UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ” DIN CHIŞINĂU

ŞCOALA DOCTORALĂ DE PSIHOLOGIE ŞI ASISTENŢĂ SOCIALĂ

Cu titlu de manuscris

C.Z.U: 37.091.12:37.015(043.3)

MIHALACHE DELIA-SIMONA

IMPLICAREA CADRELOR DIDACTICE ÎN ADAPTAREA ŞCOLARĂ A ADOLESCENŢILOR CU ISTORIC DE ABUZ ŞI NEGLIJARE

Specialitate: 511.02 – Psihologia dezvoltării şi psihologia educaţională

Teză de doctor în psihologie

Conducător ştiinţific: Valentina Olărescu, prof.univ. dr

Autor: Mihalache Delia-Simona

CHIŞINĂU, 2026

@ Mihalache Delia-Simona, 2026

CUPRINS

ADNOTARE.....5
ANNOTATION.....6
LISTA ABREVIERILOR.....7
LISTA TABELELOR.....8
LISTA FIGURILOR.....9
INTRODUCERE.....10
1. REPERE TEORETICO-CONCEPTUALE ALE INVESTIGĂRII IMPLICĂRII CADRELOR DIDACTICE ÎN ADAPTAREA ŞCOLARĂ A ADOLESCENILOR CU ISTORIC DE ABUZ ŞI NEGLIJARE.....21
1.1. Abuzul şi neglijarea - conceptualizare, prevalenţă, recunoaştere şi raportare.....21
1.2. Repercusiunile abuzului şi neglijării asupra adaptării şcolare a adolescenţilor.....30
1.3. Implicarea cadrelor didactice în adaptarea şcolară.....36
1.4. Metode de intervenţie validate ştiinţific ce pot fi implementate în mediul şcolar.....44
2. INVESTIGAREA FACTORILOR CE POT INFLUENŢA ADAPTAREA ŞCOLARĂ A ADOLESCENŢILOR CU ISTORIC DE ABUZ ŞI NEGLIJARE EMOŢIONALĂ..51
2.1. Scopul, obiectivele şi ipotezele studiului constatativ.....51
2.2. Participanţi.....54
2.3. Procedura de colectare a datelor şi metodele cercetării.....56
2.4. Metode şi procedee pentru analiza statistică a datelor.....63
2.5. Rezultatele cercetării experimentale constatative.....63
2.6. Concluzii la capitolul 2.....104
3. IMPLEMENTAREA ŞI EVALUAREA EFICIENŢEI PROGRAMULUI MULTINIVELAR DE CONSILIERE PSIHOEDUCAŢIONALĂ.....107
3.1 Generalităţi despre programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională.....107
3.2 Caracteristicile participanţilor din grupul de control şi grupul experimental.....109
3.3. Elaborarea şi implementarea programului multinivelar.....111
3.3.1 Consiliere individuală cu adolescenţii cu istoric de CAN.....112
3.3.2 Consiliere individuală şi de grup cu părinţii adolescenţilor.....116
3.3.3 Consiliere individuală şi de grup a cadrelor didactice.....117
3.3.4 Consilierea de grup (colectivă) realizată la clasă.....119
3.4. Evaluarea eficienţei programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională.....120

3.5. Concluzii la Capitolul 3 131

CONCLUZII GENERALE ŞI RECOMANDĂRI 133
BIBLIOGRAFIE 137
ANEXA 1. Instrumente utilizate 166
ANEXA 2. Rezultatele prelucrărilor statistice experiment constatativ 183
ANEXA 3. Programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională 218
ANEXA 4. Rezultatele prelucrări statistice – experiment formativ 292
ANEXA 5. Model acord părinţi 293
Declaraţie privind asumarea răspunderii 295
CURRICULUM VITAE 296

ADNOTARE

Delia-Simona Mihalache. Implicarea cadrelor didactice în adaptarea la şcoală a adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare. Teză de doctor în Psihologie. Chişinău, 2026.

Structura tezei: Teza conţine: adnotări, lista abrevierilor, introducere, trei capitole, concluzii generale şi recomandări, bibliografie (314 titluri), 5 anexe, 136 pagini de text de bază, 15 figuri şi 22 tabele. Rezultatele obţinute sunt publicate în 10 lucrări ştiinţifice.

