	0.12	-2.74	0.007		
RelatiaCuPartenerul	0.82	0.10	8.30	<.001		
Cunoastere	-0.18	0.16	-1.13	0.260		
SuportAfectivManagStresului	-0.10	0.13	-0.73	0.464		
Disciplinare	-0.13	0.11	-1.15	0.250		
ManagTimpului	0.15	0.14	1.13	0.260		
ManagCrizelor	-0.51	0.16	-3.10	0.002		

Tabel 3.35. Rolul abilităților parentale asupra sindromului Asperger

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.83	0.68	38.33	12	215	<.001

Model Coefficients - SindromAsperger					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	71.21	15.29	4.66	<.001	
Competenta	-0.07	0.13	-0.53	0.599	
Izolare	-0.12	0.11	-1.10	0.274	
Atasament	-0.35	0.13	-2.65	0.009	
Sanatate	-0.22	0.14	-1.59	0.112	
RolParentalRestrictiv	-0.09	0.14	-0.64	0.524	
Depresie	-0.53	0.12	-4.47	<.001	
RelatiaCuPartenerul	0.96	0.09	10.15	<.001	
Cunoastere	0.30	0.16	1.93	0.055	
SuportAfectivManagStresului	-0.33	0.13	-2.58	0.011	
Disciplinare	-0.01	0.11	-0.07	0.947	
ManagTimpului	-0.06	0.13	-0.46	0.648	
ManagCrizelor	-0.46	0.16	-2.90	0.004	

Tabel 3.36. Rolul abilităților parentale asupra Fobiei sociale

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.20	0.04	0.77	12	215	0.677

Model Coefficients - FobieSociala					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	49.31	8.17	6.04	<.001	
Competenta	-0.00	0.07	-0.01	0.989	
Izolare	-0.08	0.06	-1.44	0.152	
Atasament	0.05	0.07	0.71	0.476	
Sanatate	0.03	0.07	0.42	0.674	
RolParentalRestrictiv	0.04	0.07	0.55	0.585	
Depresie	-0.00	0.06	-0.04	0.969	
RelatiaCuPartenerul	0.01	0.05	0.17	0.863	
Cunoastere	-0.06	0.08	-0.68	0.499	
SuportAfectivManagStresului	-0.05	0.07	-0.78	0.433	
Disciplinare	-0.02	0.06	-0.29	0.771	
ManagTimpului	-0.00	0.07	-0.04	0.967	
ManagCrizelor	0.04	0.08	0.46	0.647	

Tabel 3.37. Rolul abilităților parentale asupra Anxietății de separare

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.62	0.38	11.09	12	215	<.001

Model Coefficients - AnxietateDeSeparare					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	73.77	9.70	7.60	<.001	
Competenta	-0.00	0.08	-0.01	0.990	
Izolare	0.06	0.07	0.91	0.364	
Atasament	-0.09	0.08	-1.12	0.263	
Sanatate	-0.11	0.09	-1.25	0.214	
RolParentalRestrictiv	0.05	0.09	0.53	0.600	
Depresie	-0.15	0.08	-1.97	0.050	
RelatiaCuPartenerul	0.27	0.06	4.52	<.001	
Cunoastere	0.14	0.10	1.42	0.157	
SuportAfectivManagStresului	-0.05	0.08	-0.59	0.555	
Disciplinare	0.02	0.07	0.28	0.778	
ManagTimpului	-0.02	0.08	-0.22	0.827	
ManagCrizelor	-0.37	0.10	-3.70	<.001	

Rezultatele analizei de regresie pentru testul *PSI4*

Tabel 3.38. Rolul abilităților parentale asupra Deficitului de atenție (PSI4)

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.39	0.15	3.19	12	215	<.001

Model Coefficients - DeficitAtentie (2)					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	46.59	11.35	4.11	<.001	
Competenta	-0.21	0.10	-2.13	0.034	
Izolare	-0.04	0.08	-0.50	0.621	
Atasament	-0.01	0.10	-0.09	0.932	
Sanatate	0.03	0.10	0.29	0.770	
RolParentalRestrictiv	-0.18	0.10	-1.73	0.085	
Depresie	0.28	0.09	3.21	0.002	
RelatiaCuPartenerul	-0.03	0.07	-0.42	0.677	
Cunoastere	0.22	0.12	1.89	0.060	
SuportAfectivManagStresului	0.21	0.09	2.21	0.028	
Disciplinare	-0.04	0.08	-0.52	0.603	
ManagTimpului	-0.15	0.10	-1.55	0.123	
ManagCrizelor	-0.00	0.12	-0.02	0.987	

Tabel 3.39. Rolul abilităților parentale asupra Adaptării

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.63	0.39	11.62	12	215	<.001
Model Coefficients - Adaptare						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	48.60	10.69	4.55	<.001		
Competenta	-0.09	0.09	-0.95	0.342		
Izolare	0.00	0.07	0.01	0.996		
Atasament	0.13	0.09	1.38	0.168		
Sanatate	-0.17	0.10	-1.74	0.084		
RolParentalRestrictiv	-0.01	0.10	-0.11	0.915		
Depresie	0.19	0.08	2.24	0.026		
RelatiaCuPartenerul	0.32	0.07	4.77	<.001		
Cunoastere	0.16	0.11	1.44	0.150		
SuportAfectivManagStresului	-0.05	0.09	-0.62	0.539		
Disciplinare	-0.15	0.08	-1.99	0.048		
ManagTimpului	0.06	0.09	0.70	0.486		
ManagCrizelor	-0.15	0.11	-1.32	0.188		

Tabel 3.40. Rolul abilităților parentale asupra Recompensei părintelui

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.44	0.19	4.27	12	215	<.001
Model Coefficients - RecompensaParintelui						
Predictor	Estimate	SE	t	p		
Intercept	31.55	10.61	2.97	0.003		
Competenta	-0.04	0.09	-0.39	0.700		
Izolare	0.18	0.07	2.49	0.013		
Atasament	-0.04	0.09	-0.44	0.661		
Sanatate	0.17	0.09	1.76	0.079		
RolParentalRestrictiv	-0.03	0.10	-0.30	0.768		
Depresie	0.05	0.08	0.56	0.578		
RelatiaCuPartenerul	-0.10	0.07	-1.51	0.133		
Cunoastere	0.02	0.11	0.14	0.887		
SuportAfectivManagStresului	-0.06	0.09	-0.68	0.499		
Disciplinare	0.16	0.08	2.12	0.035		
ManagTimpului	0.12	0.09	1.32	0.187		
ManagCrizelor	-0.04	0.11	-0.39	0.695		

Tabel 3.41. Rolul abilităților parentale asupra Solicităților

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.45	0.20	4.49	12	215	<.001

Model Coefficients - Solicitari					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	31.64	8.86	3.57	<.001	
Competenta	-0.03	0.08	-0.44	0.662	
Izolare	-0.05	0.06	-0.80	0.425	
Atasament	0.12	0.08	1.54	0.124	
Sanatate	0.20	0.08	2.50	0.013	
RolParentalRestrictiv	-0.13	0.08	-1.57	0.118	
Depresie	-0.01	0.07	-0.21	0.835	
RelatiaCuPartenerul	-0.05	0.05	-0.91	0.363	
Cunoastere	-0.04	0.09	-0.41	0.684	
SuportAfectivManagStresului	0.01	0.07	0.12	0.901	
Discipline	0.03	0.06	0.49	0.621	
ManagTimpului	0.02	0.08	0.22	0.823	
ManagCrizelor	0.22	0.09	2.41	0.017	

Tabel 3.42. Rolul abilităților parentale asupra Stării afective

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.78	0.60	26.95	12	215	<.001

Model Coefficients - StareAfectiva					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	18.71	9.00	2.08	0.039	
Competenta	-0.06	0.08	-0.78	0.436	
Izolare	-0.03	0.06	-0.55	0.584	
Atasament	0.09	0.08	1.10	0.273	
Sanatate	-0.02	0.08	-0.29	0.775	
RolParentalRestrictiv	0.04	0.08	0.53	0.594	
Depresie	0.04	0.07	0.62	0.536	
RelatiaCuPartenerul	0.55	0.06	9.91	<.001	
Cunoastere	0.07	0.09	0.72	0.471	
SuportAfectivManagStresului	-0.04	0.08	-0.57	0.572	
Discipline	0.00	0.06	0.03	0.977	
ManagTimpului	0.10	0.08	1.35	0.180	
ManagCrizelor	-0.07	0.09	-0.73	0.467	

Tabel 3.43. Rolul abilităților parentale asupra Acceptării

Model Fit Measures						
Model	R	R ²	Overall Model Test			
			F	df1	df2	p
1	0.62	0.39	11.29	12	215	<.001

Model Coefficients - Acceptare					
Predictor	Estimate	SE	t	p	
Intercept	27.01	6.44	4.19	<.001	
Competenta	-0.03	0.06	-0.46	0.643	
Izolare	0.05	0.04	1.18	0.238	
Atasament	0.11	0.06	1.94	0.053	
Sanatate	0.07	0.06	1.25	0.212	
RolParentalRestrictiv	0.05	0.06	0.88	0.380	
Depresie	0.23	0.05	4.56	<.001	
RelatiaCuPartenerul	-0.21	0.04	-5.31	<.001	
Cunoastere	-0.12	0.07	-1.84	0.067	
SuportAfectivManagStresului	0.01	0.05	0.27	0.785	
Disciplinare	0.04	0.05	0.94	0.346	
ManagTimpului	-0.05	0.06	-0.85	0.398	
ManagCrizelor	0.15	0.07	2.21	0.028	

ANEXA 4 Programul de intervenție psihologică

4.1 Model de program de intervenție psihologică individuală a copilului (continuare)

Ședința 2 – Conștientizarea de sine

1.Învățăm să ne relaxăm!

Exercițiul are ca obiectiv pregătirea copilului pentru identificarea și explorarea emoțiilor și cognițiilor în vederea exprimării și conștientizării de sine și a propriilor trăiri.

La începutul ședinței terapeutul îi propune copilului un exercițiu de relaxare prin tehnica respirației dirijate.

Scop: detensionarea copilului, introducerea și pregătirea pentru exercițiul ulterior de imagerie dirijată;

Durata: 5-7 minute;

Tehnica utilizată: respirație dirijată;

Descrierea activității: Terapeutul realizează instructajul exercițiului, astfel:

„Te așezi într-o poziție comodă, cea mai comodă pe care o poți găsi. Încearcă să te miști cât mai puțin, să te întinzi dacă simți nevoia și să îți modifice poziția corpului astfel încât să fie cât mai comodă, să te simți cât de bine dorești.

Închide ochii și fii foarte atent la ceea ce se întâmplă în jurul tău. Vei constata că poți percepe o mulțime de lucruri din jur, poți să simți anumite obiecte, să auzi sunete, să simți mirosuri, astfel că ești atent la ceea ce se întâmplă în jurul tău. Acum poți să-ți îndrepti atenția asupra corpului tău și să lași corpul să se relaxeze atât de bine cât vrei. Ești relaxat, respiri ușor și regulat, ești atent la respirația ta, la felul în care aerul intră în pieptul tău și iese. Intră și iese, ești foarte atent la aerul care intră și iese din pieptul tău. Vei observa că poți avea control asupra respirației tale, că o poți face cât de liniștită dorești, așa că acum, respiri ușor, te destinzi, te relaxezi. Aerul intră și iese din pieptul tău iar tu te relaxezi. Te gândești și ești conștient de felul în care respiri ușor și liniștit, de aerul care intră și iese din pieptul tău, ești relaxat și pe deplin liniștit. Rămâi în acest fel câteva minute, sau oricât ai nevoie. Dacă te-ai relaxat suficient, când dorești, poți să revii ușor.. În mometul în care te simți pregătit, poți să deschizi ochii și să începi să te miști”.

Efectele obținute: exercițiul a ajutat copilul să se detensioneze și să conștientizeze controlul asupra respirației sale cu efect de relaxare, restabilirea respirației ajutându-l pe copil să se calmeze și să recapete controlul.

2. Supereroul!

În continuare, în contextul atmosferei calde și relaxate, psihologul îi solicită copilului implicarea în exercițiul de imagerie dirijată numit „Supereroul”.

Scop: înțelegerea de sine, identificarea resurselor și identificarea emoțiilor;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: art-terapie; imagerie dirijată;

Descrierea activității: Copilul este rugat să își imagineze și să răspundă la întrebarea:

„Dacăai putea fi un Supererou, ce ai vrea să fii?”, cu ajutorul căruia să proiecteze sentimente și emoții intense asupra personajelor folosite.

Ulterior, în virtutea atingerii scopului, terapeutul continuă cu alte întrebări care explorează exprimarea verbală dar mai ales nonverbală a copilului, reflectă modul de gândire, emoțiile și comportamentul copilului, astfel:

– „Ce puteri ai vrea să ai?”;

– „Ce puteri ai deja?”;

– „Ce ar vrea Supereroul să ne transmită?”.

În continuarea exercițiului terapeutul identifică resursele copilului împreună cu acesta, încurajează și determină copilul să ”vorbească” folosind personajele imaginate cu ajutorul cărora își exprimă gândurile, sentimentele și comportamentele care sunt dificile sau amenințătoare pentru a fi exprimate în mod direct.

Efectele obținute: Copilul proiectează sentimente și emoții intense asupra personajelor folosite, creând în acest fel o cale securizată și controlată pentru ventilarea emoțională, identifică resursele proprii pe care le poate utiliza pentru depășirea obstacolelor vieții, în contextul conștientizării de sine.

3. Mesaje în imagini!

Scop: exprimarea emoțiilor și a cognițiilor prin art-terapie;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: art-terapie; dialogul terapeutic;

Descrierea activității: Terapeutul pregătește materialele (hârtie, foarfecă, lipici, reviste) și menționează: „Decupează din reviste imagini care reprezintă ceea ce simți. Dacă preferi anumite obiecte care dau dovadă de anumite sentimente și simbolizează ceea ce simți, nu-i nicio problemă. Important este să-mi spui despre tine prin aceste imagini pe care tu le alegi! Apoi lipește-le pe foaia de hârtie și scrie mesajele care corespund acelor imagini!”.

Efectele obținute: copilul reușește să identifice și să elibereze emoțiile ținute sub tăcere, vorbind despre sentimentele lor.

Ședința 3 - Identificarea emoțiilor

1. Să vorbim despre emoții!

Copilul este susținut și încurajat să identifice emoțiile și să exploreze diverse situații pozitive sau

negative și trăirile afective asociate, prin utilizarea dialogului și a unor materiale terapeutice specifice – desenul și creioanele colorate. Obiectivul ședinței este de a demara învățarea exprimării și controlului emoțiilor în diferite situații expuse din viața personală.

Scop: identificarea emoțiilor și dezvoltarea exprimării emoționale;

Durata: 15 minunte;

Tehnica utilizată: desenul terapeutic, reflectarea emoțională;

Descrierea activității: Terapeutul discută cu copilul despre emoțiile pozitive (cele care ne plac) și emoțiile negative (cele care nu plac și care, atunci când apar, nu ne fac să ne simțim bine), solicitând copilului să ofere câte un exemplu pentru fiecare în parte, pentru verificarea înțelegerii. Ulterior, psihologul roagă copilul să expună câte o situație pe care a experimentat-o în viața sa și care i-a provocat următoarele emoții pozitive: bucurie, fericire, entuziasm, curaj.

Efectele obținute: copilul reușește să identifice și să numească atât emoțiile pozitive cât și pe cele negative și dobândește abilitatea de a asocia situația de viață cu trăirile emoționale manifestate.

2. Inima!

În partea a doua a ședinței terapeutice, psihologul oferă copilului o fișă de lucru (prezentată mai jos), [135] pentru a facilita în acest fel exprimarea emoțiilor negative printr-o modalitate securizantă și într-un cadru conținător și pentru identificarea unor moduri adecvate de a le gestiona.

Scop: identificarea emoțiilor negative și încurajarea exprimării emoționale în mediu securizant;

Durata: 20 minunte;

Tehnica utilizată: desenul terapeutic, reflectarea emoțională;

Descrierea activității: Psihologul prezintă copilului fișa de lucru citindu-i partea introductivă, astfel:

„Când nu ne împărtășim emoțiile acestea se pot transforma și poți avea coșmaruri din cauza asta.

În vis, sentimentele noastre pot lua forma unui monstru”

Apoi, solicită copilului să deseneze pe fișa de lucru folosind creioane colorate, stările emoționale negative prezentate în fișă, în măsură mai mare sau mai mică, după felul în care emoția respectivă este prezentă în ”inima” acestuia.

Ulterior, terapeutul discută cu copilul despre desenul său, despre emoția care „ocupă” locul cel mai mare în desen, despre situațiile din viața acestuia care îi provoacă emoțiile negative pe care le-a expus în desenul său, reflectându-i trăirile emoționale prin empatie și înțelegere.

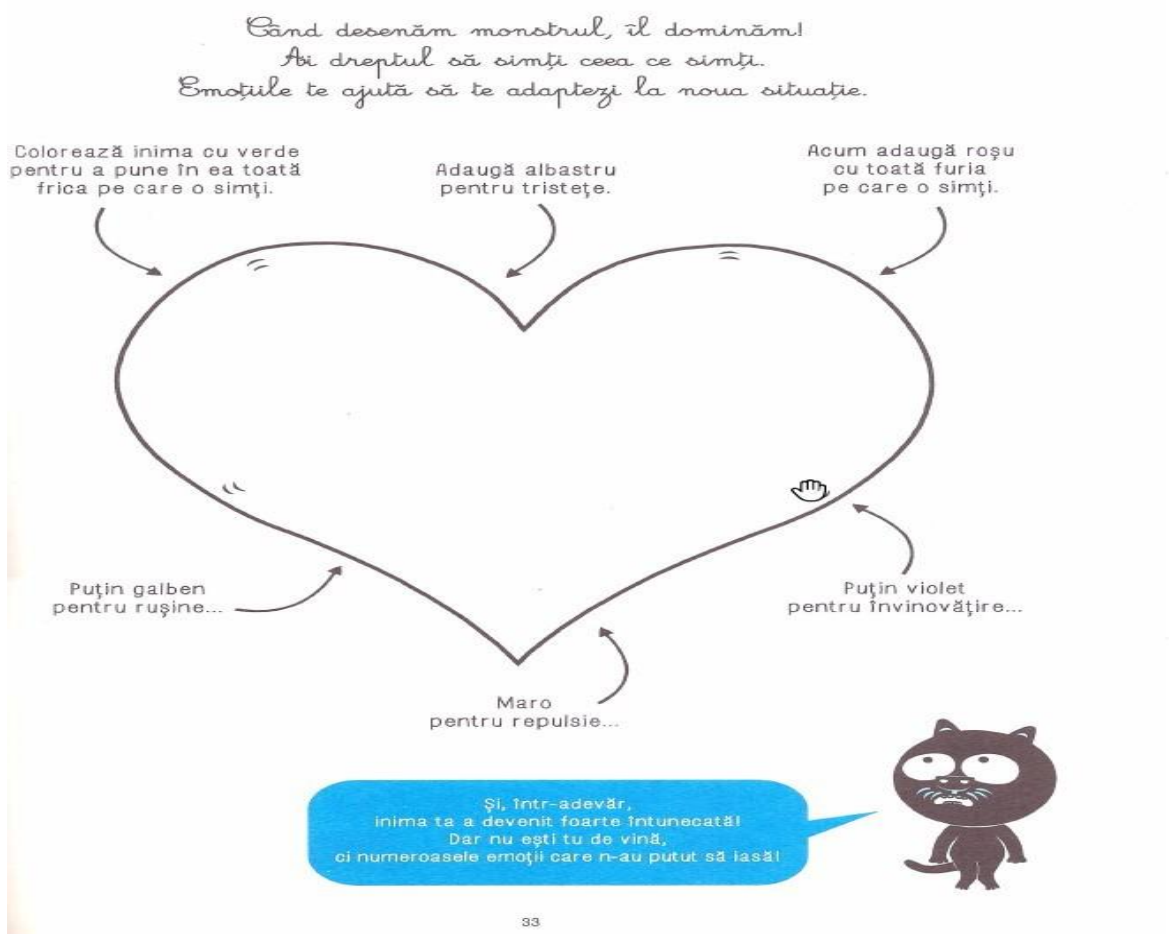
Totodată, terapeutul îl roagă pe copil să se gândească la modalități prin care să gestioneze emoțiile respective și să se simtă mai bine pentru a-i dezvolta abilitățile de control.