Cuvinte cheie: abuz, neglijare emoţională, adolescenţi, factori de risc şi protecţie, sănătate mintală, adaptare şcolară, cadre didactice, program consiliere educaţională.

Domeniul de studiu: psihologia abuzului, neglijării şi adaptării şcolare

Scopul cercetării a constat în evaluarea factorilor de risc şi de protecţie de la nivel individual, familial şi şcolar implicaţi în adaptarea şcolară şi funcţionarea psihosocială a adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare, precum şi elaborarea, implementarea şi evaluarea preliminară a eficienţei unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională, adresat adolescenţilor, colegilor acestora, părinţilor şi cadrelor didactice, orientat spre reducerea consecinţelor negative ale expunerii la CAN şi consolidarea resurselor protective ale adolescentilor, oferirea suportului social parintilor, pregatirea si determinarea cadrelor didactice de a se implica în prevenirea, identificarea şi raportarea cazurilor de abuz şi neglijare întâlnite în mediul şcolar.

Obiectivele cercetării: studierea aprofundată a literaturii de specialitate pentru a identifica temele de cercetare insuficient explorate şi a variabilelor ce vor fi studiate; selectarea şi adaptarea metodelor şi instrumentelor de evaluare a factorilor de risc şi de protecţie la nivel individual, familial şi şcolar relevanţi pentru adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN; investigarea relaţiilor dintre stresul parental, suportul social perceput de către părinţi, experienţele de CAN, funcţionarea socio-emoţională şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN; identificarea factorilor asociaţi intenţiei cadrelor didactice de a interveni şi raporta situaţiile de CAN; elaborarea, implementarea şi evaluarea preliminară a eficienţei unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională destinat adolescenţilor, părinţilor, colegilor şi cadrelor didactice; formularea unor recomandări pentru valorificarea practică a rezultatelor cercetării.

Rezultatele obţinute care contribuie la soluţionarea problemei ştiinţifice sunt: *sistematizarea* rezultatelor cercetărilor prezentate în literatura de specialitate; *descrierea şi evidenţierea* unor asocieri între forme diferite de abuz (fizic, emoţional, sexual) şi neglijarea emoţională, funcţionarea psihosocială şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN; *evaluarea* rolului pe care stresul parental şi suportul social primit de către părinţi îl are frecvenţa sau ocurenţa CAN şi în adaptarea şcolară a adolescenţilor; *elaborarea şi testarea* unui model al factorilor de risc (consecinţele expunerii la CAN) şi de protecţie (suport social) ce pot influenţa relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN; *identificarea,* conform cu Teoria Comportamentului Planificat (TCP), a factorilor ce pot influenţa intenţia cadrelor didactice de a se implica în cazurile de CAN din şcoală; *implementarea* unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională care a fost asociat cu: a) adolescenţi - *reducerea* unor dificultăţi de sănătate mintală, *reducerea* frecvenţei implicării în comportamente violente, *creşterea* motivaţiei academice, *creşterea* nivelului de adaptare şcolară şi a suportului social perceput de la părinţi şi cadre didactice; *b)* părinţi – *scăderea* nivelului de stres parental şi *creşterea* nivelului suportului social perceput; *c)* cadre didactice – *îmbunătăţirea* cunoştinţelor privind CAN, *consolidarea* intenţiei de implicare în CAN, *dobândirea* unor metode de coping potrivite pentru adresarea situaţiilor de CAN.

Noutatea şi originalitatea ştiinţifică rezidă în abordarea integrală a adaptării şcolare a adolescenţilor cu istoric de CAN, prin investigarea concomitentă a unor variabile individuale, familiale şi şcolare. În cadrul cercetării: s-a evidenţiat prevalenţa expunerii la abuz şi neglijare şi diferenţele în funcţionarea psihosocială şi adaptarea şcolară între adolescenţii cu istoric de CAN şi cei fără; s-au testat modele de mediere şi moderare complexe, care au surprins cateva efecte indirecte semnificative (factori de risc şi de protecţie) şi asocieri condiţionate de gen şi sursa suportului social; s-au investigat relaţiile dintre stresul parental şi suportul social perceput de părinţi şi variabilele evaluate la adolescenţi; s-a tradus şi adaptat un instrument de măsură (CARIS-R) şi au fost identificaţi factorii psihosociali asociaţi acestei intenţii; s-a dezvoltat, implementat şi evaluat preliminar eficienţa unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională.