Cele mai întâlnite exemple de emoții desenate în cadrul fișei au fost: tristețe, furie, frică și supărare.

Efectele obținute: copilul reușește să identifice și să exprime emoțiile negative și dobândește

abilitatea de control al acestora.

Fișă de lucru Inima



3.Exprimarea muzicală!

Scop: exprimarea emoțiilor și dezvoltarea emoțională;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: meloterapie;

Descrierea activității: Pe baza fișei de lucru *Inima* pe care copilul a realizat-o, pentru fiecare emoție desenată, i se solicită copilului să aleagă și să asocieze sunetul vocal care reflectă cel mai bine emoția respectivă, în ordinea și cu intensitatea pe care le consideră necesare.

Efectele obținute: În cadrul acestei activități, sunetul îi va permite copilului să construiască un pasaj muzical care reflectă trăirea emoțională în intensitatea și consistența pe care le resimte, fără a fi nevoie să se folosească de cuvinte întrucât, copiii nu găsesc sau nu cunosc întotdeauna cuvintele adecvate pentru a-și exprima emoțiile.

Ședințele 4 -5 – Managementul gândurilor și emoțiilor asociate divorțului

1. Ne modelăm familia!

Exercițiul s-a centrat pe identificarea și exprimarea gândurilor și sentimentelor copilului prin

experiența tactilă, cu privire la experiența de divorț a părinților săi, acesta fiind un pas important în procesul de schimbare. O perspectivă exterioară ajută copilul să-și modifice percepțiile, să-și exprime emoțiile negative, sentimentele de vină și de confuzie resimțite în relație cu divorțul parental și cu schimbările asociate separării.

Scop: explorarea trăirilor copilului cu privire la sentimentul de siguranță și de apartenență folosind senzațiile tactile și manualitatea acestuia;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: exprimare simbolică pe suport artistic – modelaj în plastilină;

Descrierea activității: terapeutul solicită copilului să modeleze în plastilină casa în care locuiește în prezent și membrii familiei cu care acesta locuiește.

Efectele obținute: Activitatea a condus la identificarea percepției și a raportării copilului la conceptul de „acasă” și la schimbările consecvente divorțului parental. Prin tehnica folosită s-a realizat exprimarea gândurilor copilului utilizând suportul artistic și senzorial, astfel încât cognițiile neplăcute și greu de gestionat să devină mai facile.

2. „De la o casă la două case” [210]

Întrucât divorțul părinților presupune existența a două locuințe pentru copil, terapeutul solicită copilului construirea și a celeilalte case care aparține părintelui nerezident și a membrilor care locuiesc în ea.

Scop: explorarea trăirilor copilului cu privire la sentimentul de siguranță și de apartenență folosind senzațiile tactile și manualitatea acestuia;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: exprimare simbolică pe suport artistic – modelaj în plastilină;

Descrierea activității: Ulterior construirii casei în care copilul locuiește cu părintele rezident, terapeutul propune acestuia să realizeze, tot prin modelaj în plastilină, cealaltă casă, a părintelui nerezident și a familiei acestuia, în cazul în care acesta s-a recăsătorit sau are copii cu noua parteneră.

Efectele obținute: În continuarea primei tehnici și având un obiectiv comun, activitatea a condus la identificarea percepției și a raportării copilului la cei doi părinți, la familiile lor și la schimbările consecutive divorțului parental.

3. Să vorbim despre familia noastră!

Scop: identificarea și explorarea emoțiilor și cognițiilor cu privire la membrii familiei sale de bază, a familiei extinse sau a persoanelor prezente în viața copilului prin alianțele create;

Durata: 15 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, ascultare activă, reformulare;

Descrierea activității: La finalizarea modelajului, copilul este rugat să descrie liber fiecare membru realizat, să expună ceea ce consideră despre fiecare persoană construită, terapeutul manifestând curiozitate, susținere și ajutând copilul în exprimare.

Efectele obținute: copilul dezvoltă sentimentul de a se exprima liber și fără rețineri despre membrii familiei sale din cadrul celor două cămine și din perspectiva fiecărui părinte și a familiei acestuia.

4. Părinții mei locuiesc separat dar, mă iubesc la fel de mult! (partea 1)

Exercițiul realizat, privit dintr-o perspectivă multiplă, reflectă detalii despre sentimentul identității de sine al copilului, sentimentul de apartenență, conștientizarea gândurilor și emoțiilor cu privire la dinamica familială, își expune nevoile și dorințele cu privire la părinții săi.

Scop: pentru evaluarea relațiilor copilului cu membrii familiei și a percepției copilului cu privire la dinamica relațională existentă între părinții săi;

Durata: 15 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, ascultare activă, reformulare;

Descrierea activității: terapeutul solicită copilului expunerea celor mai plăcute experiențe din familia părintelui rezident, dar și cele mai dificile situații pe care acesta le-a experimentat alături de membrii familiei acestuia. De asemenea, terapeutul poate să obțină mai multe detalii despre rolul părintelui și activitățile pe care le desfășoară în comun cu fiecare membru, încurajând și ajutând copilul să se gândească și să expună momentele cele mai bune petrecute cu părintele său. Terapeutul susține copilul explorând împreună cu acesta gândurile și emoțiile pe care le trăiește prin întrebări ajutătoare, de exemplu, prin următoarele întrebări:

- „Cine locuiește în această casă?”;

- „Care este locul tău preferat din casa aceasta?”;

- „De ce este preferat?”;

- „Ce-mi poți spune despre...(o anumită figurină)”;

- „Ce ai observa dacă m-aș uita în casa aceasta?”;

- „Cum ai putea să faci să fie mai bine?”.

Copilul va răspunde la întrebările psihologului, folosind construcțiile din plastilină pe care le-a realizat, pentru vizualizarea situației și proiectarea nevoilor sale într-un mod adecvat.

Efectele obținute: copilul dezvoltă sentimentul de apartenență în funcție de cele două cămine și din perspectiva fiecărui părinte, a familiei acestuia și se raportează la situația de separare în mod realist, echidistant și integrat ceea ce îi conferă un management eficient al gândurilor și emoțiilor asociate divorțului.

5. Părinții mei locuiesc separat dar, mă iubesc la fel de mult! (partea a 2-a)

Scop: integrarea gândurilor și emoțiilor cu privire la sentimentul de siguranță și de apartenență

pentru ambii părinți; consolidarea managementului personal cu privire la trăirile;

Durata: 15 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, ascultare activă, reformulare;

Descrierea activității: ulterior, în vederea restructurării și completării percepției copilului cu privire la conceptul de separare, se realizează o integrare terapeutică a părintelui nerezident și a membrilor familiei acestuia prin expunerea, la fel ca și la părintele rezident, a rolului acestuia și a activităților pe care le desfășoară în comun cu fiecare membru, a celor mai plăcute experiențe din familia părintelui nerezident, dar și a celor mai dificile, încurajând și ajutând copilul prin întrebări structurate și directive sau lăsându-l să se exprime liber.

Efectele obținute: copilul dezvoltă sentimentul de siguranță și de apartenență în cele două cămine din perspectiva fiecărui părinte și a familiei acestuia și se raportează la situația de separare în mod realist, echidistant și integrat ceea ce îi conferă un management eficient al gândurilor și emoțiilor asociate divorțului. Se realizează o consolidare a managementului eficient de gestionare a gândurilor și a emoțiilor asociate divorțului.

Sedințele 6 - 7 - Când părinții se ceartă

1. Nu sunt vinovat când părinții se ceartă!

Exercițiul a avut ca obiective:

- creșterea capacității copilului de a manageria stările emoționale puternice care apar în situația în care părinții săi se ceartă;
- achiziționarea unor deprinderi și mecanisme de coping adaptative care să-i asigure modalități noi de a gestiona tristețea, confuzia, vina, îngrijorarea și conflictul de loialitate, sentimente specifice pe care le traversează în experiența divorțului parental.

Scop: dezvoltarea capacității copilului de a-și gestiona stările emoționale puternice în caz de conflict parental;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, completare fișă; reflectare emoțională;

Descrierea activității: Copilului i s-a înmănat o fișă cu o listă care cuprinde exemple de lucruri pentru care părinții se ceartă (*Fișa de activitate „Lucruri pentru care se ceartă părinții”*) și i s-a solicitat să încercuiască acele exemple specifice familiei sale și să completeze exemplele menționate în fișă cu unele personale; ulterior, copilul e rugat să-și aleagă, folosind câte o culoare diferită, care dintre acele lucruri îl deranjează cel mai mult. În funcție de alegerile copilului, terapeutul conversează și explorează cu acesta exemplele sale și trăirile emoționale pe care le resimte și totodată, îl provoacă, prin întrebări suplimentare, să-și expună emoțiile și gândurile cu privire la subiectele încercuite în fișă, oferindu-i susținere, empatie și înțelegere.

Fișă de activitate „Lucruri pentru care părinții se ceartă”

Această fișă este despre cum te descurci tu cu divorțul părinților. În fiecare familie este la fel dar lucrurile pot fi și diferite, însă cei mai mulți copii au dificultăți când părinții lor se ceartă. Încercuiește din lista de mai jos care sunt lucrurile pentru care părinții tăi se ceartă:

- ❖ **Ce haine să port**
- ❖ **Cât timp să stau cu fiecare părinte**
- ❖ **La ce emisiuni să mă uit**
- ❖ **La ce școală să merg**
- ❖ **Când și cum să-mi fac temele**
- ❖ **La ce activități să merg**
- ❖ **Ce să mănânc**
- ❖ **La ce doctor să mă ducă**
- ❖ **Ce prieteni să am**
- ❖ **Cum să îmi petrec vacanțele**
- ❖ **Ce treburi să fac**
- ❖ **Altele**

(tradus și adaptat după „*Things Parents Fight About*” - *Getting Through My Parents` Divorce*, Amy J.L. Baker, Katherine C. Andre) [95].

Copilului i s-a solicitat să încercuiască acele stări pe care consideră că le experimentează atunci când asistă la neînțelegerile dintre părinții săi.

Efectele obținute: Prin realizarea exercițiului, copilul primește o perspectivă clară, complexă și mai amplă a situației tensiunilor care îi privește pe părinții săi, prin identificarea și conștientizarea subiectelor prin care aceștia, în interacțiunea dintre ei, se manifestă necooperant și cu dificultate.

2. Emoții când părinții mei se ceartă!

Există preadolescenți cărora nu le este ușor să identifice trăirile pe care le experimentează în general și nici când se întâmplă ca părinții lor să se certe, în special când, subiectele puse în discuție de către aceștia se referă la aspecte specifice pentru creșterea și îngrijirea copilului lor. De aceea, pentru claritatea și structurarea informațiilor obținute în etapa anterioară, ulterior, copilului i s-a înmănat o a doua fișă care cuprinde o listă cu exemple de stări emoționale (*Fișă de lucru „Emoții când părinții se ceartă”*), prezentată mai jos, stări caracteristice experienței divorțului.

Scop: identificarea stărilor emoționale, autocunoaștere și dezvoltarea abilităților copilului de a-și gestiona trăirile emoționale puternice în caz de conflict parental;

Durata: 10 de minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic; completare fișă; reflectare emoțională;

Descrierea activității: I s-a solicitat copilului să încercuiască acele stări pe care consideră că le experimentează atunci când asistă la neînțelegerile dintre părinții săi.

Pe fondul ascultării active și reflexive, terapeutul îi înmânează cea de-a doua fișă de lucru în vederea creșterii gradului de clarificare și conștientizare emoțională:

Fișă de lucru "Emoții când părinții se ceartă"

Știi că, cei mai mulți copii au emoții puternice când părinții lor se ceartă? Emoțiile puternice pot fi greu de suportat dacă nu știm cum se numesc și cum să le facem față.

Încercuiește în lista de mai jos ce emoții crezi că simți tu atunci când părinții tăi se ceartă:

- **Tristețe**
- **Furie**
- **Frică**
- **Vină**
- **Îngrijorare**
- **Confuzie**
- **Suferință**

Ai încercuit toate emoțiile? Probabil că da. Asta pentru că, atunci când părinții se ceartă, copiii simt tot felul de emoții.

(tradus și adaptat după "Feelings, Feelings, Feelings" - Getting Through My Parents' Divorce, Amy J.L. Baker, Katherine C. Andre) [95].

Efectele obținute: Activitatea realizată prin completarea fișei structurate care expune emoțiile puternice, uneori greu de gestionat, ajută preadolescentul să identifice emoțiile și gândurile care apar în situațiile de conflict ale părinților săi, normalizându-i trăirile dificile.

3. Să îmblânzim emoțiile!

După completarea fișelor, psihologul realizează legătura de cauzalitate dintre cele două fișe, spunând: „*Observ că ai ales anumite/toate emoțiile. Din cauză că părinții se ceartă, copiii simt tot felul de emoții. Sentimentele puternice pot fi greu de suportat până când reușim să le cunoaștem și să le numim*”. În virtutea atingerii obiectivului ședinței, partea a doua a exercițiului, abordează, în trei pași, maniera prin care copilul poate gestiona stările emoționale resimțite în contextul de viață.

Scop: normalizarea stărilor emoționale, autocontrolul și managementul emoțiilor;

Durata: 40 minute;

Tehnica utilizată: jocul terapeutic, dialogul terapeutic, reflectare emoțională;

Descrierea activității: Psihologul pregătește copilul pentru activitate anunțându-l că urmează un joc cu întrebări și răspunsuri care cuprinde trei părți și anume:

1. Prima parte se numește: „*Ajută să cunoaștem ce emoție simțim!*” Psihologul îi transmite copilului următoarele:

- „Știi că, atunci când numim emoția, ne poate ajuta să ne simțim mai bine?”;

- „Data viitoare când simți o emoție puternică, gândește-te care este emoția pe care o simți și spune: *Acum mă simt*”.

- *"De exemplu atunci când te simți trist, cum spui?"*

Copilul răspunde terapeutului și adresează întrebări în cazul în care are curiozități sau nu înțelege.

2. A doua parte se numește: *"Este important să îți dai voie să ai emoții!"*

Psihologul îi spune copilului următoarele:

- *"Știai că, a-ți accepta emoțiile, te poate ajuta să te simți mai bine?"*;

- *"Acceptând emoțiile știm că este în regulă să le avem"*;

- *"Emoțiile nu sunt bune sau rele"*;

- *"Nu trebuie să le ignorăm sau să le evităm doar pentru că ele ne provoacă suferință"*;

- *"Emoțiile sunt o parte din noi"*; [137]

După fiecare întrebare psihologul permite copilului să se exprime și să dea răspunsurile sale, fiind receptiv și asigurându-l de empatia sa.

3. A treia parte: *"Emoțiile nu durează pentru totdeauna!"*;

Terapeutul continuă să îi expună copilului detaliile jocului, astfel:

- *"Emoțiile vin și pleacă, chiar dacă atunci când le simțim pare că vor fi mereu acolo"*;

- *"Data viitoare când simți o emoție puternică încearcă să spui: Mă simt acum!"*

- *"Dar în curând mă voi simți mai bine!"*;

Efectele obținute: La finalul jocului, după parcurgerea celor trei etape, psihologul realizează, împreună cu copilul, o recapitulare a pașilor cu privire la modalitățile adaptative prin care acesta poate gestiona emoțiile puternice pe care le experimentează, obținând abilități consistente de management al propriilor trăiri.

Ședința 8 – Autoreglarea emoțională

1. *Ce simte corpul meu?*

Exercițiul a urmărit îmbunătățirea abilităților copilului cu privire la reducerea stresului și creșterea capacității acestuia de a controla stările emoționale negative prin dezvoltarea autoreglării emoționale, prin folosirea tehnicilor care reduc stările emoționale copleșitoare și care pot destabiliza copilul. Externalizarea trăirilor emoționale și conștientizarea de către copil a legăturii minte – corp, reprezintă un obiectiv al ședinței terapeutice.

Scop: autocunoaștere, conștientizarea și autoreglarea stărilor emoționale;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: art-terapie;

Descrierea activității: Psihologul îi înmânează copilului o planșă spunându-i *"Mă interesează cum te descurci tu cu emoțiile tale"* și îi solicită acestuia să deseneze pe o foaie corpul uman și cu ajutorul culorilor colorate să identifice și să coloreze zona în care simte anumite emoții în corpul său.

2. Emoțiile ne vorbesc!

Scop: autocunoaștere, conștientizarea și autoreglarea stărilor emoționale;

Durata: 15 minute;

Tehnica utilizată: art-terapie;

Descrierea activității: Ulterior desenului realizat de către preadolescent pe corpul din fișă, terapeutul îi adresează câteva întrebări pentru a asigura ghidajul exercițiului, în vederea conștientizării de către copil a legăturii minte – corp, astfel:

„Dacă ai reprezenta emoțiile prin culori, forme sau lucruri, cum le-ai face?”

„Dacă ele ar putea vorbi, ce ar spune?”

„Te poți gândi la un moment anume sau la o situație în care ai simțit anumite emoții?”

Copilul desenează pe fișă cu ajutorul creioanelor colorate stările emoționale pe care le-a experimentat și folosind metafora terapeutică, personifică emoțiile și le utilizează, cu ajutorul psihologului, pentru a exprima tensiunile interioare.

Efectele obținute: copilul reușește identificarea și exprimarea stărilor emoționale și le asociază cu situații neplăcute pe care le-a experimentat.

2. Învățăm să ne relaxăm!

În continuarea explorării emoționale pe diverse situații pe care copilul le-a expus în exercițiu a fost aplicată tehnica de relaxare prin destindere musculară.

Scop: autocunoaștere, conștientizarea și autoreglarea stărilor emoționale;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: relaxare terapeutică;

Descrierea activității: Psihologul îi spune copilului că urmează să realizeze un exercițiu de relaxare, starea de relaxare fiind obținută prin sugerarea destinderii musculare după următorul instructaj:

„Te rog să te așezi într-o poziție comodă, cu ochii închiși și să fii atent la ce anume se întâmplă în tine în aceste momente. Fii atent la senzațiile pe care le simți în corp, la ceea ce se întâmplă în jur, la toate sunetele pe care le auzi, la mirosurile pe care le simți și la atingerile obiectelor cu care corpul tău face contact. Dacă poziția în care stai nu este bună, schimb-o astfel încât să te poți simți atât de bine cât dorești. Îți lași picioarele să se destindă, să se relaxeze tot mai mult și îți imaginezi că oboseala și tensiunea ies afară din corp iar tu te simți tot mai calm, mai bine și mai relaxat.

Îți îndrepti atenția acum asupra mâinilor tale și le lași să se destindă, atât cât îți dorești lasând tensiunea să iasă afară și să se piardă astfel ca tu să simți cum te relaxezi. Corpul tău este și el destins acum, e liniștit și calm. Destinzi spatele astfel încât să te simți atât de bine cât vrei. Apoi îți îndrepti atenția asupra gâtului și relaxezi toți muschii, îi lași moi și liniștiți să se odihnească

după toată oboseala pe care au strâns-o. Relaxezi apoi și capul începând din creștet.

Acum tot corpul tău este în întregime relaxat, te simți mai bine și mai calm. Poți alege să te destinzi și mai mult sau să rămâi în starea în care te afli acum, așa cum dorești. Rămâi câteva minute în această stare, te simți bine, te odihnești, ești calm. Apoi începi să revii ușor din starea de relaxare, simți cum tonusul tău crește tot mai mult, ca șidorința de a te mișca, de a fi activ. Revii ușor la starea ta firească, te simți bine și odihnit. În mometul în care te simți pregătit, poți să deschizi ochii și să începi să te miști, să-ți dezmoțezi corpul, să te întinzi dacă simți nevoia, după care putem relua liniștiți activitatea” [51].

Efectele obținute: exercițiul a ajutat copilul să reducă stările emoționale și de agitație apărute în urma abordării dificultăților emoționale, fiind realizată facil și cu eficiență atunci când copilul experimentează emoțiile negative, copleșitoare, restabilirea respirației și destinderea musculară ajutându-l pe copil să se calmeze și să recapete controlul.

Abilitățile de reglare asociate cu exercițiul de respirație trebuie consolidate, prin urmare, copilul este rugat să exerseze și în afara cabinetului ceea ce a experimentat, scopul concret fiind acela de a deveni un plan realist și fezabil și pentru a reduce intensitatea și durata momentelor de instabilitate emoțională în viitor.

Ședințele 9 - 10 - Îmbunătățirea stimei de sine

1. Sunt un copil rău?

Scop: identificarea și verificarea credințelor iraționale, conștientizarea de sine;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: reflectare, dialog terapeutic;

Descrierea activității: Terapeutul solicită preadolescentului să reflecteze asupra ideilor care nu-i plac și care îi vin în minte atunci când se gândește la sine și să noteze pe o foaie de hârtie aceste mesaje ale minții sale. Specificul copiilor cu părinții divorțați este dat de anumite exemple de credințe de bază în contextul traumelor relaționale și de dezvoltare, de discursuri și scenarii negative de tipul: „Sunt un copil rău”, „Eu sunt de vină”, „Nimeni nu mă iubește”, „Nu sunt suficient de bun”, „Din cauza mea totul merge rău/părinții mei se ceartă”, „Mereu fac numai greșeli”, etc.

Toate aceste sisteme de credințe vor predispune copilul la erori cognitive de tipul gândirii absolutiste „totul sau nimic”, astfel că, distorsiunea și perspectiva negativă vor determina un nivel scăzut al aprecierii de sine.

Efectele obținute: Exercițiul a urmărit conștientizarea de sine și a sentimentului propriei valori ca demers premergător pentru construirea stimei de sine a copilului.

4. Cine sunt eu?

Scop: creșterea stimei de sine, conștientizarea de sine;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: jocul terapeutic;

Descrierea activității: În cadrul obiectivului propus și pe fondul credințelor negative pe care copilul le-a identificat, terapeutul solicită preadolescentului expunerea aspectelor pozitive despre sine. Pentru a facilita conștientizarea, s-au folosit cartonașe cu propoziții de completat pentru a stimula copilul să se gândească și să se exprime cu privire propriile calități, astfel:

„Ce îmi place cel mai mult la mine este...”

„E o zi bună când eu...”

„Mă simt cel mai bine când...”

„Ce mă face mereu să zâmbesc la mine este...”

„Visul meu este...”

„Dacă ar fi să-mi dau un premiu pentru ceva, ar fi pentru...”

„O persoană pe care o admir ar fi...”

„Dacă aș fi o altă persoană, mi-ar lipsi...”

„Sunt mândru de mine astăzi pentru că...” (prezentate mai jos).

Terapeutul se focusează pe dezvoltarea stimei de sine prin următoarele modalități: prin observarea celorlalți; observarea lor de către ceilalți; prin primirea de feedback. Astfel că, psihologul recunoaște și transmite copilului în ședința prezentă și de-a lungul celorlalte ședințe psihologice sentimentele copilului, le validează și le exprimă la rândul său față de copil, pentru a-l ajuta să dobândească înțelegere față de propriile comportamente, o percepție clară de sine fiind puternic legată de o stimă de sine pozitivă. Terapeutul, folosind tehnici de deschidere precum: „așadar,...”, „deci...” provoacă copilul la expunerea detaliilor cu privire la răspunsurile spontane pe care le transmite pe baza cartonașelor extrase și folosește ca tehnică terapeutică reformularea și parafrizarea pentru a extinde semnificația mesajului copilului.

Efectele obținute: Acceptarea, empatia, congruența, onestitatea și atenția neîntreruptă oferite copilului prin relația terapeutică au avut efect, fiind folosite ca tehnici intrinseci de abordare și creștere a stimei de sine la copil.

4. *Ping-pong-ul calităților*

În partea a doua a ședinței și în completarea exercițiului realizat, pentru îmbunătățirea stimei de sine, psihologul ajută copilul să își evalueze concepția despre sine.

Scop: creșterea stimei de sine, autocunoaștere;

Durata: 15 minute;

Tehnica utilizată: jocul terapeutic;

Descrierea activității: În acest scop terapeutul folosește o *variantă verbală a jocului ping-pong* prin care enunță un aspect pozitiv despre copil, urmând ca și copilul, la rândul său să exprime despre sine o apreciere, jocul continuând cu replici de o parte și de alta.

Efectele obținute: tehnica ajută copilul să dobândească experiență în generarea de enunțuri pozitive despre sine și îl încurajează să fie încrezător în propriile puteri.

Ședința 11 – Dezvoltarea strategiilor de coping

1. Mă pot juca cu emoțiile mele?

Activitatea s-a centrat pe identificarea și dezvoltarea strategiilor de coping pentru optimizarea capacităților de adaptare la situații adverse de viață, pe achiziționarea și deprinderea unor comportamente eficiente care să asigure copilului soluții concrete și practice de a răspunde la manifestările sale de instabilitate.

Factorii specifici implicați ai divorțului parental determină trăiri emoționale puternice și sentimente neexprimate la copii, astfel încât, înțelegerea strategiilor comportamentale ca metode de comunicare și de exprimare a acestora, de supraviețuire și apărare împotriva situațiilor adverse, reprezintă un prim pas pentru reglarea comportamentală. Manifestările copilului de furie, supărare, frică, sunt activate în mod frecvent, prin urmare, el este nevoit să funcționeze în modul de supraviețuire și dezvoltă sisteme de apărare sensibile, devenind hipersensibilizat și hipervigilent, cu un sistem de echilibru emoțional desincronizat și cu abilități de autoreglare slabe.

Scop: identificarea și dezvoltarea strategiilor de coping pentru emoțiile trăite;

Durata: 15 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și jocul terapeutic;

Descrierea activității: Pentru procesul de conștientizare a stărilor emoționale terapeutul începe printr-o reamintire a emoțiilor, copilul fiind susținut și încurajat cu privire la acumularea unui vocabular mai bogat pentru a le descrie și pentru a reflecta la ceea ce reprezintă, fiind sprijinit de câteva întrebări, ca de exemplu: „*Ce este furia?*”, „*Cum arată?*”, „*Cum se simte?*”, „*Ce înseamnă?*”, „*Când apare?*”.

Efectele obținute: Scopul principal urmărit și obținut îl reprezintă descifrarea comportamentelor, conceptualizarea lor ca formă de comunicare, înțelegerea și conștientizarea motivelor interne și a nevoilor neexprimate ale copilului, pentru a descoperi ce anume încearcă să comunice comportamentul manifestat al copilului.

2. Să construim emoția!

În sensul atingerii obiectivului ședinței, ulterior, s-a utilizat metoda *Jocului cu nisipul terapeutic*.

Scop: detensionare, dezvoltarea strategiilor de coping;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: jocul cu nisipul terapeutic; imagerie ghidată;

Descrierea activității: Psihologul solicită copilului să își imagineze "Furia" ca pe un personaj sau un obiect, pe care să îl realizeze/construiască în tăvița cu nisip pentru a-i da o formă, externaliza și explora starea emoțională respectivă.

Efectele obținute: Utilizarea metodei terapeutice tactile a facilitat detensionarea copilului, externalizarea unor stări emoționale dificil de gestionat și asocierea, prin imagerie dirijată, a unor emoții negative cu anumite personaje/obiecte mai ușor de acceptat.

3. Emoția ne vorbește!

Scop: explorarea emoțiilor negative și dezvoltarea strategiilor de coping;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: art-terapie, reflectare emoțională, reformulare terapeutică;

Descrierea activității: Reprezentarea metaforică a stării emoționale a fost urmată de reflectarea terapeutică, astfel că, împreună cu copilul, terapeutul explorează și reformulează în privința influenței și impactului pe care personajul reprezentat al emoției negative, îl are în viața copilului. Copilul poate prezenta în mod liber și nestructurat povestea personajului sau poate fi ajutat prin întrebări punctuale, folosind numele personajului dat de către copil, cum ar fi:

„Care sunt superputerile personajului”,

„Ce te împiedică să faci? ”,

„Cum te afectează personajul? ”,

„Dacă personajul ar pleca în excursie, ce ți-ar lipsi în legătură cu el? ”,

„Cum poate fi personajul cumișit și potolit? ”.

La final, copilul poate să expună cum s-a simțit înainte, în timpul și după un anumit incident concret când l-a vizitat "personajul", reflectând asupra gândurilor, senzațiilor fizice, reacțiilor și emoțiilor pe care le-a manifestat în momentele respective.

Efectele obținute: Alegerea nisipului terapeutic în abordarea stării emoționale a copilului a avut ca efect crearea, în cadrul cabinetului, a premiselor pentru auto-alinare prin modalități tactile, nonverbale și expresive, care conduc la reglare și funcționare îmbunătățite, bazate pe proprietățile facilitatoare a materialului tactil simplu reprezentat de nisip.

Ședința 12 – Încheiere

Activitatea este reprezentată de pregătirea, exprimarea și reflecția cu privire la încheierea demersului individual al copilului, de planificarea și tranziția pentru ședințele de intervenție de grup ale copiilor și pentru cele realizate cu părintele și copilul.

1. Războinicul inteligent

Scop: conștientizarea abilităților achiziționate în intervenție, integrarea și consolidarea acestora în sistemul psihic al preadolescentului;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: povestea terapeutică;

Descrierea activității: Terapeutul solicită copilului să își imagineze povestea unui personaj, războinic, care să ne prezinte misiunea sa, trucurile și uneltele sale, cu ajutorul cărora el înfruntă situațiile dificile care îi apar în viața sa. De asemenea, în povestea sa, războinicul este nevoit să curețe anumite locuri prin care trece, de monștrii care deranjează liniștea zonei și a locuitorilor acesteia, iar pentru a redeveni un loc frumos și liniștit, războinicul are nevoie de ajutoare și de instrumente pentru a alunga monștrii respectivi.

Pentru a facilita exprimarea și imaginația copilului, terapeutul poate sprijini și ghida demersul imaginativ cu ajutorul unor întrebări, ca de exemplu:

Cine este Războinicul? Câți ani are? Ce îi place să facă? Are părinți? Care este puterea lui supremă? La ce își folosește puterea? Ce misiune are? Ce instrumente folosește să-și îndeplinească misiunea? Cine îl ajută în misiunea sa?

Efectele obținute: Preadolescentul a realizat povestea Războinicului și a conștientizat abilitățile și resursele sale necesare pentru a gestiona situațiile dificile pe care le experimentează.

Deși procesul terapeutic nu se finalizează, fiind continuat cu intervenția psihologică de grup și de familie, psihologul are în vedere faptul că, copilul a experimentat prin divorțul părinților săi și nu numai, despărțiri traumatice, caracterizate de neputință, imprevizibilitate, lipsă de pregătire, dându-i acestuia sentimentul de a nu avea control pentru a se putea regla și totodată, trăiri emoționale precum tristețe, dezamăgire, abandon și pierdere a unor relații semnificative.

Întrucât, ideea încheierii poate declanșa instabilitate emoțională și comportamentală, sau chiar întrebări de genul: „*Mă pot descurca și singur(ă)?*”, „*Am greșit cu ceva?*”, sfârșitul etapei de intervenție poate reprezenta un moment potrivit de a oferi copilului o încheiere reparativă, pentru a procesa și rafina încheierile anterioare.

2. *Povestea mea!*

Scop: cristalizarea achizițiilor, identificarea planurilor de viitor;

Durata: 40 minute;

Tehnica utilizată: art-terapie;

Descrierea activității: Psihologul transmite copilului că este momentul pentru a realiza *Povestea personală* care să conțină călătoria pe care a întreprins-o până acum și să-și proiecteze planurile și speranțele de viitor, cu accent pe faptul că, el reprezintă personajul propriei schimbări și călătorii, dându-i sentimentul de control asupra vieții sale. Îi oferă copilului o coală de hârtie și un creion

pentru a crea și scrie povestea sa [30].

După finalizare, copilul îi prezintă terapeutului conținutul poveștii sale, iar acesta îl roagă să reflecteze asupra personajului pentru a identifica aspectele pozitive și comportamentele care îl face valoros asociindu-l pe copil cu figura principală a poveștii.

De asemenea, psihologul îi subliniază copilului ideea tranziției către celelalte demersuri psihologice, încurajându-l asupra rolului important pe care îl are în schimbările realizate și asupra faptului că posedă abilitățile și deprinderile necesare pentru a continua călătoria în mod pozitiv, chiar și atunci când apar obstacole.

Având în vedere posibilitatea apariției la copil a unor stări emoționale legate de tranziție, cum ar fi anxietatea, terapeutul abordează trăirile emoționale ale acestuia, cu privire la recunoașterea și validarea lor, folosind personajul Poveștii personale create, prin care copilul își proiectează temerile și dificultățile cu care se confruntă.

La finalul ședinței copilul este rugat să completeze următoarea frază: *"Sunt mândru de mine, schimbările pe care le-am făcut fiind."* pentru a conștientiza progresul său.

Efectele obținute: Copilul reușește să dobândească abilități și resurse pentru a-și gestiona gândurile, emoțiile și comportamentele sale, fiind mai conștient de sine și de identitatea sa.

4.2. Programul de intervenție psihologică de grup al copiilor

Ședința 2 – Să vorbim despre emoții

1. Construiesc ce simt!

Scop: explorarea și ventilarea problematicilor emoționale, în vederea ameliorării tensiunilor interioare și optimizării autocunoașterii;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: exprimare simbolică pe suport artistic – modelaj în plastilină;

Descrierea activității: Se alege exercițiul de exprimare simbolică care va stimula copiii, pe de o parte, cu privire la manifestarea creativității, iar pe de altă parte, cu privire la o exprimare liberă a sentimentelor pe care le trăiesc în contextul grupului. Terapeutul solicită copiilor să modeleze în plastilină emoția pe care o simt cel mai tare în acel moment, oricare ar fi ea, pozitivă sau negativă, dar mai degrabă cea care deranjează.

Efectele obținute: exercițiul, prin componenta sa senzorială, oferă posibilitatea copiilor de a descărca tensiunile interioare și, prin lipsa de structură, provoacă la un proces de proiecție personală în vederea identificării și restructurării emoțiilor distructive. Grupul reprezintă un suport consistent pentru validarea și normalizarea trăirilor personale.

2. Emoția mea ne vorbește!

Scop: explorarea emoțională în vederea ameliorării tensiunilor interioare și optimizării autocunoașterii;

Durata: 40 minute;

Tehnica utilizată: art-terapie, ascultare activă, reflectare;

Descrierea activității: Terapeutul solicită copiilor să își ia câteva minute cu sine ca să se gândească la o poveste scurtă pe care ne-ar spune-o emoția pe care au modelat-o, aceasta fiind personajul principal. Povestea va fi prezentată de către copiii care doresc să împărtășească cu ceilalți; ulterior, fiecare copil, pe rând, are posibilitatea să adreseze întrebări sau sugestii personajului din poveste reprezentat de către emoția modelată.

Efectele obținute: expunerea poveștii personale referitoare la modelajul realizat al fiecărui copil are drept consecință dezvoltarea autodezvăluirii și autoanalizei într-un mediu securizat și suportiv care facilitează apariția insight-urilor și identificarea unor modalități noi de exprimare a sentimentelor cu ajutorul celorlalți copii.

3. *Jetonul salvator!*

Scop: ameliorarea trăirilor emoționale și optimizarea resurselor personale;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: jocul și dialogul terapeutic;

Descrierea activității: În contextul și în continuarea expunerii poveștii terapeutice, terapeutul solicită copiilor să se grupeze câte doi, în funcție de preferință și să continue să discute pe tema personajului poveștii, dacă au curiozități sau sunt interesați să afle mai multe detalii despre povestea partenerului său. La finalul conversației, fiecare copil să scrie, pe jetonul de hârtie primit, o propoziție de încurajare pentru partenerul de grup care să îl ajute în povestea sa cu emoția prezentată.

Efectele obținute: Copiii reușesc să-și exprime emoțiile dificile prin proiectarea acestora în personajul poveștii personale, atât în grupul mare cât și în cadrul diadei realizate cu partenerul ales. În acest context, se realizează conștientizarea trăirilor emoționale personale și identificarea unor resurse personale pentru a face față acestora și folosirea grupului ca resursă pentru gestionarea emoțiilor.

Ședințele 3 și 4 – Să învățăm să ne controlăm emoțiile

1. *Provocările neobișnuite*

Scop: identificarea și managementul situațiilor dificile din viața copiilor;

Durata: 15 minute;

Tehnica utilizată: desenul și dialogul terapeutic;

Descrierea activității: Pentru realizarea obiectivului se alege un exercițiu de art terapie și anume:

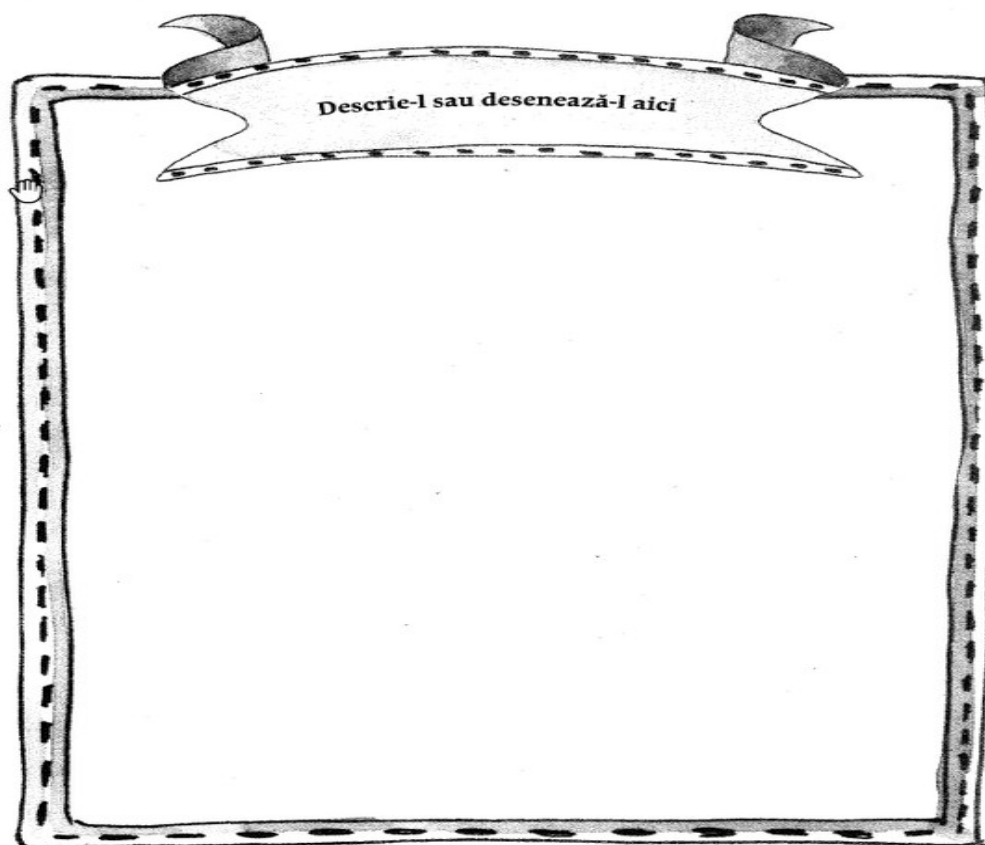
Terapeutul realizează instructajul exercițiului care presupune următoarea introducere: „Unele lucruri ni se par greu de făcut la început. De exemplu: când ați încercat prima dată să mergeți pe bicicletă, cum vi s-a părut? Probabil că destul de greu, dar exersând, ați reușit să vă mențineți echilibrul, fără să cădeți.

Poate credeți că va fi așa tot timpul, că ceea ce ați simțit, nu va dispărea niciodată.

În realitate, însă, cu cât petrecem mai mult timp exersând un lucru care ne sperie, cu atât cresc șansele să ne obișnuim cu el și emoția pe care o simțim să scadă în intensitate sau chiar să dispară”.

Psihologul le solicită copiilor să se gândească la un lucru din viața lor care li s-a părut greu la început, dar la care au devenit tot mai buni pe măsură ce au exersat și să îl descrie sau să îl deseneze pe fișa pe care o primesc [137], prezentata mai jos:

Gândește-te la un lucru care ți s-a părut greu la început, dar la care ai devenit tot mai bun pe măsură ce ai exersat.