Semnificaţia teoretică constă în: aprofundarea şi extinderea cunoştinţelor privind funcţionarea psihosocială şi adaptarea şcolară adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare (CAN); identificarea şi analiza unor factori de risc şi de protecţie (mecanisme de moderare şi mediere) în relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN; înţelegerea rolului unor factori care ţin de părinţi (stresul parental şi suportul social perceput), în asociere cu expunerea adolescenţilor la CAN şi cu dificultăţile de adaptare şcolară; fundamentarea conceptuală, implementarea şi evaluarea preliminară a eficienţei unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională, adresat adolescenţilor cu istoric de CAN, părinţilor acestora, colegilor şi cadrelor didactice.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în: elaborarea unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională, ce oferă un model alternativ de abordare a consecinţelor negative ale expunerii la CAN asupra adaptării şcolare; datele obţinute în urma sistematizării literaturii de specialitate şi rezultatele studiilor pot fi o sursă importantă de documentare pentru specialiştii din domeniu; instrumentele utilizate şi adaptate şi activităţile propuse pot sprijini consilierii şcolari, psihologii şi cadrele didactice în identificarea nevoilor adolescenţilor vulnerabili, consolidarea suportului social şi dezvoltarea unor intervenţii adaptate contextului educaţional.

Implementarea rezultatelor ştiinţifice: rezultatele sunt utilizate în pregătirea consilierilor şcolari, cadrelor didactice, dar şi a altor specialişti din domeniul sănătăţii mintale.

ANNOTATION

Delia-Simona Mihalache. Teacher's Involvement in the School Adjustment of Adolescents with a History of Abuse and Neglect. PhD thesis in Psychology. Chişinau, 2026.

Thesis structure: The thesis contains: Introduction, three chapters, General conclusions and recommendations, Bibliography (314) and 5 Annexes, 136 pages of text, 15 figures and 22 tables. The results obtained are published in 10 scientific papers.

Keywords: child abuse, emotional neglect, adolescents, risk and protective factors, mental health, school adjustment, teachers, educational counseling program.

Field of study: psychology of child abuse, neglect and school adjustment

The aim of the research was to assess the individual, familial, and school-level risk and protective factors associated with the school adjustment and psychosocial functioning of adolescents with a history of abuse and neglect, as well as to develop, implement, and to conduct a preliminary evaluation of the effectiveness of a multilevel psychoeducational counseling program involving adolescents, their peers, parents, and teachers. The program was designed to reduce the negative consequences of exposure to child abuse and neglect (CAN), strengthen adolescents' protective resources, provide social support to parents, and enhance teachers' preparedness and willingness to engage in the prevention, identification, and reporting of suspected cases of CAN in the school settings.

Research objectives: to conduct a comprehensive review of the literature in order to identify under-explored research areas and relevant variables to be studied; to select and adapt assessment methods and instruments measuring individual, family, and school-level risk and protective factors associated with the school adjustment of adolescents with a history of child abuse and neglect (CAN); to investigate the relationship between parental stress, parents' perceived social support, experiences of CAN, and adolescents' socio-emotional functioning and school adjustment; to identify factors associated with teachers' intentions to intervene in and report suspected cases of CAN; to develop, implement, and preliminary evaluate the effectiveness of a multilevel psychoeducational counseling program targeting adolescents, parents, peers, and teachers; and to formulate recommendations for the practical application of the research findings.

The results obtained that contribute to solving the scientific problem consist of**:** *systematizing* the results of research from the scientific literature; the identification and description of associations between different forms of abuse (physical, emotional, and sexual), emotional neglect, and the psychosocial functioning and school adjustment of adolescents with a history of CAN; the *assessment* of the role of parental stress and parents' perceived social support in the occurrence or frequency of CAN related behaviors and adolescents' school adjustment; the *development* and *testing* of a model incorporating risk factors (consequences of CAN exposure) and protective factors (social support) that may influence the relationship between CAN exposure and school adjustment; the *identification* – in accordance with the Theory of Planned Behavior (TPB)- of factors associated with teachers' intention to become involved in school-based CAN cases; the *implementation* of a multilevel psychoeducational counseling program that was associated with: a) adolescents – *reduction* in certain mental health issues, *reduced* frequency of involvement in violent behavior, *increased* academic motivation, and improved school adjustment and perceived social support from parents, teachers, and peers; b) parents – *reduced* parental stress and *increased* perceived social support; c) teachers – *improved* knowledge regarding CAN, *strengthened* intention to become involved in addressing CAN, and the *acquisition* of appropriate coping methods for handling situations of CAN.

Scientific novelty and originality. The scientific novelty of the research lies in its integrated approach to the school adjustment of adolescents with a history of CAN through the simultaneous investigation of individual, family, and school-level variables. The study examined the prevalence of exposure to abuse and neglect and identified differences in psychosocial functioning and school adjustment between adolescents with and without a history of CAN. Mediation and moderation models were tested, revealing several statistically significant indirect effects involving risk and protective factors, as well as associations conditional on gender and the source of perceived social support. The relationships between parental stress, parents' perceived social support, and variables assessed among adolescents were also investigated. Furthermore, a measurement instrument (CARIS-R) was translated and adapted, and psychosocial factors associated with teachers' intentions to report CAN were identified. A multilevel psychoeducational counseling program was developed, implemented, and subjected to a preliminary evaluation of its effectiveness.

The theoretical significance of the work consists in: expanding and deepening knowledge of the psychosocial functioning and school adjustment of adolescents with a history of CAN; identifying and analyzing risk and protective factors, including statistical mediation and moderation effects, in the relationship between exposure to CAN and adolescents' school adjustment; improving understanding of the associations between family-related factors, particularly parental stress and perceived social support, adolescents' exposure to CAN, and school adjustment difficulties; and providing the conceptual foundation for the development, implementation, and preliminary evaluation of a multilevel psychoeducational counseling program involving adolescents with a history of CAN, their parents, peers, and teachers.

The applied value of the work lies in the development of a multilevel psychoeducational counseling program that offers an alternative approach to addressing the negative consequences of exposure to CAN for school adjustment. The synthesis of the scientific literature and the empirical findings may serve as valuable resources for professionals in the field. Furthermore, the assessment instruments used and adapted, together with the proposed intervention activities, may support school counselors, psychologists, and teachers in identifying the needs of vulnerable adolescents, strengthening social support, and developing interventions tailored to educational settings.

Implementation of scientific results: the results are used in the training of school counselors, teachers, and other specialists in the field of mental health.

LISTA ABREVIERILOR

ACE - *Adverse Childhood Experiences (Experienţe adverse din copilărie)*

AP – *abuz prezent*

AA – *abuz absent*

AFA - analize factoriale exploratorii

AFC - analize factoriale confirmatorii

ASEBA-YSR - *Sistemul Achenbach al evaluării bazate empiric – varianta autoraport*

CAN – Child Abuse and Neglect (Abuzul şi neglijarea copiilor)

CARIS - *Child Abuse Report Intention Scale*

CBT – *Cognitive Behavioral Theraphy* – Terapia cognitiv comportamentală

CJRAE – Centrul Județean de Resurse și Asistenţă Educaţională

DGASPC - Direcția de Asistență Socială și Protecția Copilului

FAS III - *Family affluence scale III (Scala de Afluenţă familială)*

GE_a şi GC_a – *grup experimental de adolescenţi şi grup de control de adolescenţi*

GE_p şi GC_p – *grup experimental de părinţi şi grup experimental de părinţi*

GE_{cd} şi GC_{cd} – *grup experimental de cadre didactice şi grup experimental de cadre didactice*

MPSS – *Scala Multidimensională a suportului social perceput*

PSS – *Parenting Stres Scale (Scala de Stres Parental)*

SDQ – *Strengths and Difficulties Questionnaire*

SS_c - *Scala suportului social perceput de la colegi*

SS_{cd} – *Scala suportului social perceput de la cadrele didactice*

SMALSI - *Chestionar de evaluare a strategiilor de învăţare şi a motivaţiei şcolare*