2. La început un lucru poate părea mai dificil!

Scop: exprimarea și managementul situațiilor și emoțiilor pe care copiii le experimentează în viața de zi cu zi;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, reflectarea emoțională;

Descrierea activității: În continuarea exercițiului, copiii sunt rugați să prezinte, pe rând, dacă doresc, fișa pe care au desenat-o și să expună detaliile cuprinse în aceasta, pentru o mai bună înțelegere a situației dificile din viața lor, care a părut grea la început, dar la care au devenit tot mai buni pe măsură ce au exersat.

Efectele obținute: Copiii au identificat și exprimat în cadrul grupului de suport situațiile de viață care au generat dificultăți dar care, prin utilizarea resurselor proprii, au fost depășite cu succes.

3. Identifică și înfruntă emoția

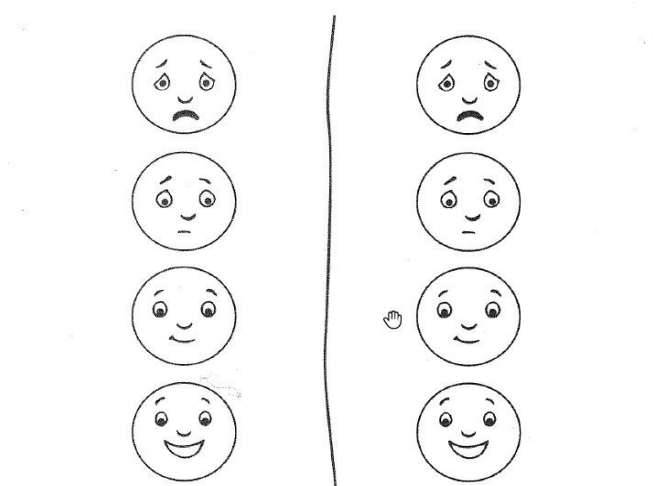
Scop: identificarea, exprimarea și managementul emoțiilor pe care copiii le experimentează în situațiile dificile din viața de zi cu zi;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, reflectarea emoțională;

Descrierea activității: După finalizarea descrierii/desenului psihologul îi roagă pe copii să se gândească la ce anume au simțit la început când au început să realizeze lucrul pe care l-au realizat în fișă. Apoi, să folosească figura cu emoții [136] care urmează pe care o primesc pentru a arăta, pe partea stângă a foii, cât de intensă era emoția când au încercat prima dată activitatea respectivă:

Fișa Emoții înainte și după realizarea activității



Apoi, pe partea dreaptă a foii, să încercuiască cât de puternic au simțit emoția după ce au mai exersat și apoi să tragă o linie între cele două puncte.

Terapeutul punctează tendința de descreștere a intensității emoțiilor pe măsura identificării și explorării unei situații ceea ce conduce la așa numita înfruntare a emoției și la scăderea intensității ei în timp.

Efectele obținute: Copiii au conștientizat și au învățat că situațiile care par greu de gestionat la prima vedere, au fost depășite cu succes prin exercițiu, implicare și confruntare prin forțele proprii.

4. Planul meu de exerciții pentru înfrângerea emoției

Scop: identificarea și structurarea resurselor personale pentru managementul personal;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, reflectarea emoțională;

Descrierea activității: Pentru această etapă, psihologul transmite copiilor regulile pe care trebuie să le îndeplinească: planul trebuie să înceapă cu ceva care nu este foarte greu și să continue cu pași mici; secretul planului este să fie bine exersat, până se ajunge la scopul propus.

Fiecare copil este rugat să se gândească și să noteze pe fișă situația și detaliile planului său pentru a identifica resursele și strategiile de control al emoțiilor sale:

Planul meu de exerciții pentru înfrângerea emoției

Completează înainte de a exersa				Completează după ce ai exersat	
Situația prin care trec	Cine mă ajută și cum	Ce voi gândi și ce voi face	Cât timp exersez	Emoția la început(1-10)	Emoția după exersare(1-10)

(adaptat după Ce să faci când nu vrei.. – Ghid pentru copiii care se confruntă cu anxietatea – Dr. Kristen Lavalley și Prof. Dr. Silvia Schneider) [135].

Ședința 5 – Avem gânduri, emoții și senzații

1. Ce ne spun expresiile feței?

Scop: identificarea și expunerea multitudinii de emoții pe care copiii le pot experimenta;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: jocul și dialogul terapeutic;

Descrierea activității: În primul pas, se aprofundează diferențele dintre diversele stări emoționale. Psihologul se folosește de prezentarea unor imagini ca suport (Anexa 4.5.1), reprezentând expresii faciale diferite pentru a ajuta copiii la identificarea fiecărei emoții din planșă.

Efectele obținute: Prin suportul vizual reprezentat de planșă, copiii identifică, învață și conștientizează despre emoțiile complexe și multiple care pot apărea în existența lor.

2. Folosim cifrele și la emoții!

Scop: cuantificarea intensității emoționale pe care copiii le pot experimenta;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: reflectare și dialog terapeutic;

Descrierea activității: Ca parte a exercițiului și în continuarea acestuia, se solicită copiilor să cuantifice emoțiile resimțite pe o scară de la 0 la 10. Fiecare copil este provocat, stimulat și susținut să realizeze evaluarea personală, cu ajutorul numerelor, a emoției pe care o consideră ce-a mai puternică și a celei pe care o resimte mai slab, notând pe o foaie de hârtie detaliile obținute.

Efectele obținute: Exercițiul ajută copiii la a-i învăța să gândească în termeni de intensitate a trăirilor și să-și evalueze personal nivelul emoțiilor resimțite.

3. Gânduri, senzații, acțiuni

Scop: clarificarea diferenței dintre emoții, gânduri și senzații;

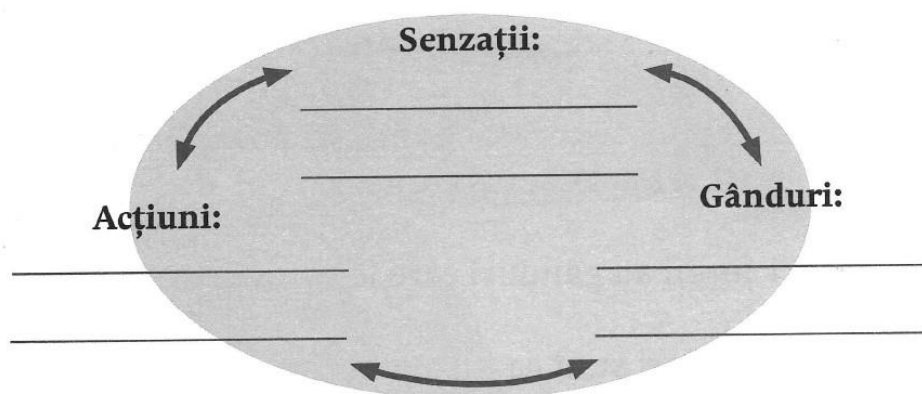
Durata: 30 minute;

Tehnica utilizată: reflectare și dialog terapeutic;

Descrierea activității: Acest exercițiu este important pentru copiii care, de cele mai multe ori, nu înțeleg suficient de bine modul în care emoțiile, gândurile și simptomele lor se interrelaționează. Astfel că, intervenția se focusează pe scopul de a-i determina pe copii să conștientizeze tipurile de senzații fizice relaționate cu emoțiile din corpul lor, prin enumerarea liberă a modurilor în care se simt afectați la nivel fizic. Ulterior, se discută despre tipurile de gânduri pe care le au atunci când experimentează emoțiile pentru a ilustra legăturile dintre situații, gânduri și emoții, acest lucru reprezentând un precursor pentru restructurarea cognitivă.

Pentru atingerea scopului se folosește fișa de mai jos [49] rugând copiii să completeze spațiile dintre săgeți:

Fișa Gânduri, Senzații, Acțiuni



Unii copii manifestă dificultăți în a-și identifica gândurile însă terapeutul și grupul oferă ajutor și susținere prin întrebări ajutătoare și explicații suplimentare.

Efectele obținute: Ședința a urmărit ca gândurile prezentate inițial, de regulă cu conotație negativă, să fie reproduse într-o formă neutră, sau chiar pozitivă, pentru a verifica variația emoțională produsă și influențată de gândurile lor.

Ședința 6 - Încheiere

Această ședință presupune consolidarea achizițiilor și integrarea lor în viața personală. În etapa de încheiere a intervenției în grup, terapeutul se focalizează pe progresele obținute de către participanți în cadrul ședințelor, cu accent pe implementarea acestora în propria experiență de viață, prin modalități adaptative care să faciliteze integrarea problematicilor cu privire la divorț, astfel încât să producă și să consolideze transformarea personală.

Scopul central al ședinței a fost acela de a recapitula prin enumerare și reamintire a tehnicilor utilizate în program și de a discuta care au fost cele mai eficiente strategii.

1. Astăzi tu ești cel care decide!

Scop: consolidarea și integrarea activităților în viața copiilor;

Durata: 40 minute;

Tehnica utilizată: reflectare și dialog terapeutic;

Descrierea activității: Copiilor li se solicită să reflecteze fiecare asupra exercițiilor pe care le-au desfășurat în grup și să-și aleagă unul dintre ele, cel care le-a plăcut cel mai mult. Apoi, să prezinte în cadrul grupului exercițiul ales, motivul pentru care i-a plăcut cel mai mult acea activitate și cum consideră că l-a ajutat în viața personală.

Efectele obținute: Astfel că, fiecare copil va pleca înțelegând câștigurile pe care le-a obținut prin realizarea unei retrospective și conștientizând nevoia de a le menține.

1. Eu pot!

Scop: conștientizarea, accentuarea și extinderea resurselor proprii ale copiilor folosite în cabinet și în afara acestuia;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: reflectare și dialog terapeutic; psihoeducație;

Descrierea activității: Psihologul încurajează copiii cu privire la schimbările realizate care se datorează efortului personal pe care l-au depus, subliniindu-se importanța continuării exersării acestora și în afara cabinetului. Se aduce în discuție, cu grijă, problema recăderilor, stările emoționale fiind prezente pe parcursul existenței fiecăruia, stări care se pot accentua atunci când copiii se vor confrunta cu anumite dificultăți sau cu alte evenimente majore de viață.

De asemenea, se accentuează ideea reîntoarcerii la bazele managementului stărilor emoționale, exercițiile fiind mai facile pe măsura experimentării acestora, având în vedere și recurența manifestărilor familiale și a lipsei de armonie datorate conflictelor parentale.

Efectele obținute: Copiii conștientizează efectele intervenției psihologice și resursele personale inepuizabile pe care le pot folosi în situațiile grele, resurse susținute de instrumentele și abilitățile pe care le-au achiziționat în contextul ședințelor, unii de la alții și împreună.

2. *Cadoul de despărțire*

Scop: realizarea unei încheieri terapeutice simbolice a programului;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: art-terapie;

Descrierea activității: Copiii sunt rugați să deseneze ce anume consideră de cuviință, pe o foaie de hârtie, un cadou pe care să îl înmâneze unui alt copil ales în prealabil. Eventual, este liber ca, în cadrul desenului să îi scrie și câteva cuvinte de apreciere.

Efectele obținute: Exercițiul a reprezentat un moment potrivit de a oferi fiecărui copil o încheiere reparativă, pentru procesa și rafina încheierile anterioare.

4.3. Programul de intervenție psihologică individuală al părintelui

Ședința 2 – Identificarea și clarificarea rolului parental

1. *Cine sunt eu după divorț?*

Scop: înțelegerea dinamicii divorțului cu implicațiile sale;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: Psihologul solicită părintelui să expună situația de fapt a familiei sale, cu referire la: aspectele juridice ce compun respectarea hotărârilor judecătorești privind stabilirea domiciliului și a programului de legături personale; aspectele locative care presupun existența a două locații pe care copilul le frecventează; și aspectele psihologice care cuprind stările emoționale negative ce decurg din noua dinamică familială și care determină o restructurare importantă a membrilor acesteia.

Efectele obținute: Părintele conștientizează situația de fapt în care se regăsește după divorț, ancorarea în realitatea dinamicii familiale restructurată în noul context de viață.

1. *Eu sunt părinte, celălalt este părinte!*

Scop: înțelegerea rolului fiecărui părinte în situația de divorț;

Durata: 25 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: Pentru clarificarea rolului de părinte, a nevoilor și obligațiilor pe care, atât părintele rezident cât și cel nerezident, le au în situația de divorț, psihologul a propus un exercițiu în care s-au folosit o foaie de hârtie și un creion pentru ca părintele să exprime și să noteze *percepția sa asupra propriului rol parental* pe de o parte și a rolului părintelui pentru care s-a stabilit programul de relații personale cu copilul, pe de altă parte.

Ulterior i s-a solicitat părintelui să aleagă din lista realizată, ce anume consideră că îndeplinește bine și care sunt punctele de îmbunătățit din responsabilitățile sale.

Efectele obținute: Analiza decalajului dintre ”idealul” notat inițial pe foaie privind rolul de părinte rezident al copilului și reprezentarea realității faptice asumate, a determinat părintele să conștientizeze și să reflecteze la rolul său parental și la contribuția sa în dinamica familială nefuncțională.

Ședințele 3 și 4 – Analiza personală și analiza în contextul divorțului

1. *Pot fi un părinte bun!*

Scopul exercițiului a avut în vedere aspecte privind determinarea caracteristicilor psihologice individuale ale părintelui care interferează cu însușirile parentale ale acestuia cu privire la resursele personale pe care le are la dispoziție pentru a face față dificultăților apărute în relațiile familiale;

Durata: 25 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: Părintele este rugat să realizeze o analiză personală în vederea construirii propriei balanțe între resursele existente și factorii de risc care conduc la destabilizarea acestuia cu consecințe asupra copilului. În acest context, psihologul solicită părintelui detalii despre istoricul personal din familia de origine, presiunea socială pe care părintele o resimte, responsabilitățile zilnice profesionale și personale pe care le realizează și care pot copleși părintele în situația de divorț.

Efectele obținute: Conștientizarea dificultăților și a factorilor de risc care au determinat părintele să dezvolte mecanisme dezadaptative cum ar fi cele de reprimare, de negare și de compensare emoțională, împiedicând procesul de asumare și de adaptare la noua situație de separare și blocând resursele personale ale părintelui.

2. *Și celălalt este un părinte bun!*

Scop: conștientizarea beneficiilor asupra contextului familial și promovarea relației de coparentalitate cooperantă între părintele rezident și părintele nerezident;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: jocul de rol și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: Părintele este rugat să reflecteze, să identifice la celălalt părinte și să expună aspecte pozitive pe care le-a observat în manifestarea rolului său parental și în gestionarea situațiilor dificile. Perspectiva pozitivă pe care trebuie să o manifeste fiecare părinte în relație cu celălalt, este foarte importantă pentru copil, care are nevoie să perceapă celălalt părinte adecvat și bun. Copilul trebuie să învețe că niciun părinte nu este doar perfect sau doar rău, în acest context, părintele rezident are un rol extrem de important întrucât poate influența în mod direct sau indirect raportarea copilului la părintele nerezident.

Efectele obținute: Conștientizarea importanței unei percepții echilibrate asupra persoanei și rolului

parental manifestat de către celălalt părinte în vederea eliminării patternurilor distructive de interacțiune dintre părinți.

3. *Este în regulă să simt anumite emoții!*

Scop: identificarea și exprimarea stărilor emoționale în vederea reglării acestora;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: Pentru acest exercițiu, psihologul a considerat necesar folosirea cardurilor metaforice OH (Anexa 4.5.2), cu scopul identificării, exprimării și înțelegerii emoțiilor asociate divorțului, prin utilizarea instructajului specific exercițiului. Părintele a fost rugat să-și aleagă un card din cele expuse și să reflecteze timp de 1 minut sau cât are nevoie la imaginea aleasă, răspunzând la următoarele întrebări:

„Când privesc imaginea, ceea ce îmi vine în minte este....”;

„...și asta mă duce cu gândul la.....”;

„...și (mă) simt...”;

„iar toate astea pot să însemne că...”.

Efectele obținute: Prin realizarea exercițiului s-a evidențiat corelația semnificativă între reglarea emoțională și utilizarea resurselor personale ale părintelui și posibilitatea de răspuns a acestuia la solicitările și provocările vieții familiale într-un mod adecvat.

Ședința 5 – Îmbunătățirea competenței parentale - a avut ca scop central dezvoltarea abilităților pentru rolul de părinte prin: abordarea competenței parentale din punct de vedere teoretic dar mai ales practic; operaționalizarea conceptelor și implementarea dimensiunilor parentale privind cunoașterea copilului, asigurarea suportului afectiv și managementul situațiilor de stres și de criză ale copilului de către părintele implicat în intervenție.

1. *Ce văd la copilul meu?*

Scop: identificarea în vederea reglării a dezechilibrelor emoționale și distorsiunilor cognitive ale copilului în urma tensiunilor și conflictului dintre părinți;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: Terapeutul solicită părintelui să reflecteze la comportamentul și atitudinea copilului în mediul familial și să continue următoarele fraze:

„Când mă uit la copilul meu, văd, observ și simt....”

„Copilul meu simte.....”

„Copilul meu se gândește la....”

„Copilul meu face.....”

„Ce mi-au spus alții că observă la copilul meu este.....”

Efectele obținute: Realizarea unei radiografii fidele a sentimentelor și comportamentelor copilului din perspectiva părintelui rezident pentru a identifica modalități eficiente prin care părintele poate gestiona situațiilor stresante din viața copilului său.

2. *Copilul meu este preadolescent!*

Scop: identificarea și cunoașterea particularităților de dezvoltare psiho-emoțională specifice preadolescenței;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: psihoeducație;

Descrierea activității: Prin folosirea conversației ghidate și prin psihoeducație s-au evidențiat aspecte teoretice și practice ale dezvoltării copilului din preadolescență, specifice perioadei pe care o traversează părintele alături de copilul său. Astfel, s-a pus accent pe mai multe dimensiuni privind nivelul de dezvoltare al copilului și anume: dezvoltarea concepției despre sine; stima de sine; dezvoltarea emoțională; comportamentul prosocial.

Aceștia sunt factori specifici în perioada preadolescenței care permit copilului să fie mai conștient de sentimentele proprii și de cele ale altora, să-și formeze concepții mai complexe despre sine, să-și controleze mai bine emoțiile și să deprindă din punct de vedere comportamental, aptitudini care să-i confere percepția de ”persoană competentă” în comparație cu ceilalți [188].

În acest context, psihologul a abordat tematica controlului parental, limitele și regulile stabilite în privința copilului, care în această perioadă de dezvoltare, parcurg un stadiu de tranziție, acela al reglării în comun cu părintele prin *implicarea copilului* în identificarea și implementarea strategiilor eficiente de control comportamental.

De asemenea, s-a pus accent, cu precădere, pe particularitățile copilului expus la neînțelegerile dintre cei doi părinți divorțați, particularități care prezintă *un nivel ridicat de comportamente internalizatoare* (anxietatea, depresia, tulburări somatice, etc) și de *comportamente externalizatoare* (agresivitatea, nesupunerea, ostilitatea, etc), aspecte care necesită o adaptare suplimentară a părintelui privind *asigurarea suportului afectiv și managementul situațiilor de stres și de criză ale copilului*.

Efectele obținute: Ca efect al exercițiului ședinței, psihologul împreună cu părintele, au individualizat și au consolidat trăsăturile distinctive ale propriului copil, conform nivelului de dezvoltare și situației de separare. S-a pus accent pe cunoașterea caracteristicilor personale ale copilului pentru a asigura răspunsuri adecvate și metode optime de relaționare ale părintelui care, în baza acestei cunoașteri, își poate explica mai bine reacțiile copilului și poate înțelege nevoile acestuia, oferindu-i susținere și suport.

Ședința 6 – Ameliorarea relației de coparentalitate – a presupus abordarea părintelui rezident cu scopul de a conștientiza faptul că îmbunătățirea relației de coparentalitate cu celălalt părinte nerezident conduce la ameliorarea tulburărilor de personalitate și a celor emoționale ale copilului și implicit la o dinamică familială mai sănătoasă.