LISTA TABELELOR

Tabel 2.1 Indicatori statistici descriptivi pentru verificarea normalităţii distribuţiilor variabilelor evaluate la adolescenţi şi părinţi 65
Tabel 2.2 Indicatori statistici descriptivi pentru verificarea normalităţii distribuţiilor variabilelor evaluate la cadrele didactice 66
Tabel 2.3 Frecvenţa celor trei tipuri de abuz şi neglijare emoţională în eşantion 67
Tabel 2.4 Rezultatele comparaţiilor AA vs AP la Chestionar – Implicarea în bullying/cyberbullying şi bătăi 68
Tabel 2.5 Rezultatele comparaţiilor AA vs AP la Chestionarul SDQ şi Chestionarul de autoevaluare ASEBA-YSR 70
Tabel 2.6 Rezultatele comparaţiilor AA vs AP la MSPSS, SSc şi SScd 74
Tabel 2.7 Rezultatele analizelor ANOVA privind influenţa tipului de abuz şi a genului asupra percepţiei suportului social din partea părinţilor (MSPSS) 76
Tabel 2.8 Rezultatele analizelor ANOVA privind influenţa tipului de abuz şi a genului asupra percepţiei suportului social din partea cadrelor didactice (SScd) 77
Tabel 2.9 Rezultatele analizelor ANOVA privind influenţa tipului de abuz şi a genului asupra percepţiei suportului social din partea colegilor (SSc) 77
Tabel 2.10 Rezultatele comparaţiilor AA vs AP la chestionarele MOTSCA, DIFCON şi SAS 79
Tabel 2.11 Diferenţele în adaptarea şcolară, în funcţie de variabilele socio-dem. 83
Tabel 2.12 Rezultate *Model 1* mediere: ACE, bullying/cyberbullying/bătăi (mediatori), adaptare şcolară 91
Tabel 2.13 Rezultate *Model 2* mediere: ACE, SDQ (mediator), adaptare şcolară 92
Tabel 2.14 Rezultate *Model 3* mediere: ACE, ASEBA (mediator), adaptare şcolară.... 93
Tabel 2.15 Rezultate *Model 4* mediere: ACE, suportul social perceput (mediator), adaptare şcolară 94
Tabel 2.16 Rezultate *Model 5* mediere: ACE, MOTSCA/DIFCON (mediator), adaptare şcolară 94
Tabel 3.1 Valorile medii ale rezultatelor la implicarea în bullying/cyberbull./bătăi ... 121
Tabel 3.2 Valorile medii ale rezultatelor la chestionarele SDQ şi ASEBA 123
Tabel 3.3 Valorile medii ale rezultatelor la subscalele MSPSS, SS_c şi SS_{cd} 126
Tabel 3.4 Valorile medii ale rezultatelor la MOTSC, DIFCON şi SAS 127
Tabel 3.5 Valorile medii ale rezultatelor la subscalele PSS şi MSPSS 128
Tabel 3.6 Valorile medii ale rezultatelor la subscalele chestionarului CARIS-R..... 130

LISTA FIGURILOR

Figură 1.1 Modelul conceptual al factorilor ce pot influenţa adaptarea şcolară a adolescenţilor în situaţie de CAN 43
Figură 2.1 Mediile la SDQ, în funcţie de experienţa de abuz/neglijare şi gen..... 71
Figură 2.2 Mediile la ASEBA-YSR, în funcţie de experienţa de abuz/neglijare şi gen 72
Figură 2.3 Mediile la MSPSS, SSc şi SScd în funcţie de experienţa de CAN şi gen.... 75
Figură 2.4 Media scorurilor la MSPSS, SSc şi SScd în funcţie de gen şi scor ACE..... 78
Figură 2.5 Mediile la MOTSCA, DIFCON şi SAS în funcţie de experienţa de CAN şi gen 80
Figură 2.6 Mediile la SAS în funcţie de gen şi tipul de abuz, în scoruri Z 81
Figură 2.7 Mediile la MOTSCA în funcţie de gen şi tipul de abuz, în scoruri Z 82
Figură 2.8 Mediile la DIFCON în funcţie de gen şi tipul de abuz, în scoruri Z..... 82
Figură 2.9 Ilustrarea efectului interacţiunii dintre expunerea la abuz emoţional, suportul social din partea colegilor şi gen asupra adaptării şcolare 85
Figură 2.10 Ilustrarea efectului interacţiunii dintre expunerea la abuz emoţional, suport social din partea profesorilor şi gen asupra adaptării şcolare..... 86
Figură 2.11 Ilustrarea efectului interacţiunii dintre expunerea la abuz fizic, suport social din partea părinţilor şi gen asupra adaptării şcolare 88
Figură 2.12 Strategiile de coping folosite de către cadrele didactice 100
Figură 3.1 Paşii urmăriţi în selectarea eşantionului de elevi din grupul experimental şi grupul de control..... 109
Figură 3.2 Reprezentarea grafică a programului multinivelar de consiliere Psihoeducaţională 111

INTRODUCERE

Actualitatea şi importanţa temei de cercetare. Abuzul şi neglijarea copiilor reprezintă o problemă globală, care afectează vieţile a milioane de copii şi adolescenţi anual [8, 125, 237]. Rapoartele, publicate de către autorităţi ne arată că acest fenomen are o prevalenţă ridicată în România, în ciuda implementării unor programe de prevenţie şi intervenţie de către asociaţii şi instituţii specializate [244]. Cercetările din literatura de specialitate evidenţiază că în orice clasă, între unul şi cinci copii, sunt victime ale abuzului şi neglijării [76, 81]. Cazurile de abuz şi neglijare (CAN) nu sunt adesea observate sau raportate de către populaţia generală, parţial din cauza credinţelor înrădăcinate privind neimplicarea străinilor în viaţa privată a familiei [274]. De asemenea, persoanele care intră cel mai frecvent în contact cu copiii, cadrele didactice, au raportat că nu se simt pregătite pentru a adresa problematica CAN în mediul şcolar [7, 9, 30, 43, 105, 127, 167, 169, 247, 279, 282]. Astfel că, există o nevoie reală ca fenomenul de CAN să fie adresat în mediul şcolar, cu includerea tuturor participanţilor la actul educaţional.

Descrierea situaţiei în domeniul de cercetare şi identificarea problemei de cercetare. Abuzul şi neglijarea întrerup dezvoltarea normală a copiilor şi adolescenţilor şi aduce cu sine o serie de consecinţe negative în plan biologic, fizic, cognitiv, psihosocial şi comportamental. Printre consecinţe se numără: anxietate, depresie şi comportamente agresive [107, 193]; tulburare de stres post-traumatică [11, 25, 294, 295, 296]; tentative de suicid [3, 199]; consum de alcool şi droguri [12, 147, 155, 255, 260]; delincvenţă juvenilă [156, 189]; comportament criminal şi tulburare de personalitate antisocială [170, 285]; fuga de acasă, angajarea în comportamente sexuale de risc şi asocierea cu grupuri deviante [283].

Consecinţele expunerii la CAN sunt evidente în orice perioadă din viaţă, dar mai ales în adolescenţă, când presiunea părinţilor şi a cadrelor didactice creşte. Adolescenţii trebuie să îndeplinească cu succes sarcinile academice şi să promoveze examenele, deoarece acestea pot influenţa semnificativ traseul şcolar, angajabilitatea şi statutul socio-economic din perioada adultă [74]. De asemenea, adolescenţa este privită ca fiind o perioadă critică pentru dezvoltarea tulburărilor de internalizare şi externalizare, în special pentru cei din grupurile vulnerabile [172]. În unele studii s-a sugerat că între 14% şi 37% dintre adolescenţii maltrataţi au probleme de externalizare, precum agresivitate şi comportament opoziţionist, iar 11% au probleme de internalizare, precum depresie, anxietate şi acuze somatice [211]. În ceea ce priveşte adaptarea şcolară, adolescenţii cu istoric de CAN sunt mai predispuşi să rămână repetenţi, nu finalizează liceul şi se înscriu într-un număr mai mic la facultate [201], au scoruri mai mici la testele standardizate privind competenţele şcolare şi abilităţile cognitive, lipsesc frecvent şi sunt mai des

recomandaţi spre serviciile de educaţie specială [36].