1. *Ce este coparentalitatea?*

Scop: identificarea și cunoașterea particularităților relației de coparentalitate;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: psihoeducație;

Descrierea activității: Psihologul a abordat subiecte cu privire la perspectiva informării și responsabilizării părintelui cu care copilul locuiește, a comunicării cu celălalt părinte într-un mod asertiv și eficient pentru a asigura o atmosferă familială nonconflictuală și a reduce astfel consecințele pe plan emotional și comportamental ale copilului. Pentru operaționalizarea conceptului, au fost prezentate pentru a fi analizate și discutate dimensiunile unei coparentalități eficiente sub forma unei liste (Anexa 4.5.4), cu următoarele recomandări:

- cooperare și acord în privința valorilor educative ale copilului, cu recunoașterea complementarității;
- stabilirea, clarificarea și repartizarea sarcinilor de creștere și educare a copilului, cu menținerea flexibilității fiecărui părinte, în vederea adaptării la situații neprevăzute;
- comunicare și suport interparental pentru validarea mutuală a deciziilor și a practicilor educative, comunicarea în caz de dezacord să se realizeze între părinți, fără implicarea copilului și prin tehnici și metode asertive, clare, cu mesaje fără conținuturi acuzatoare, critice sau încărcate cu reproșuri;
- aprobarea și valorizarea manierei în care celălalt părinte își exercită rolul parental prin evidențierea aspectelor pozitive ale acestuia;
- gestionarea în mod constructiv a conflictelor care pot apărea în dinamica celor doi părinți, prin abordarea unei atitudini de comunicare, moderare și negociere pentru identificarea soluțiilor adecvate [29].

Efectele obținute: Conștientizarea asupra dimensiunilor coparentalității eficiente și reflectarea personală cu privire la comportamentele adoptate în interacțiunea cu părintele nerezident al copilului s-au realizat și în afara cabinetului, lista fiindu-i oferită părintelui acasă, cu recomandarea de a implementa și consolida comportamentele evidențiate ca fiind dezirabile în gestionarea relației de coparentalitate.

2. *Cum contribui eu?*

Scop: recunoașterea și îmbunătățirea patternurilor distructive între părintele rezident și părintele nerezident;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: În urma clarificării conceptului de coparentalitate, psihologul împreună cu părintele, identifică comportamentele distructive care se manifestă în interacțiunea dintre cei doi părinți și acordă o atenție deosebită atitudinii, poziției și comportamentelor pe care le manifestă părintele rezident în relație cu celălalt părinte.

Efectele obținute: Într-una sau mai multe situații concrete sunt identificate acele patternuri distructive care se repetă, care au o amploare consistentă și care provoacă comportamente reactive la părintele nerezident afectând echilibrul familial. De asemenea, analizând sistemul de acțiune – reacțiune ale celor doi părinți, sunt identificate și patternurile de răspuns ale părintelui nerezident.

3. *Ne certăm, ne evităm sau ne înțelegem?*

Scop: implementarea unei relații de coparentalitate cooperantă între părintele rezident și părintele nerezident;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: În contextul menținerii unui echilibru fragil de interacțiune între cei doi părinți, când apar situații dificile, tendința fiecărui părinte este de a genera tensiuni și reproșuri, ceea ce reprezintă un mediu ostil atât pentru ei cât și pentru copil. Neîncrederea și suspiciozitatea devin dominante în interacțiunea dintre cei doi părinți. Soluțiile pe care le adoptă sunt, de regulă, de a se evita reciproc sau de a deveni mai reactivi, amplificând astfel și mai mult conflictul dintre ei. De aceea, părintele este invitat să se gândească la un incident concret pe care l-a experimentat cu celălalt părinte și care a escaladat și a creat efecte nedorite. Ulterior, pe fondul exemplului ales și raportându-ne la regula: orice acțiune pe care o realizăm are și efecte, părintele este rugat să răspundă la următoarele întrebări:

„Ce s-a întâmplat?”

„Ce am gândit?”

„Ce am simțit?”

„Ce am făcut?”

„Care au fost efectele?”

Efectele obținute: Părintele conștientizează contribuția personală la escaladarea conflictului în coparentalitate. Tendința de a suspicioana și de a-l trata pe celălalt părinte cu neîncredere în a avea intenții bune, se poate contracara cu o conștientizare activă și atentă pentru triggerii care pot genera gânduri și stări ce pot conduce cu ușurință la conflicte.

Ședința 7 – Îmbunătățirea competențelor parentale și a relației de coparentalitate

1. *Cum se vede conflictul din perspectiva copilului meu?*

Scop: conștientizarea impactului tensiunilor și conflictului interparental asupra copilului;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: inversiunea de rol, reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: De cele mai multe ori părintele, prins în lupta continuă cu celălalt părinte și concentrându-se mai degrabă pe blamarea și reproșurile reciproce, pierde din vedere că rolul său este de a asigura suport și susținere emoțională pentru propriul copil.

Pentru a înțelege și conștientiza impactul interacțiunilor distructive dintre părinți asupra copilului, psihologul propune părintelui să reflecteze la întrebarea:

„*Ce credeți că înseamnă pentru copilul dvs. conflictul cu celălalt părinte?*” În ajutorul părintelui, poate fi de folos ca acesta să se concentreze pe o situație recentă de conflict, ca exemplu și direcționat, în dialog, de următoarele întrebări:

„*Cum considerați că vă arată copilul dvs. când îl deranjează ceva?*”

„*Cum vă anunță copilul dvs. că nu este de acord cu atitudinea părinților săi?*”

Efectele obținute: Părintele conștientizează percepția copilului în contextul tensiunilor și conflictului cu celălalt părinte și efectele pe care aceste practici parentale neadecvate le pot avea în sistemul psiho-emoțional al copilului.

2. *Ce pot face diferit?*

Scop: recunoașterea și îmbunătățirea patternurilor distructive între părintele rezident și părintele nerezident;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul, reformularea și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: Având o perspectivă clară și asumată asupra contribuției fiecărui părinte la interacțiunile defectuoase, psihologul solicită părintelui, ca în exemplele expuse, să identifice o altă modalitate de abordare a situației pe care o poate aplica în interacțiunea cu părintele nerezident, folosind întrebarea: „*Ce pot face diferit?*”. Principiul pe care se bazează abordarea fiind: atunci când faci ceva diferit, rezultatul poate să arate diferit.

Efectele obținute: În cadrul exercițiului au fost abordate comportamentele și atitudinile părintelui rezident și modificarea acestora în vederea îmbunătățirii atât a competențelor parentale proprii cât și a relației cu celălalt părinte, pentru a împiedica propagarea conflictului și a asigura un mediu familial confortabil pentru toate părțile implicate.

Sedința 8 – Încheiere - s-a focalizat pe progresele obținute în cadrul ședințelor psihologice anterioare și pe implementarea acestora în propria experiență de viață. *Scopul* ședinței a fost acela de a realiza o trecere în revistă a dificultăților abordate și a achizițiilor realizate, a modalităților

adaptative care să faciliteze integrarea problematicilor cu privire la divorț, să producă și să consolideze transformarea personală.

1.Consolidarea achizițiilor realizate

Scop: integrarea și consolidarea dimensiunilor supuse intervenției psihologice;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul, reformularea și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: În prima parte demersul a constat în analiza dinamicii familiale și a acțiunilor realizate decătre părinte în afara cabinetului, în urma ședinței precedente, cu privire la: abordarea comportamentelor recomandate în relația de coparentalitate; dificultățile și obstacolele întâlnite în implementarea acestora, din perspectivă personală și din partea celuilalt părinte; efectele pe termen scurt asupra părintelui, a copilului și a dinamicii familiale, în ansamblu.

Efectele obținute: Au fost explorate tehnici de comunicare prin ascultare activă și folosirea empatiei în vederea transmiterii mesajelor într-un mod neutru, fără a avea conținut acuzator și fără a provoca și/sau încuraja atitudini tensionate sau conflictuale.

1. Scrisoare către copilul meu!

Scop: clarificarea și asumarea responsabilității părintelui pentru disfuncționalitățile familiale;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: scrisoarea terapeutică;

Descrierea activității: Este important pentru copil să aibă o perspectivă coerentă a poveștii de viață a familiei, care va asigura o bunăstare mentală și dezvoltarea unei identități sănătoase. De aceea, părintele este rugat să scrie o scrisoare către copilul său, în care să expună obiectiv, raportându-se la nivelul de dezvoltare al copilului, explicațiile personale, pe scurt, cu privire la ceea ce nu a funcționat bine în relația de familie, asumându-și responsabilitatea pentru acțiunile personale. Scrisoarea va fi scrisă în cuvinte simple, clare și poate să conțină și povestea divorțului sau care sunt motivele pentru care cei doi nu mai locuiesc împreună ca părinți. Se recomandă ca scrisoarea să fie concepută de către cei doi părinți. *Efectele obținute:* Copilul va avea o perspectivă clară a situației de divorț astfel încât va își va diminua sentimentul de confuzie și de vinovăție pe care le experimentează în relația cu cei doi părinți.

2. Încheiere

Scop: analiza și structurarea achizițiilor realizate în intervenție în vederea îmbunătățirii competențelor parentale și coparentalității;

Durata: 15 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și reformularea terapeutică

Descrierea activității: În cadrul încheierii s-a pus accent pe rolul esențial pe care părintele rezident

îl deține în încurajarea copilului de a menține și dezvolta o relație consistentă cu părintele nerezident, prin evitarea formării de alinațe care pot conduce la conflicte de loialitate și care afectează calitatea legăturii copilului cu celălalt părinte. S-a solicitat părintelui o analiză a obiectivelor abordate în demersul terapeutic, a dificultăților întâmpinate, a nevoilor pe care le-a identificat.

Efectele obținute: În cadrul exercițiului s-a explorat rememorarea și conștientizarea punctelor forte, a progreselor obținute și a resurselor interioare pe care le deține și pe care le-a conștientizat în demersul psihologic în vederea asigurării reperelor valorice și comportamentale dezirabile pentru viitor.

4.3. Programul de intervenție psihologică părinte - copil

Ședința 2 – Dezvoltarea comunicării și a exprimării emoționale

1. Bărcuța mesageră!

Scop: facilitarea comunicării și a activităților ludice între părinte și copil;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: jocul și dialogul terapeutic;

Descrierea activității: Psihologul solicită părintelui și copilului să contruiască dintr-o foaie de hârtie A4 câte o bărcuță. Apoi, pe o foaie de hârtie A3, să contureze împreună un lac și să-l coloreze în nuațe de albastru, așa cum consideră. După finalizarea desenului, fiecare să noteze pe bilețele confecționate dintr-o altă foaie de hârtie, mesajele pe care dorește să le transmită celuilalt și să le așeze în bărcuța contruită. Când ambii participanți au parcurs etapele respective, părintele și copilul își "lansează la apă" bărcuțele cu destinația celeilalte persoane și se asigură de "corespondența" primită de celălalt. Ulterior, atât părintele cât și copilul, citesc pe rând mesajele recepționate și discută pe tema acestora pentru a asigura comunicarea adecvată, clarificarea mesajului și, eventual, anumite activități de întreprins.

Efectele obținute: Participanții au realizat o activitate distractivă care a asigurat un cadru relaxat și au comunicat într-o variantă ludică anumite aspecte ale vieții lor pe care, într-un alt cadru, le-ar fi fost mai dificil de realizat.

2. Puzzle-ul e distractiv!

Scop: crearea unui cadru ludic ca premisă pentru abordarea divorțului părinților;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: jocul terapeutic;

Descrierea activității: Terapeutul s-a folosit de tehnica de suport jocul de puzzle *Dezvoltare emoțională* (Anexa 4.5.3), pe care îl prezintă rugând părintele și copilul, ca împreună, să colaboreze și să realizeze puzzle-ul potrivit piesele corespunzător până la obținerea imaginii

integrale și complete.

Efectele obținute: Implicarea celor doi, a părintelui și a copilului, în activitatea ludică, ne ajută să observăm obișnuița cu care cei doi inter-relaționează în joc, comunicarea dintre ei și dinamica de suport oferit de către părinte sau de către copil, în situația particulară dar și în general.

3. *Tristețea, bucuria, furia și teama!*

Scop: îmbunătățirea exprimării emoționale a copilului și a părintelui cu privire la experiențele de viață, identificarea resurselor personale;

Durata: 15 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, reflectare și reformulare terapeutică;

Descrierea activității: La finalizarea puzzle-lui, copilul și părintele observă o imagine care cuprinde 4 copii aflați în diverse situații de viață, în cadrul cărora manifestă patru emoții de bază: tristețea, bucuria, furia și teama. Psihologul solicită copilului să descrie planșa și să identifice emoțiile trăite de către fiecare copil din imagine. Părintele este rugat să îl sprijine în acest demers dacă există situații în care copilul său nu reușește să se descurce.

Ulterior, fiecare dintre participanți a fost rugat să relateze câte un eveniment personal care să evidențieze experimentarea fiecărei emoții din cele patru, modalitatea prin care a depășit trăirea emoțională descrisă (mecanismul de coping) și resursele personale pe care le-a folosit în acest sens.

Efectele obținute: Scopul exercițiului a fost de a pune accent pe rolurile părintelui de conținere, susținere și suport în privința nevoilor emoționale ale copilului, de a antrena și deprinde abilități de comunicare eficiente prin exprimarea sentimentelor, pentru dezvoltarea abilităților de ascultare, evitarea reproșurilor și încurajarea empatiei față de copil.

4. *Emoții în divorț!*

Scop: îmbunătățirea exprimării emoționale și identificarea resurselor personale ale copilului și ale părintelui, cu privire la evenimentul de divorț;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic, reflectare și reformulare terapeutică;

Descrierea activității: Plecând de la emoțiile de bază prezentate în puzzle, terapeutul individualizează evenimentele de viață ale participanților, astfel încât, părintele și copilul au fost rugați să prezinte câte un eveniment personal care să evidențieze experimentarea fiecărei emoții din cele patru, referindu-se în mod direct la situația de divorț. Exercițiul a fost completat cu solicitarea privind modalitatea fiecăruia prin care a depășit trăirea emoțională descrisă (mecanismul de coping) și ceea ce i-a ajutat ca resurse personale în situațiile prezentate.

Efectele obținute: Cu ajutorul exercițiului și al terapeutului, au fost îmbunătățite abilitățile părintelui de cunoaștere, susținere și suport în privința nevoilor emoționale ale copilului, de a

aborda subiecte de discuție dificile prin modalități de comunicare eficiente, în vederea exprimării emoționale adecvate și a ameliorării problematicilor existente [208].

Ședința 3 – Identificarea și clarificarea rolurilor

1. Să ne relaxăm!

Scop: echilibrarea stărilor de moment, reducerea impulsurilor tensionate;

Durata: 10 minute;

Tehnica utilizată: respirație dirijată;

Descrierea activității: Psihologul propune părintelui și copilului un exercițiu de respirație, astfel: „Așezați-vă confortabil, închideți ochii și gândiți-vă la ceea ce simțiți, tensionat sau negativ, în acest moment. Inspirați aerul pe nas, umflând abdomenul cu intenție. Expirați apoi lent pe gură, imaginându-vă că starea ta negativă iese împreună cu aerul. Imaginați-vă că un soare luminos și frumos strălucește deasupra voastră iar razele acestuia vă încălzesc. Rămâneți câteva momente în această poziție, în liniște, pentru a profita pe deplin de această căldură și pentru a vă simți mai bine.”

Efectele obținute: Reglarea ritmului respirației a permis participanților să-și reechilibreze impulsurile tensionate și să fie în armonie cu sine.

2. Coșul cu responsabilități!

Scop: conștientizarea implicării copilului în activitățile familiei, conform vârstei și nivelului de dezvoltare, fără a afecta echilibrul dintre activitățile ludice și responsabilitățile zilnice;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: jocul și dialogul terapeutic; psihoeducație;

Descrierea activității: Terapeutul propune participanților să deseneze împreună, pe o foaie de hârtie, un coș mare și gol, pe care să-l împartă în două părți egale. Ulterior, părintele și copilul sunt rugați să se gândească la activitățile pe care le au de îndeplinit, fiecare, în săptămâna respectivă și să le scrie în partea sa din coșul cu responsabilități. După finalizarea scrierii, participanții sunt invitați să discute pe teme expuse în coș, să evalueze eficiența cu care sunt îndeplinite sau nu responsabilitățile și să identifice modalități de soluționare și implementare ale acestora. Discuția este mediată de psiholog care poate propune și interveni în situațiile în care părintele nu trasează activități de îndeplinit copilului, dintr-o abordare parentală de supra-protecție sau, îl supra-responsabilizează considerând că o maturizare mai rapidă îl va ajuta să depășească evenimentele adverse de viață și implicit situația de divorț.

Efectele obținute: Copilul și părintele clarifică și stabilesc modalități de abordare eficiente pentru îndeplinirea responsabilităților. Psihologul crează, prin psihoeducație, un punct de referință pentru părinte, adecvat vârstei și nivelului de dezvoltare al copilului, raportându-se la situația specifică

de divorț.

Literatura de specialitate aduce în discuție fenomenul dereglării rolurilor în situațiile de separare, existând tendința confuziei și/sau inversării rolurilor părinte – copil, prin fenomenul de parentificare, de cele mai multe ori, copilul fiind investit de către părinte cu atribuții de adult, folosit ca și confident sau implicat în decizii care țin de părinte, aspecte care depășesc nivelul său de dezvoltare, ceea ce creează disfuncționalități majore în dinamica relațională, atât în diada părinte-copil, cât și în cea părinte – părinte. Astfel că, pentru a monitoriza și evalua dinamica existentă între părinte și copil, psihologul propune următorul exercițiu:

3. *Schimbăm rolurile!*

Scop: clarificarea rolurilor și a limitelor părintelui și copilului, în contextul familiei divorțate;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: jocul de rol și inversiunea de rol;

Descrierea activității: Tehnica de lucru dramaterapeutică folosită pentru a obține o perspectivă obiectivă și a înțelege realitatea asupra rolurilor fiecăruia, a fost *jocul de rol* asociat cu *inversiunea de rol*, pe baza exemplurilor personale din viața familiei, modalități care au determinat atât copilul cât și părintele să conștientizeze poziția și caracteristicile asociate și să dezvolte strategii proprii și adecvate rolului de a aborda și depăși situațiile de viață, reorientând adultul spre a se îngriji singur de sine, pentru a oferi suport și sprijin emoțional copilului. Astfel că, psihologul solicită participanților să se gândească și să stabilească o problemă dificilă, care a creat greutate, pe care au întâmpinat-o și pe care s-o abordeze împreună în cadrul ședinței. Pe baza exemplului concret, psihologul solicită exemplificarea dialogului prin punerea în scenă a rolurilor și replicilor pe care le exprimă fiecare în contextul problematicei abordate.

Ulterior, părintele și copilul sunt rugați să-și schimbe fizic și reciproc locurile, implicit să-și imagineze că fiecare este în rolul celuilalt și să reia dialogul anterior, menținându-l sau schimbându-l după propria sa nevoie, având în vedere noul rol.

Efectele obținute: Exercițiul stimulează atât la copil cât și la părinte autocunoașterea, achiziția unor modalități de relaționare adecvată și eficientă, accesul la perspective diferite și chiar poate produce modificări în sfera personalității prin mecanismul armonizării imaginii de sine cu sfera comportamentală.

Ședințele 4 și 5 – Analiza dinamicii relaționale - au fost realizate pentru a identifica elementele punctuale și individuale care creează un impact nefuncțional la nivelul dinamicii familiale și ca scop principal, găsirea unor soluții care să consolideze relațiile dintre membri.

1. *Părinții mei se ceartă!*

Scop: exercițiul ajută să recunoaștem mai bine reacțiile și comportamentele pe care le manifestă

părinții între ei;

Durata: 25 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: Psihologul solicită părintelui și copilului să se gândească la ultima interacțiune familială realizată de cei doi prezenți în cabinet cu părintele nerezident.

De regulă, întâlnirile realizate la predarea-primirea copilului la programul de legături personale, se derulează cu tensiuni și acuze reciproce între părinți, ceea ce afectează echilibrul copilului. Când unul dintre părinți îl acuză și îl numește pe celălalt „părinte rău” sistemul de referință al copilului se destabilizează și gestionarea situației de divorț devine din ce în ce mai dificilă. În cel mai bun caz, copilul este nevoit să audă două „adevăruri”, două versiuni ale poveștii, două explicații ale situației, ceea ce îi creează multă confuzie.

În baza exemplului din viața personală ales se identifică, împreună cu participanții, aspecte care provoacă tensiunile între părinți, acuzele care se expun în conversația dintre ei și comportamentele pe care le manifestă aceștia în prezența copilului.

Terapeutul poate interveni cu întrebări ajutătoare însă, e potrivit să permită expunerea liberă din perspectiva copilului inițial și apoi a părintelui. Întrebările pentru copil pot fi următoarele:

„Care crezi că este problema dintre părinții tăi?”

„Ce îi supără pe ei?”

„Ce își spun când se întâlnesc?”

„Cum se comportă unul cu altul?”

Efectele obținute: Problema principală adusă în discuție de către părinte și identificată de către terapeut în etapa de evaluare, care determină tensiuni și conflicte interparentale, a fost cea cu privire la relaționarea defectuoasă a copilului cu celălalt părinte, la nerespectarea programului de legături personale și la abordarea deficitară a acestor aspecte din partea părintelui cu care copilul locuiește.

2. Vreau să merg la tata/mama!

Scop: expunerea și clarificarea nevoilor și dorințelor copilului raportate la contextul divorțului dintre părinți;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: Prin tehnica dialogului dintre părinte și copil asociată cu tehnica ascultării reflective a terapeutului, au fost analizate disfuncționalitățile evidențiate din perspectiva copilului, precum: o comunicare precară și/sau evitantă a copilului cu părintele nerezident sau cu familia acestuia, rezistența sau refuzul copilului de a merge la celălalt părinte la programul de vizită. Din

perspectiva părintelui, au fost punctate comportamente de încurajare aparentă, lipsa de încurajare sau chiar îndepărtarea copilului în legătură cu implicarea acestuia în relația cu celălalt părinte, existența și atragerea copilului în discuții care conțin aprecieri negative și denigratoare față de celălalt părinte, manifestarea unor comportamente emoționale de tristețe și suferință ale părintelui, pe care copilul le interpretează ca fiind cauzale și generate de relaționarea sa cu părintele nerezident.

Efectele obținute: Scopul principal al sesiunii a fost acela de a asigura copilul de susținerea și suportul părintelui în privința menținerii legăturii cu celălalt părinte, fără a exista riscul "retragerii" sentimentelor de iubire părintească sau al pierderii "avantajelor" ce decurg din relația cu părintele cu care locuiește.

Ședințele 6 și 7 - Îmbunătățirea relației copil – părinte - au prevăzut ca scop central îmbunătățirea relației părinte – copil, crearea și asigurarea premiselor pentru un mediu securizat, astfel încât să existe oportunitatea modificării modelului internalizat de atașament, menit să conducă la un sistem reglator eficient, dezvoltării autonomiei și activării resurselor de coping ale copilului.

1. Ce simt eu când părinții nu se înțeleg!

Scop: conștientizarea impactului asupra sistemului familial, implicit asupra copilului, realizat de către interacțiunile distructive ale părinților;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul și reflectarea terapeutică;

Descrierea activității: În contextul conflictului, părinții pot simți emoții puternice însă, uneori, din cauza nivelului ridicat de stres pe care îl experimentează pe o perioadă lungă de timp, părinții pot avea mecanisme de coping în care emoțiile pot fi negate sau resemnificate, astfel încât să nu conștientizeze amploarea manifestării lor.

Pentru a înțelege cum este să fii în poziția copilului, prins între cei doi părinți, terapeutul solicită părintelui și copilului, având în vedere exemplul pe care l-au prezentat și detaliat anterior, să completeze pe o foaie de hârtie următoarele fraze, cu condiția ca părintele să se pună în locul copilului și să răspundă din perspectiva acestuia, astfel:

„Când părinții....eu mă simt....”

„Când părinții..... eu mă gândesc.....”

„În corpul meu, în zona.... eu simt....”

„Sper și îmi doresc.....”

Ulterior completării, copilul este invitat primul să prezinte detaliile scrise pentru a exprima gândurile și trăirile sale raportate la interacțiunea părinților săi. Apoi, părintele este rugat să expună frazele completate din perspectiva copilului său, verificând cu acesta acuratețea mențiunilor și

completându-le, dacă este cazul.

Efectele obținute: Asigurarea premiselor pentru relaționarea adecvată a copilului cu ambii părinți astfel încât, să existe conștientizarea tuturor părților asupra importanței asigurării unui mediu securizant și propice dezvoltării copilului.

2. *Facem lucruri împreună!*

Scop: exercițiul ajută la consolidarea relației părinte – copil, la exprimarea nevoilor fiecăruia;

Durata: 25 minute;

Tehnica utilizată: jocul și dialogul și terapeutice;

Descrierea activității: Introducerea unui element de discontinuitate în viața preadolescentului, reprezentat de divorț, creează schimbări majore în programul acestuia, prin urmare, a fost abordată tematica revalorizării relației copil – părinte. Psihologul roagă părintele și copilul să noteze pe câte o foaie de hârtie activitățile pe care și-ar dori să le realizeze împreună. Participanții au manifestat deschidere și flexibilitate în alegerea activităților, au exprimat entuziasm, folosind *tehnici de negociere și colaborare*, ședința urmărind un scop bine definit, reprezentat de atingerea mai multor puncte și anume:

- de a provoca copilul și părintele pentru a petrece timp cantitativ și consistent;
- de a elimina componentele negative ale relației;
- de a crea rutine securizante, stabile și previzibile pentru copil în relaționarea cu părintele său, în programul dedicat acestuia.

Efectele obținute: Stabilirea unor rutine care să faciliteze consolidarea relației diadice părinte – copil, realizarea unor activități comune care să genereze bună dispoziție și să optimizeze practicile educative(jocuri tematice, explorări ale naturii, vizite culturale, practicarea unor activități sportive, etc).

Ședința 8 – Încheiere - s-a focusat pe contextul încheierii relației terapeutice, pe recapitularea obiectivelor și pe *scopul* elementar, acela al evidențierii progreselor realizate în demersul psihologic ale celor doi participanți.

1. *Familia mea*

Scop: conștientizarea achizițiilor și progreselor realizate în contextual intervenției terapeutice;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: jocul și dialogul terapeutic;

Descrierea activității: Psihologul solicită părintelui și copilului ca fiecare să-și ia câteva minute și să reflecteze la familia lor. În acest context, psihologul oferă participanților câte o foaie de hârtie în care să realizeze membrii care compun familia iar pentru fiecare membru să noteze calitățile pe care le are și ce se pricepe cel mai bine să realizeze.

Efectele obținute: Atât copilul, cât și părintele, au plecat înțelegând câștigurile pe care le-au obținut și conștientizând nevoia de a le menține și în mediul familial.

2. *Ce am învățat!*

Scop: identificarea și recapitularea tehnicilor utilizate în cadrul intervenției psihologice în vederea conștientizării celor mai eficiente strategii de reglare psiho-emoțională;

Durata: 20 minute;

Tehnica utilizată: dialogul terapeutic;

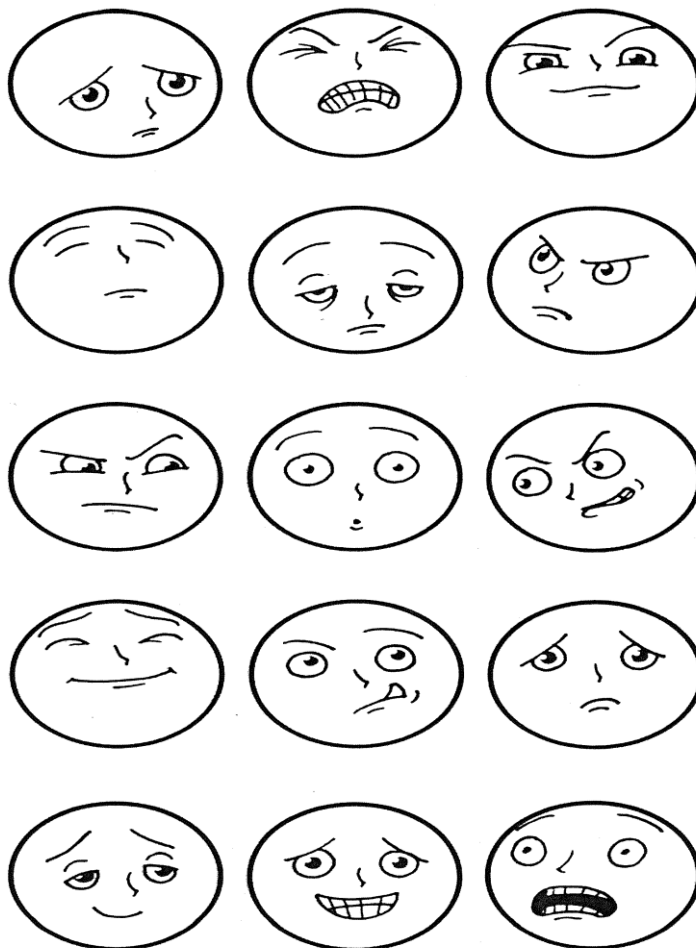
Descrierea activității: Psihologul încurajează și susține familia să expună, cu argumente, care din tehnicile pe care le-au experimentat, au avut un impact consistent. Pe baza prezentării fiecăruia din cei doi participanți, psihologul pune accent în privința următoarelor puncte esențiale:

- schimbările se datorează efortului pe care l-au depus în mod individual și susținut;
- dețin abilitățile și instrumentele necesare pentru a continua în mod pozitiv, chiar și în viitor, atunci când vor apărea alte obstacole;
- continuă să exerseze și în afara cabinetului psihologic folosind metodele și abilitățile dobândite în cadrul intervenției psihologice ceea ce reprezintă o necesitate pentru asigurarea continuității și menținerii unui echilibru la nivel de familie.

Efectele obținute: Conștientizarea efortului și resurselor personale în vederea susținerii evenimentelor adverse de viață.

4.5. Modele de activități pentru ameliorarea tulburărilor de personalitate, a celor emoționale ale preadolescenților și îmbunătățirea competențelor parentale

Anexa 4.5.1. Fișă cu expresii faciale utilizată în intervenția psihologică a preadolescenților[135]



Anexa 4.5.2. Exemple de carduri OH utilizate în intervenția psihologică a părinților[30]





Anexa 4.5.3. Exercițiu ludic utilizat în intervenția psihologică în diada părinte-copil

Jocul de puzzle „Dezvoltare emoțională” – reprezintă o colecție de materiale terapeutice pentru dezvoltare emoțională sau folosită în intervenții terapeutice pentru diferite problematice semnalate (tulburări de conduită, anxietate, depresie, etc.), care poate și folosită pentru orice nivel de vârstă, pentru a iniția copiii în arta cunoașterii de sine și de altul, pentru ca aceștia să conștientizeze propriile lor emoții, legătura dintre emoții și cogniții, respectiv comportamente. Eficiența exercițiului este dată de gradul de implicare activă și afectivă atât a copilului cât și a adultului, de atingerea următoarelor obiective ale jocului realizate prin:

1. Asocierea emoție – culoare pentru înțelegerea trăirilor somatice simțite în timpul stărilor de bucurie, furie, tristețe și frică;
2. Identificarea expresiilor faciale pentru cele patru emoții în vederea recunoașterii la persoanele din mediul copilului;
3. Identificarea celor patru emoții prin autoobservarea/observarea limbajului nonverbal;
4. Enumerarea factorilor/situațiilor care pot genera cele patru emoții (obiecte, relația cu colegii, relația cu părinții/adulții);

5. Stabilirea legăturii dintre emoție, cogniție, comportament;

6. Exemplificarea modalităților adaptative de exprimare (verbală sau comportamentală) a emoțiilor. Realizarea jocului de puzzle are la bază dezvoltarea capacității copilului de a identifica patru dintre emoțiile primare (*furie, bucurie, frică și tristețe*) prin identificarea trăirilor fizice, ale gândurilor și comportamentelor exprimate în timpul acestor stări afective.

Pentru aceasta, imaginea creată are ca primă regulă „*Copii diferiți, emoții diferite!*”, crearea, din piesele de puzzle, a celor patru copii, dorind să sprijine observarea limbajului nonverbal pe care persoanele îl manifestă, prin prezentarea lor, astfel: „*Fetița cea bucuroasă*”, „*Băiatul cel furios*”, „*Fetița cea speriată*”, „*Băiatul cel trist*”.

Ulterior, jocul recomandă ca, pe baza imaginii cu cei patru copii, terapeutul să investigheze evenimentele din viața personală care pot provoca cele patru emoții identificate la copiii din cadrul jocului de puzzle, prin folosirea întrebărilor următoare: „*Ce te-a făcut bucuros?*”, „*Ce te-a înfuriat?*”, „*Ce te-a făcut să te simți trist?*”, „*Ce te-a speriat?*” [14].

Anexa 4.5.4. Fișă de lucru utilizată în intervenția psihologică a părinților

Coparentalitate eficientă

Încercuiți în lista de mai jos ce responsabilități credeți că îndepliniți cu succes în relație cu celălalt părinte: cooperare și acord în privința valorilor educative ale copilului, cu recunoașterea complementarității celor doi părinți;

stabilirea, clarificarea și repartizarea sarcinilor de creștere și educare a copilului între cei doi părinți;

menținerea flexibilității în vederea adaptării la situații neprevăzute;

comunicare și suport interparental pentru validarea mutuală a deciziilor și a practicilor educative;

comunicare în caz de dezacord între părinți, fără implicarea copilului;

comunicarea prin tehnici și metode asertive, clare, cu mesaje fără conținuturi acuzatoare, critice sau încărcate cu reproșuri;

aprobarea și valorizarea manierei în care celălalt părinte își exercită rolul parental prin evidențierea aspectelor pozitive ale acestuia;

gestionarea în mod constructiv a conflictelor care pot apărea în dinamica celor doi părinți, prin abordarea unei atitudini de comunicare, moderare și negociere pentru identificarea soluțiilor adecvate.

(tradus și adaptat după „L'equipe coparentale” – Comment traiter le burn-out parental? - Manuel d'intervention clinique”, M.E. Brianda, I. Roskam et M. Mikolajczak) [95]

ANEXA 5. Rezultatele statistice obținute în experimentul de control

Anexa 5.1. Statistica descriptivă pentru GE(GCE și GPE) și GC(GCC și GPC)

Media, Abaterea standard, Condiția de omogenitate (testul Levene și raportul Hartley) și Condiția de normalitate (skewness și kurtosis)

Tabel 5.1.1. Prezentarea distribuției subiecților pe grupe de vârstă pentru GCE și GCC

<i>Vârsta</i>	GCE		GCC	
	<i>Nr. subiecți</i>	<i>Procent</i>	<i>Nr. subiecți</i>	<i>Procent</i>
9 ani	9	30	11	36,67
10 ani	11	36,67	7	23,33
11 ani	8	26,67	9	30
12 ani	2	6,66	3	10
<i>Total subiecți copii</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>

Tabel 5.1.2. Prezentarea distribuției subiecților pe grupe de vârstă pentru GPE și GPC

<i>Vârsta</i>	GPE		GPC	
	<i>Nr. subiecți</i>	<i>Procent</i>	<i>Nr. subiecți</i>	<i>Procent</i>
20-29 ani	1	3,33	0	0
30-39 ani	21	70	19	63,34
40-49 ani	8	26,67	11	36,66
50-59 ani	0	0	0	0
<i>Total subiecți părinți</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>

Tabel 5.1.3. Prezentarea statisticii descriptive pentru testul *MPACI*, GCE/GCC, retest

Descriptives

	lot	Mean	SD
Increzator_R	0	58.48	14.83
	1	53.74	11.68
Sociabil_R	0	54.44	10.62
	1	52.94	11.38
Conformist_R	0	63.70	12.19
	1	53.82	11.66
Supus_R	0	55.30	14.10
	1	50.62	12.71
Inhibat_R	0	56.85	12.05
	1	48.59	6.50
Insubordonat_R	0	52.22	19.58
	1	53.21	14.85
Instabil_R	0	55.44	14.50
	1	45.47	10.60
Anxietate/Frica_R	0	70.22	7.83
	1	57.47	12.18
DeficitAtentie_R	0	46.11	22.61
	1	43.94	17.89
TendinteObsesivCompul_R	0	47.70	21.81
	1	48.12	18.02
ProblemeConduita_R	0	48.78	16.28

	1	49.03	17.04
ComportamenteDisruptive_R	0	48.85	14.05
	1	48.29	13.39
DispozitieDepresiva_R	0	62.37	11.14
	1	52.91	11.09
DistorsionareaRealitatii_R	0	51.30	16.85
	1	36.56	21.29

Tabel 5.1.4. Prezentarea statisticii descriptive pentru testul *HiPIC*, GCE/GCC, retest Descriptives

	lot	Mean	SD
Stabilitate Emotionala_R	0	3.33	1.39
	1	4.44	1.19
Extraversie_R	0	4.44	1.55
	1	5.53	1.28
Imaginatie_R	0	5.04	1.63
	1	4.24	1.13
Benevolenta_R	0	4.37	1.88
	1	4.88	1.37
Constiinciozitate_R	0	4.26	1.56
	1	5.35	1.12

Tabel 5.1.5. Prezentarea statisticii descriptive pentru testul *CSI4*, GCE/GCC, retest Descriptives

	lot	Mean	SD
ADHDtipulInatent_R	0	45.07	8.07
	1	39.09	9.94
ADHDtipulHiperactiv-impulsiv_R	0	43.81	6.84
	1	38.12	7.38
ADHDtipulCombinat_R	0	44.26	5.51
	1	32.47	6.82
TulburareaOpoziționisProvocator_R	0	47.33	9.45
	1	40.47	6.21
TulburareDeConduită_R	0	53.63	8.67
	1	41.12	4.04
AnxietateGeneralizată_R	0	69.48	7.37
	1	50.35	9.54
FobieSpecifică_R	0	11.78	16.20
	1	6.88	9.78
Obsesii_R	0	30.56	19.53
	1	12.79	17.05
Compulsii_R	0	30.22	21.98
	1	29.38	19.18
StresPostTraumatic_R	0	63.30	9.26
	1	47.06	8.60
TicuriMotorii_R	0	19.70	24.63
	1	14.44	21.99
TicuriVocale_R	0	13.56	21.73
	1	1.59	9.26
Schizofrenie_R	0	6.59	16.21
	1	2.71	10.99
TulburareDepresivaMajora_R	0	47.52	6.44
	1	32.03	9.44

TulburareDistimica_R	0	72.30	5.91
	1	50.00	11.65
TulburareAutista_R	0	45.07	4.18
	1	46.85	8.49
SindromAsperger_R	0	45.70	5.27
	1	45.74	6.49
FobieSociala_R	0	52.56	8.96
	1	46.53	6.57
AnxietateDeSeparare_R	0	70.81	6.47
	1	49.59	10.91
Enuresis_R	0	5.33	13.42
	1	6.09	9.60

Tabel 5.1.6. Prezentarea statisticii descriptive pentru testul *PSI4*, GCE/GCC, retest
Descriptives

	lot	Mean	SD
DeficitAtentie_R	0	53.26	9.63
	1	43.94	13.65
Adaptare_R	0	69.44	10.29
	1	54.56	7.31
RecompensaParintelui_R	0	51.85	9.33
	1	42.59	7.42
Solicitari_R	0	51.22	7.23
	1	40.97	7.19
StareAfectiva_R	0	68.15	8.84
	1	56.06	8.63
Acceptare_R	0	44.78	6.94
	1	34.91	6.46

Tabel 5.1.7. Prezentarea statisticii descriptive pentru testul *PSI4*, GPE/GPC, retest

	Grup experimental		Grup control	
	M	SD	M	SD
1 Compet_R	46.38	5.58	62.89	7.96
2 Izolare_R	38.82	8.54	47.63	9.49
3 Atașam_R	45.26	7.48	56.30	10.21
4 Sănătate_R	44.74	9.39	56.15	7.58
5 RolPDis_R	49.18	6.10	59.11	8.50
6 Depresie_R	48.74	9.00	57.84	10.94
7 Rel part_R	60.85	9.41	72.11	8.15

Tabel 5.1.8. Prezentarea statisticii descriptive pentru testul *CCP*, GPE/GPC, retest

	Grup experimental		Grup control	
	M	SD	M	SD
1 Cunoaștere	56.76	3.94	53.15	6.55
2 Suport Af	58.68	6.39	53.22	6.50
3 Disciplin	61.26	6.09	56.81	9.45
4 ManTimp	56.32	4.51	50.30	4.72
5 ManCrize	54.94	4.25	48.59	5.89

Notă: Condiția de omogenitate se verifică conform explicațiilor de la Anexa 2.

Tabel 5.1.9. Condiția de normalitate *MPACI* GCE/GCC– retest

	lot	Skewness		Kurtosis	
		Skewness	SE	Kurtosis	SE
Increzator_R	0	-0.98	0.45	2.00	0.87
	1	-0.38	0.40	-0.34	0.79
Sociabil_R	0	-0.01	0.45	0.32	0.87
	1	-0.28	0.40	-0.34	0.79
Conformist_R	0	-0.75	0.45	2.16	0.87
	1	0.13	0.40	-1.21	0.79
Supus_R	0	-0.26	0.45	-0.93	0.87
	1	-0.40	0.40	-0.67	0.79
Inhibat_R	0	-0.69	0.45	-0.65	0.87
	1	-0.47	0.40	-0.07	0.79
Insubordonat_R	0	-0.60	0.45	0.11	0.87
	1	-0.24	0.40	-1.09	0.79
Instabil_R	0	-0.76	0.45	0.92	0.87
	1	-1.05	0.40	1.78	0.79
Anxietate/Frica_R	0	-0.63	0.45	0.10	0.87
	1	0.02	0.40	-1.16	0.79
DeficitAtentie_R	0	-0.66	0.45	-0.02	0.87
	1	-0.59	0.40	0.80	0.79
TendinteObsesivCompulsive_R	0	-0.73	0.45	-0.24	0.87
	1	-0.57	0.40	-0.50	0.79
ProblemeConduita_R	0	-1.03	0.45	2.04	0.87
	1	-0.69	0.40	-0.82	0.79
ComportamenteDisruptive_R	0	-1.09	0.45	2.15	0.87
	1	-0.04	0.40	-0.99	0.79
DispozitieDepresiva_R	0	-1.01	0.45	0.51	0.87
	1	-0.67	0.40	-0.41	0.79
DistorsionareaRealitatii_R	0	-0.66	0.45	-0.04	0.87
	1	-0.08	0.40	-0.66	0.79

Notă: Se consideră că o distribuție îndeplinește condiția de normalitate atunci când skewness are valori cuprinse între -1 și 1, iar kurtosis are valori cuprinse în intervalul (-2) – (+2) [115].

Tabel 5.1.10. Condiția de normalitate *HiPIC*, GCE/GCC - retest

	lot	Skewness		Kurtosis	
		Skewness	SE	Kurtosis	SE
Stabilitate Emotionala_R	0	0.32	0.45	-0.46	0.87
	1	-0.32	0.40	-0.51	0.79
Extraversie_R	0	0.46	0.45	1.64	0.87
	1	0.39	0.40	0.59	0.79
Imaginatie_R	0	0.80	0.45	1.06	0.87
	1	0.17	0.40	0.16	0.79
Benevolenta_R	0	0.68	0.45	0.13	0.87
	1	0.45	0.40	1.37	0.79
Constiinciozitate_R	0	0.20	0.45	0.17	0.87
	1	0.67	0.40	0.64	0.79

Notă: Se consideră că o distribuție îndeplinește condiția de normalitate atunci când skewness are valori cuprinse între -1 și 1, iar kurtosis are valori cuprinse în intervalul (-2) – (+2) [115].

Tabel 5.1.11. Condiția de normalitate *CSI4*, GCE/GCC - retest

	lot	Skewness		Kurtosis	
		Skewness	SE	Kurtosis	SE
ADHDtipulInatent_R	0	0.87	0.45	1.89	0.87
	1	1.07	0.40	0.27	0.79
ADHDtipulHiperactiv-impulsiv_R	0	1.12	0.45	2.06	0.87
	1	0.45	0.40	-0.67	0.79
ADHDtipulCombinat_R	0	0.29	0.45	0.35	0.87
	1	0.89	0.40	1.49	0.79
TulburareaOpoziționismulProvocator_R	0	0.53	0.45	0.83	0.87
	1	0.13	0.40	-1.32	0.79
TulburareDeConduită_R	0	0.53	0.45	-0.31	0.87
	1	-0.13	0.40	-0.17	0.79
AnxietateGeneralizată_R	0	-1.08	0.45	0.51	0.87
	1	0.55	0.40	-0.49	0.79
FobieSpecifică_R	0	0.79	0.45	-1.14	0.87
	1	1.07	0.40	2.07	0.79
Obsesii_R	0	-0.81	0.45	-1.02	0.87
	1	0.72	0.40	0.17	0.79
Compulsii_R	0	-0.41	0.45	-1.41	0.87
	1	-0.22	0.40	-0.94	0.79
StresPostTraumatic_R	0	-0.12	0.45	-0.68	0.87
	1	0.53	0.40	-0.49	0.79
TicuriMotorii_R	0	0.50	0.45	-1.77	0.87
	1	0.96	0.40	-1.02	0.79
TicuriVocale_R	0	1.10	0.45	-0.57	0.87
	1	1.83	0.40	4.00	0.79
Schizofrenie_R	0	1.15	0.45	2.96	0.87
	1	0.93	0.40	2.24	0.79
TulburareDepresivaMajora_R	0	0.33	0.45	-0.19	0.87
	1	0.73	0.40	1.91	0.79
TulburareDistimica_R	0	-0.67	0.45	-0.43	0.87
	1	0.29	0.40	-0.04	0.79
TulburareAutista_R	0	0.09	0.45	-1.24	0.87
	1	0.80	0.40	1.58	0.79
SindromAsperger_R	0	0.07	0.45	-0.65	0.87
	1	-0.98	0.40	1.86	0.79
FobieSociala_R	0	0.04	0.45	-0.23	0.87
	1	0.55	0.40	0.29	0.79
AnxietateDeSeparare_R	0	-1.02	0.45	1.77	0.87
	1	0.06	0.40	0.51	0.79
Enuresis_R	0	2.30	0.45	3.79	0.87
	1	2.31	0.40	5.78	0.79

Notă: Se consideră că o distribuție îndeplinește condiția de normalitate atunci când skewness are valori cuprinse între -1 și 1, iar kurtosis are valori cuprinse în intervalul (-2) – (+2) [115].

Tabel 5.1.12. Condiția de normalitate *PSI4*, GCE/GCC- retest

	lot	Skewness		Kurtosis	
		Skewness	SE	Kurtosis	SE
DeficitAtentie_R	0	0.02	0.45	-0.19	0.87
	1	-1.03	0.40	1.47	0.79
Adaptare_R	0	-0.45	0.45	0.20	0.87
	1	0.80	0.40	0.55	0.79
RecompensaParintelui_R	0	0.41	0.45	0.07	0.87

	1	0.75	0.40	0.97	0.79
Solicitari_R	0	-0.18	0.45	-0.11	0.87
	1	0.75	0.40	1.72	0.79
StareAfectiva_R	0	-0.52	0.45	-0.44	0.87
	1	0.86	0.40	1.50	0.79
Acceptare_R	0	0.49	0.45	-0.01	0.87
	1	0.98	0.40	1.29	0.79

Notă: Se consideră că o distribuție îndeplinește condiția de normalitate atunci când skewness are valori cuprinse între -1 și 1, iar kurtosis are valori cuprinse în intervalul (-2) – (+2) [115].

Tabel 5.1.13. Condiția de normalitate *PSI4*, GPE/GPC – retest

	lot	Skewness		Kurtosis	
		Skewness	SE	Kurtosis	SE
Competenta_R	0	0.00	0.45	-0.81	0.87
	1	1.67	0.40	3.07	0.79
Izolare_R	0	0.85	0.45	0.98	0.87
	1	1.23	0.40	1.08	0.79
Atasament_R	0	0.63	0.45	-0.41	0.87
	1	-0.16	0.40	-0.02	0.79
Sanatate_R	0	0.05	0.45	-0.30	0.87
	1	1.05	0.40	2.32	0.79
RolParentalRestrictiv_R	0	0.02	0.45	-0.48	0.87
	1	0.66	0.40	1.97	0.79
Depresie_R	0	0.37	0.45	-0.99	0.87
	1	0.91	0.40	0.78	0.79
RelatiaCuPartenerul_R	0	-0.25	0.45	0.24	0.87
	1	1.59	0.40	3.39	0.79

Notă: Se consideră că o distribuție îndeplinește condiția de normalitate atunci când skewness are valori cuprinse între -1 și 1, iar kurtosis are valori cuprinse în intervalul (-2) – (+2) [115].

Tabel 5.1.14. Condiția de normalitate *CCP*, GPE/GPC – retest

	lot	Skewness		Kurtosis	
		Skewness	SE	Kurtosis	SE
Cunoastere_R	0	-0.89	0.45	2.32	0.87
	1	0.21	0.40	-0.33	0.79
SuportAfectivManagStresului_R	0	0.10	0.45	-0.19	0.87
	1	-0.31	0.40	-0.70	0.79
Disciplinare_R	0	0.29	0.45	-0.94	0.87
	1	-0.65	0.40	0.06	0.79
ManagTimpului_R	0	-0.56	0.45	-0.53	0.87

	lot	Skewness		Kurtosis	
		Skewness	SE	Kurtosis	SE
ManagCrizelor	1	0.12	0.40	0.11	0.79
	0	0.51	0.45	1.56	0.87
	1	0.73	0.40	1.55	0.79

Anexa 5.2. Rezultate *test/retest* și *retest* la testele psihologice pentru GCE/GCC și GPE/GPC

Rezultatele *test/retest* și *retest* pentru GCE/GCC – testul MPACI

Tabel 5.2.1. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Încrezător*

Within Subjects Effects									
				Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	
intervenție				380.50	1	380.50	6.67	0.012	
intervenție * lot				1668.04	1	1668.04	29.23	<.001	
Residual				3366.33	59	57.06			
Post Hoc Comparisons - intervenție * lot									
Comparison									
intervenție	lot	intervenție	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
test	0	- test	1	19.64	4.87	59.00	4.03	<.001	
		- retest	0	3.89	2.06	59.00	1.89	0.243	
		- retest	1	8.64	4.28	59.00	2.02	0.193	
	1	- retest	0	-15.75	4.11	59.00	-3.83	0.002	
		- retest	1	-11.00	1.83	59.00	-6.00	<.001	
retest	0	- retest	1	4.75	3.39	59.00	1.40	0.505	

Tabel 5.2.2. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Sociabil*

Within Subjects Effects					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
intervenție	831.48	1	831.48	14.34	<.001
intervenție * lot	952.79	1	952.79	16.43	<.001
Residual	3420.91	59	57.98		

Post Hoc Comparisons - intervenție * lot								
Comparison								
intervenție	lot	intervenție	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey
test	0	- test	1	-1.37	4.73	59.00	-0.29	0.991
		- retest	0	-0.37	2.07	59.00	-0.18	0.998
		- retest	1	9.51	4.08	59.00	2.33	0.102
	1	- retest	0	1.00	3.89	59.00	0.26	0.994
		- retest	1	10.88	1.85	59.00	5.89	<.001
		- retest	1	9.88	3.07	59.00	3.22	0.011

Tabel 5.2.3 Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Conformism*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
intervenție	991.17		1	991.17		10.33	0.002		
intervenție * lot	1854.58		1	1854.58		19.32	<.001		
Residual	5662.45		59	95.97					

Post Hoc Comparisons - intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
intervenție	lot	intervenție	lot						
test	0	- test	1	17.20	5.07	59.00	3.40	0.007	
		- retest	0	2.11	2.67	59.00	0.79	0.858	
		- retest	1	3.61	4.23	59.00	0.85	0.828	
1		- retest	0	-15.09	3.99	59.00	-3.79	0.002	
		- retest	1	-13.59	2.38	59.00	-5.72	<.001	
		- retest	1	1.50	2.85	59.00	0.53	0.952	

Tabel 5.2.4. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Supus*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
intervenție	125.43		1	125.43		1.85	0.179		
intervenție * lot	688.31		1	688.31		10.14	0.002		
Residual	4005.06		59	67.88					

Post Hoc Comparisons - intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
intervenție	lot	intervenție	lot						
test	0	- test	1	-4.89	4.82	59.00	-1.01	0.742	
		- retest	0	-2.74	2.24	59.00	-1.22	0.615	
		- retest	1	1.94	4.27	59.00	0.45	0.969	
1		- retest	0	2.14	4.11	59.00	0.52	0.953	
		- retest	1	6.82	2.00	59.00	3.41	0.006	
		- retest	1	4.68	3.44	59.00	1.36	0.529	

Tabel 5.2.5. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Inhibat*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
interventie	429.43		1	429.43		4.72	0.034		
interventie * lot	6215.07		1	6215.07		68.36	<.001		
Residual	5364.39		59	90.92					

Post Hoc Comparisons - interventie * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
interventie	lot	interventie	lot						
test	0	- test	1	-20.48	4.98	59.00	-4.11	<.001	
		- retest	0	-10.59	2.60	59.00	-4.08	<.001	
		- retest	1	-2.33	4.05	59.00	-0.58	0.939	
1		- retest	0	9.88	3.77	59.00	2.62	0.053	
		- retest	1	18.15	2.31	59.00	7.85	<.001	
		- retest	1	8.26	2.41	59.00	3.43	0.006	

Tabel 5.2.6. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Insubordonat*

Within Subjects Effects									
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	p		
intervenție		26.69		1	26.69	0.36	0.552		
intervenție * lot		691.61		1	691.61	9.27	0.003		
Residual		4400.01		59	74.58				

Post Hoc Comparisons - intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	key
intervenție	lot	intervenție	lot						
test	0	- test	1	-10.57	5.94	59.00	-1.78	0.293	
		- retest	0	-3.85	2.35	59.00	-1.64	0.365	
		- retest	1	-4.84	5.31	59.00	-0.91	0.800	
	1	- retest	0	6.72	5.14	59.00	1.31	0.562	
retest	0	- retest	1	5.74	2.09	59.00	2.74	0.040	
		- retest	1	-0.98	4.41	59.00	-0.22	0.996	

Tabel 5.2.7. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Instabil*

Within Subjects Effects									
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	p		
interventie		3876.01		1	3876.01	42.05	<.001		
interventie * lot		11658.79		1	11658.79	126.48	<.001		
Residual		5438.49		59	92.18				

Post Hoc Comparisons - interventie * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	key
interventie	lot	interventie	lot						
test	0	- test	1	-29.39	5.43	59.00	-5.41	<.001	
		- retest	0	-8.33	2.61	59.00	-3.19	0.012	
		- retest	1	1.64	4.58	59.00	0.36	0.984	
	1	- retest	0	21.06	4.34	59.00	4.86	<.001	
retest	0	- retest	1	31.03	2.33	59.00	13.33	<.001	
		- retest	1	9.97	3.21	59.00	3.10	0.015	

Tabel 5.2.8. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Anxietate/Frică*

Within Subjects Effects									
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	p		
intervenție		2540.23		1	2540.23	45.33	<.001		
intervenție * lot		2643.67		1	2643.67	47.18	<.001		
Residual		3306.23		59	56.04				

Post Hoc Comparisons - intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	key
intervenție	lot	intervenție	lot						
test	0	- test	1	-5.99	2.43	59.00	-2.46	0.077	
		- retest	0	-0.19	2.04	59.00	-0.09	1.000	
		- retest	1	12.57	2.56	59.00	4.92	<.001	
	1	- retest	0	5.81	2.59	59.00	2.24	0.123	
retest	0	- retest	1	18.56	1.82	59.00	10.22	<.001	
		- retest	1	12.75	2.70	59.00	4.72	<.001	

Tabel 5.2.9. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Deficit de atenție*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
intervenție	354.95		1	354.95		8.44	0.005		
intervenție * lot	572.16		1	572.16		13.60	<.001		
Residual	2481.71		59	42.06					

Post Hoc Comparisons - intervenție * lot									
Comparison					Mean Difference	SE	df	t	Ptukey
intervenție	lot	intervenție	lot						
test	0	-	test	1	-6.55	5.50	59.00	-1.19	0.635
		-	retest	0	-0.93	1.77	59.00	-0.52	0.953
		-	retest	1	1.24	5.36	59.00	0.23	0.996
	1	-	retest	0	5.62	5.33	59.00	1.06	0.717
retest	0	-	retest	1	7.79	1.57	59.00	4.95	<.001
		-	retest	1	2.17	5.18	59.00	0.42	0.975

Tabel 5.2.10. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Tendințe obsesiv compulsive*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
intervenție	813.66		1	813.66		17.20	<.001		
intervenție * lot	1465.20		1	1465.20		30.96	<.001		
Residual	2791.80		59	47.32					

Post Hoc Comparisons - intervenție * lot									
Comparison					Mean Difference	SE	df	t	Ptukey
intervenție	lot	intervenție	lot						
test	0	-	test	1	-14.37	5.98	59.00	-2.40	0.088
		-	retest	0	-1.78	1.87	59.00	-0.95	0.778
		-	retest	1	-2.19	5.61	59.00	-0.39	0.980
	1	-	retest	0	12.59	5.51	59.00	2.29	0.113
retest	0	-	retest	1	12.18	1.67	59.00	7.30	<.001
		-	retest	1	-0.41	5.10	59.00	-0.08	1.000

Tabel 5.2.11. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Probleme de conduită*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
intervenție	128.39		1	128.39		1.83	0.181		
intervenție * lot	1598.49		1	1598.49		22.81	<.001		
Residual	4134.22		59	70.07					

Post Hoc Comparisons - intervenție * lot									
Comparison					Mean Difference	SE	df	t	Ptukey
intervenție	lot	intervenție	lot						
test	0	-	test	1	-14.83	4.57	59.00	-3.25	0.010
		-	retest	0	-5.22	2.28	59.00	-2.29	0.111
		-	retest	1	-5.47	4.45	59.00	-1.23	0.611
	1	-	retest	0	9.60	4.42	59.00	2.17	0.143
retest	0	-	retest	1	9.35	2.03	59.00	4.61	<.001
		-	retest	1	-0.25	4.31	59.00	-0.06	1.000

Tabel 5.2.12. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Dispoziție depresivă*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
interventie	3269.64		1	3269.64		47.03	<.001		
interventie * lot	5452.72		1	5452.72		78.42	<.001		
Residual	4102.25		59	69.53					

Post Hoc Comparisons - interventie * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	
interventie	lot	interventie	lot						
test	0	- test	1	-17.46	3.95	59.00	-4.42	<.001	
		- retest	0	-3.04	2.27	59.00	-1.34	0.543	
		- retest	1	6.42	3.51	59.00	1.83	0.270	
	1	- retest	0	14.42	3.39	59.00	4.26	<.001	
		- retest	1	23.88	2.02	59.00	11.81	<.001	
		- retest	1	9.46	2.86	59.00	3.30	0.009	

Tabel 5.2.13. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Distorsionarea realității*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
interventie	6153.50		1	6153.50		35.31	<.001		
interventie * lot	12176.12		1	12176.12		69.87	<.001		
Residual	10281.15		59	174.26					

Post Hoc Comparisons - interventie * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	
interventie	lot	interventie	lot						
test	0	- test	1	-25.49	7.40	59.00	-3.45	0.006	
		- retest	0	-5.81	3.59	59.00	-1.62	0.376	
		- retest	1	8.92	6.45	59.00	1.38	0.515	
	1	- retest	0	19.67	6.18	59.00	3.18	0.012	
		- retest	1	34.41	3.20	59.00	10.75	<.001	
		- retest	1	14.74	5.02	59.00	2.94	0.024	

Rezultatele *test/retest* și *retest* pentru GCE/GCC – testul HiPICTabel 5.2.14. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Stabilitate emoțională*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
interventie	29.41		1	29.41		37.16	<.001		
interventie * lot	36.40		1	36.40		45.98	<.001		
Residual	46.70		59	0.79					

Post Hoc Comparisons - interventie * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	
interventie	lot	interventie	lot						
test	0	- test	1	1.05	0.41	59.00	2.56	0.061	
		- retest	0	0.11	0.24	59.00	0.46	0.968	
		- retest	1	-1.03	0.38	59.00	-2.71	0.042	
	1	- retest	0	-0.94	0.37	59.00	-2.53	0.065	
		- retest	1	-2.09	0.22	59.00	-9.68	<.001	
		- retest	1	-1.14	0.34	59.00	-3.38	0.007	

Tabel 5.2.15. Efectul intervenției terapeutice asupra scale *Extraversie*

Within Subjects Effects									
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	p		
interventie		26.02		1	26.02	30.21	<.001		
interventie * lot		32.61		1	32.61	37.86	<.001		
Residual		50.82		59	0.86				

Post Hoc Comparisons - interventie * lot									
Comparison									
interventie	lot	interventie	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
test	0	- test	1	1.00	0.46	59.00	2.16	0.147	
		- retest	0	0.11	0.25	59.00	0.44	0.971	
		- retest	1	-0.97	0.42	59.00	-2.31	0.106	
1		- retest	0	-0.89	0.41	59.00	-2.16	0.146	
		- retest	1	-1.97	0.23	59.00	-8.75	<.001	
		- retest	1	-1.08	0.36	59.00	-2.99	0.021	

Tabel 5.2.16. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Conștiinciozitate*

Within Subjects Effects									
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	p		
interventie		16.44		1	16.44	35.06	<.001		
interventie * lot		14.84		1	14.84	31.63	<.001		
Residual		27.67		59	0.47				

Post Hoc Comparisons - interventie * lot									
Comparison									
interventie	lot	interventie	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
test	0	- test	1	0.31	0.39	59.00	0.79	0.859	
		- retest	0	-0.04	0.19	59.00	-0.20	0.997	
		- retest	1	-1.13	0.37	59.00	-3.04	0.018	
1		- retest	0	-0.35	0.37	59.00	-0.95	0.779	
		- retest	1	-1.44	0.17	59.00	-8.68	<.001	
		- retest	1	-1.09	0.34	59.00	-3.18	0.012	

Rezultatele *test/retest* și *retest* pentru GCE/GCC – testul CSI4Tabel 5.2.17. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Anxietate generalizată*

Within Subjects Effects									
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	p		
Intervenție		1552.94		1	1552.94	36.44	<.001		
Intervenție * lot		3258.71		1	3258.71	76.46	<.001		
Residual		2514.45		59	42.62				

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot									
Comparison									
Intervenție	lot	Intervenție	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
test	0	- test	1	-1.68	2.40	59.00	-0.70	0.896	
		- retest	0	-3.22	1.78	59.00	-1.81	0.277	
		- retest	1	15.91	2.32	59.00	6.84	<.001	
1		- retest	0	-1.54	2.31	59.00	-0.67	0.909	
		- retest	1	17.59	1.58	59.00	11.11	<.001	
		- retest	1	19.13	2.23	59.00	8.58	<.001	

Tabel 5.2.18. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Anxietate de separare*

Within Subjects Effects					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Intervenție	2032.10	1	2032.10	50.85	<.001
Intervenție * lot	3164.56	1	3164.56	79.19	<.001
Residual	2357.72	59	39.96		

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	
Intervenție	lot	Intervenție	lot						
test	0	- test	1	0.72	2.38	59.00	0.30	0.990	
		- retest	0	-2.04	1.72	59.00	-1.18	0.639	
		- retest	1	19.19	2.38	59.00	8.07	<.001	
1	1	- retest	0	-2.76	2.38	59.00	-1.16	0.655	
		- retest	1	18.47	1.53	59.00	12.05	<.001	
		- retest	1	21.23	2.38	59.00	8.93	<.001	

Tabel 5.2.19. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Stres post-traumatic*

Within Subjects Effects					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Intervenție	626.28	1	626.28	17.82	<.001
Intervenție * lot	2341.85	1	2341.85	66.63	<.001
Residual	2073.61	59	35.15		

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	
Intervenție	lot	Intervenție	lot						
test	0	- test	1	-1.40	2.20	59.00	-0.64	0.919	
		- retest	0	-4.26	1.61	59.00	-2.64	0.050	
		- retest	1	11.98	2.24	59.00	5.34	<.001	
1	1	- retest	0	-2.86	2.25	59.00	-1.27	0.587	
		- retest	1	13.38	1.44	59.00	9.31	<.001	
		- retest	1	16.24	2.29	59.00	7.08	<.001	

Tabel 5.2.20. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Tulburare distimică*

Within Subjects Effects					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
RM Factor 1	1764.59	1	1764.59	37.56	<.001
RM Factor 1 * lot	2432.66	1	2432.66	51.78	<.001
Residual	2771.88	59	46.98		

Post Hoc Comparisons - RM Factor 1 * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	
RM Factor 1	lot	RM Factor 1	lot						
Test	0	- Test	1	4.32	2.23	59.00	1.93	0.226	
		- Retest	0	-1.33	1.87	59.00	-0.71	0.891	
		- Retest	1	20.96	2.34	59.00	8.96	<.001	
1	1	- Retest	0	-5.65	2.37	59.00	-2.39	0.090	
		- Retest	1	16.65	1.66	59.00	10.01	<.001	
		- Retest	1	22.30	2.46	59.00	9.05	<.001	

Tabel 5.2.21. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Fobie specifică*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
Intervenție	442.15		1	442.15		4.74	0.034		
Intervenție * lot	560.22		1	560.22		6.00	0.017		
Residual	5506.50		59	93.33					

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	
Intervenție	lot	Intervenție	lot						
test	0	- test	1	-3.73	3.32	59.00	-1.12	0.676	
		- retest	0	-0.48	2.63	59.00	-0.18	0.998	
		- retest	1	4.41	3.33	59.00	1.32	0.552	
	1	- retest	0	3.25	3.34	59.00	0.97	0.765	
retest	0	- retest	1	8.15	2.34	59.00	3.48	0.005	
		- retest	1	4.90	3.35	59.00	1.46	0.468	

Tabel 5.2.22. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *ADHD tipul neatent*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
Intervenție	175.47		1	175.47		7.78	0.007		
Intervenție * lot	406.22		1	406.22		18.01	<.001		
Residual	1330.96		59	22.56					

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	
Intervenție	lot	Intervenție	lot						
test	0	- test	1	-1.36	3.24	59.00	-0.42	0.975	
		- retest	0	-1.26	1.29	59.00	-0.97	0.765	
		- retest	1	4.73	2.88	59.00	1.64	0.365	
	1	- retest	0	0.10	2.78	59.00	0.04	1.000	
retest	0	- retest	1	6.09	1.15	59.00	5.29	<.001	
		- retest	1	5.99	2.36	59.00	2.54	0.065	

Tabel 5.2.23. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *ADHD tipul hiperactiv-impulsiv*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares		df	Mean Square		F	p		
Intervenție	199.09		1	199.09		10.61	0.002		
Intervenție * lot	485.52		1	485.52		25.87	<.001		
Residual	1107.45		59	18.77					

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptuke	
Intervenție	lot	Intervenție	lot						
test	0	- test	1	-2.34	2.40	59.00	-0.98	0.764	
		- retest	0	-1.44	1.18	59.00	-1.22	0.614	
		- retest	1	4.25	2.17	59.00	1.96	0.214	
	1	- retest	0	0.89	2.10	59.00	0.42	0.974	
retest	0	- retest	1	6.59	1.05	59.00	6.27	<.001	
		- retest	1	5.70	1.84	59.00	3.09	0.016	

Tabel 5.2.24. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Obsesii*

Within Subjects Effects									
				Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	
Intervenție				4.33	1	4.33	0.04	0.834	
Intervenție * lot				1182.49	1	1182.49	12.12	<.001	
Residual				5756.22	59	97.56			

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot									
Comparison									
Intervenție	lot	Intervenție	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
test	0	- test	1	5.23	4.35	59.00	1.20	0.628	
		- retest	0	-5.89	2.69	59.00	-2.19	0.138	
		- retest	1	11.87	4.50	59.00	2.64	0.051	
1		- retest	0	-11.11	4.54	59.00	-2.45	0.079	
		- retest	1	6.65	2.40	59.00	2.77	0.036	
		- retest	1	17.76	4.69	59.00	3.79	0.002	

Rezultatele *test/retest* și *retest* pentru GCE/GCC – testul PSI4Tabel 5.2.25. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Adaptare*

Within Subjects Effects									
				Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	
RM Factor 1				637.39	1	637.39	17.98	<.001	
RM Factor 1 * lot				2948.84	1	2948.84	83.20	<.001	
Residual				2091.06	59	35.44			

Post Hoc Comparisons - RM Factor 1 * lot

Comparison									
RM Factor 1	lot	RM Factor 1	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
test	0	- test	1	-4.91	3.42	59.00	-1.44	0.481	
		- retest	0	-5.30	1.62	59.00	-3.27	0.010	
		- retest	1	9.59	2.96	59.00	3.24	0.010	
1		- retest	0	-0.39	2.83	59.00	-0.14	0.999	
		- retest	1	14.50	1.44	59.00	10.04	<.001	
		- retest	1	14.89	2.26	59.00	6.60	<.001	

Tabel 5.2.26. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Stare afectivă*

Within Subjects Effects									
Sum of Squares				df	Mean Square	F	p		
RM Factor 1		745.10		1	745.10	18.70	<.001		
RM Factor 1 * lot		2798.28		1	2798.28	70.22	<.001		
Residual		2351.01		59	39.85				
Post Hoc Comparisons - RM Factor 1 * lot									
Comparison									
RM Factor 1	lot	RM Factor 1	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
test	0	- test	1	-7.19	2.85	59.00	-2.52	0.067	
		- retest	0	-4.67	1.72	59.00	-2.72	0.042	
		- retest	1	7.42	2.60	59.00	2.85	0.030	
1		- retest	0	2.53	2.53	59.00	1.00	0.751	
		- retest	1	14.62	1.53	59.00	9.55	<.001	
		- retest	1	12.09	2.25	59.00	5.37	<.001	

Tabel 5.2.27. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Recompensa părintelui*

Within Subjects Effects									
				Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	
RM Factor 1				0.41	1	0.41	0.02	0.897	
RM Factor 1 * lot				834.41	1	834.41	34.51	< .001	
Residual				1426.72	59	24.18			
Post Hoc Comparisons - RM Factor 1 * lot									
Comparison									
RM Factor 1	lot		RM Factor 1	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey
test	0	-	test	1	-1.27	2.28	59.00	-0.55	0.945
		-	retest	0	-5.15	1.34	59.00	-3.85	0.002
		-	retest	1	4.12	2.22	59.00	1.85	0.260
1		-	retest	0	-3.88	2.21	59.00	-1.76	0.303
		-	retest	1	5.38	1.19	59.00	4.51	<.001
retest	0	-	retest	1	9.26	2.14	59.00	4.32	<.001

Tabel 5.2.28. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Acceptare*

Within Subjects Effects									
				Sum of Squares	df	Mean Square	F	p	
interventie				158.33	1	158.33	8.07	0.006	
interventie * lot				929.87	1	929.87	47.42	<.001	
Residual				1157.01	59	19.61			

Post Hoc Comparisons - interventie * lot									
Comparison									
interventie	lot	interventie	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
test	0	-	test	1	-1.25	1.36	59.00	-0.92	0.795
		-	retest	0	-7.85	1.21	59.00	-6.51	<.001
		-	retest	1	2.01	1.53	59.00	1.32	0.557
1		-	retest	0	-6.60	1.57	59.00	-4.20	<.001
		-	retest	1	3.26	1.07	59.00	3.04	0.018
retest	0	-	retest	1	9.87	1.72	59.00	5.74	<.001

Rezultatele *test/retest* și *retest* pentru GPE/GPC – testul PSI4

Tabel 5.2.29. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Competență*

Within Subjects Effects									
Sum of Squares					df	Mean Square	F	p	
interventie		65.24		1	65.24	2.73	0.104		
interventie * lot		1093.60		1	1093.60	45.84	<.001		
Residual		1407.58		59	23.86				
Post Hoc Comparisons - interventie * lot									
Comparison									
interventie	lot		interventie	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey
test	0	-	test	1	4.45	2.04	59.00	2.18	0.141
		-	retest	0	-4.56	1.33	59.00	-3.43	0.006
		-	retest	1	11.95	1.91	59.00	6.25	<.001
1		-	retest	0	-9.01	1.88	59.00	-4.80	<.001
		-	retest	1	7.50	1.18	59.00	6.33	<.001
retest	0	-	retest	1	16.51	1.74	59.00	9.51	<.001

Tabel 5.2.30. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Izolare*

Within Subjects Effects									
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	p		
interventie		17.65		1	17.65	0.58	0.449		
interventie * lot		920.60		1	920.60	30.36	<.001		
Residual		1788.87		59	30.32				

Post Hoc Comparisons - interventie * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
interventie	lot	interventie	lot						
test	0	- test	1	-2.25	2.92	59.00	-0.77	0.866	
		- retest	0	-6.30	1.50	59.00	-4.20	<.001	
		- retest	1	2.51	2.67	59.00	0.94	0.783	
	1	- retest	0	-4.04	2.60	59.00	-1.56	0.411	
retest	0	- retest	1	4.76	1.34	59.00	3.57	0.004	
		- retest	1	8.81	2.31	59.00	3.81	0.002	

Tabel 5.2.31. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Depresie*

Within Subjects Effects									
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	p		
interventie		51.30		1	51.30	3.25	0.077		
interventie * lot		812.12		1	812.12	51.38	<.001		
Residual		932.58		59	15.81				

Post Hoc Comparisons - interventie * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
interventie	lot	interventie	lot						
test	0	- test	1	-2.09	2.94	59.00	-0.71	0.893	
		- retest	0	-3.89	1.08	59.00	-3.59	0.004	
		- retest	1	4.41	2.77	59.00	1.59	0.392	
	1	- retest	0	-1.80	2.73	59.00	-0.66	0.912	
retest	0	- retest	1	6.50	0.96	59.00	6.74	<.001	
		- retest	1	8.30	2.55	59.00	3.25	0.010	

Tabel 5.2.32. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Relația cu partenerul*

Within Subjects Effects									
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	p		
Intervenție		1717.71		1	1717.71	51.98	<.001		
Intervenție * lot		2298.96		1	2298.96	69.57	<.001		
Residual		1949.57		59	33.04				

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
Intervenție	lot	Intervenție	lot						
test	0	- test	1	-6.22	2.88	59.00	-2.16	0.147	
		- retest	0	-1.19	1.56	59.00	-0.76	0.873	
		- retest	1	10.07	2.63	59.00	3.82	0.002	
	1	- retest	0	5.04	2.57	59.00	1.96	0.214	
retest	0	- retest	1	16.29	1.39	59.00	11.69	<.001	
		- retest	1	11.26	2.29	59.00	4.92	<.001	

Rezultatele *test/retest* și *retest* pentru GCE/GCC – testul CCP

Tabel 5.2.33. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Cunoaștere*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares				df	Mean Square	F	p	
Intervenție	623.74				1	623.74	39.19	<.001	
Intervenție * lot	333.77				1	333.77	20.97	<.001	
Residual	939.10				59	15.92			

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
Intervenție	lot	Intervenție	lot						
test	0	- test	1	3.04	1.83	59.00	1.67	0.350	
		- retest	0	-1.22	1.09	59.00	-1.13	0.675	
		- retest	1	-4.84	1.63	59.00	-2.96	0.022	
	1	- retest	0	-4.27	1.58	59.00	-2.70	0.044	
retest	0	- retest	1	-7.88	0.97	59.00	-8.15	<.001	
		- retest	1	-3.62	1.35	59.00	-2.67	0.047	

Tabel 5.2.34. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Sup. afectiv/Manag stresului*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares				df	Mean Square	F	p	
Intervenție	275.73				1	275.73	11.24	0.001	
Intervenție * lot	684.09				1	684.09	27.89	<.001	
Residual	1447.37				59	24.53			

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
Intervenție	lot	Intervenție	lot						
test	0	- test	1	4.08	2.28	59.00	1.79	0.287	
		- retest	0	1.74	1.35	59.00	1.29	0.572	
		- retest	1	-3.71	2.03	59.00	-1.83	0.269	
	1	- retest	0	-2.34	1.96	59.00	-1.20	0.632	
retest	0	- retest	1	-7.79	1.20	59.00	-6.49	<.001	
		- retest	1	-5.45	1.66	59.00	-3.28	0.009	

Tabel 5.2.35. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Managementul crizelor*

Within Subjects Effects									
	Sum of Squares				df	Mean Square	F	p	
Intervenție	671.17				1	671.17	48.04	<.001	
Intervenție * lot	323.37				1	323.37	23.14	<.001	
Residual	824.33				59	13.97			

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot									
Comparison				Mean Difference	SE	df	t	Ptukey	
Intervenție	lot	Intervenție	lot						
test	0	- test	1	0.21	1.87	59.00	0.11	1.000	
		- retest	0	-1.44	1.02	59.00	-1.42	0.492	
		- retest	1	-7.79	1.64	59.00	-4.75	<.001	
	1	- retest	0	-1.65	1.58	59.00	-1.05	0.722	
retest	0	- retest	1	-8.00	0.91	59.00	-8.82	<.001	
		- retest	1	-6.35	1.30	59.00	-4.89	<.001	

Tabel 5.2.36. Efectul intervenției terapeutice asupra scalei *Managementul timpului*

Within Subjects Effects								
				Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Intervenție				510.59	1	510.59	21.60	<.001
Intervenție * lot				99.97	1	99.97	4.23	0.044
Residual				1394.76	59	23.64		

Post Hoc Comparisons - Intervenție * lot								
Comparison								
Intervenție	lot	Intervenție	lot	Mean Difference	SE	df	t	Ptukey
test	0	- test	1	-2.38	2.28	59.00	-1.04	0.724
		- retest	0	-2.30	1.32	59.00	-1.74	0.315
		- retest	1	-8.32	1.88	59.00	-4.43	<.001
	1	- retest	0	0.09	1.76	59.00	0.05	1.000
		- retest	1	-5.94	1.18	59.00	-5.04	<.001
retest	0	- retest	1	-6.03	1.19	59.00	-5.08	<.001

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata Dicu Adriana, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Dicu Adriana

Data _____

CURRICULUM VITAE

Nume Prenume: **Dicu Adriana**

Email: adrianadicu2008@gmail.com

Naționalitate: română

Data nașterii: 15.10.1976

Locul nașterii: Buzău, România



STUDII:

2019 – prezent - Doctorand la Școala Doctorală, Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă", Chișinău, Republica Moldova, Specialitatea 511.02 – Psihologia Dezvoltării și Psihologia Educațională

2015 – 2017 – Master în Psihologie, Universitatea București - *Evaluarea, consilierea și psihoterapia copilului, cuplului și familiei*

2013 – 2016 - Facultatea de Psihologie – București, Licențiat în Psihologie

1999 – 2003 - Facultatea de Drept, București - Licențiat în Drept

1991 – 1995 – Liceul Economic Buzău, specializarea Finanțe – Contabilitate

ACTIVITATEA PROFESIONALĂ:

2019 – prezent – psiholog clinician și psihoterapeut în cadrul Cabinetului individual de psihologie, București

2018 – prezent – Inspector de specialitate cu atribuții de psiholog – Centrul de Consiliere, Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, București

2018 – prezent – psihoterapeut atestat de către Colegiul Psihologilor din România

2014 – 2016 – Șef birou administrativ - Donna Medical Center, București

2013 – prezent – psiholog clinician atestat de către Colegiul Psihologilor din România

2008 – 2012 – Director - Autoritatea Națională pentru Restituirea Proprietăților, București

2007 – 2008 – Șef Serviciu - Autoritatea Națională pentru Restituirea Proprietăților, București

2004 – 2007 – Asistent juridic – Euroavipo S.A., București

1996 – 1999 – Asistent manager – Agricover S.A., Buzău

PARTICIPĂRI LA FORURI ȘTIINȚIFICE (NAȚIONALE ȘI INTERNAȚIONALE):

6 participări cu prezentare lucrare la conferințe naționale și internaționale și 5 articole științifice publicate