Cu toate acestea, unele cercetări arată că există o variabilitate interindividuală ridicată în ceea ce priveşte manifestarea anumitor consecinţe ale CAN şi că sunt persoane care prezintă o dezvoltare favorabilă în pofida experienţelor de CAN [59, 198, 290]. Într-unul dintre rapoartele de cercetare [161] s-a subliniat faptul că 20-30% dintre supravieţuitorii abuzului nu raportează distres psihologic după experienţa de abuz. Astfel, sunt în continuare necesare studii suplimentare care să evalueze rolul factorilor de risc şi protecţie în situaţiile de CAN [178].

O evaluarea complexă a interacţiunii dintre factorii de risc şi de protecţie se poate realiza prin integrarea a două perspective complementare, *teoria bio-ecologică* şi *teoria rezilienţei* [93]. Factorii de protecţie, care pot creşte reziliența unei persoane şi factorii de risc, care pot amplifica consecinţele negative ale expunerii la CAN, coexistă şi prezenţa sau absenţa acestora poate determina modul în care se adaptează copiii şi adolescenţii la experienţa de CAN.

Factorii de risc, care pot creşte prevalenţa CAN, dar şi amplifica consecinţele negative asupra adaptării şcolare, ţin de părinţi (ex. stresul parental) şi de adolescenţi (ex. probleme de sănătate mintală, implicarea în bullying/cyberbullying, motivaţia academică scăzută, dificultăţi de concentrare/atenţie). Cercetările au investigat puţin spre deloc rolul factorilor de risc în relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară. Studiile realizate până în prezent au arătat că:

- Stresul parental este considerat ca fiind cel mai important factor de risc pentru perpetuarea CAN şi este asociat cu problemele de sănătate mintală ale adolescenţilor [112, 114, 130]; mediază relaţia dintre expunerea la violenţă şi tulburarea de stres post-traumatică [249];
- Prezenţa problemelor de sănătate mintală poate interfera cu capacitatea de învăţare şi adaptarea şcolară, amplificând ratele de abandon şi eşec şcolar [18];
- Adolescenţii cu istoric de CAN sunt mai predispuşi să fie implicaţi în bullying, dar rezultatele cercetărilor sunt mixte [187, 207]; revictimizarea adolescenţilor cu istoric de CAN prin implicarea în bullying poate exacerba consecinţele negative ale expunerii la CAN [292];
- Motivaţia are rol fundamental în mobilizarea funcţiilor executive [87, 276], dar este prea puţin studiată în contextul CAN; motivaţia pentru învăţare este un predictor important al performanţei şcolare [300] şi persistenţei în învăţare;
- Dificultăţile de concentrare, în mod singular sau în combinaţie cu alte perturbări ale proceselor cognitive de bază (memorie, limbaj, abilităţi de organizare), pot creşte riscul pentru dificultăţi academice, deoarece interferează cu capacitatea de învăţare [238].

Cel mai bine documentat *factor de protecţie*, care poate să joace rol de tampon împotriva stresului generat de expunerea la CAN, reducând astfel apariţia consecinţelor negative, este

suportul social. Suportul social a fost abordat descriptiv [2, 4, 5, 153] şi mai puţin ca moderator sau mediator [71, 148, 175, 207, 238]. De asemenea, majoritatea cercetărilor s-au concentrat pe legătura dintre expunerea la CAN şi sănătatea mintală [105, 206, 252] şi mai puţin pe rolul suportului social în adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN [227, 238]. Cercetările au investigat majoritar percepţia suportului social la adulţii cu istoric de CAN, din motive etice (ex. precum protecţia grupurilor vulnerabile, riscul de retraumatizare, dificultăţi în obţinerea unui consimţământ informat) şi practice (ex. acces dificil la participanţi, validitatea memoriei retrospective, proceduri birocratice complexe) [59, 113, 149, 278, 291] şi mai puţin a copiilor/adolescenţilor. Studiile realizate cu copii şi adolescenţi au arătat că:

- Suportul social din partea părinţilor poate să reducă efectele negative ale expunerii la CAN asupra adaptării şcolare [17]; însă, un review al literaturii a arătat că efectele negative ale pedepsei corporale se menţin şi în prezenţa unei relaţii suportive cu părinţii [123];
- Suportul social ridicat din partea covârstnicilor a corelat cu rezultate mai bune la şcoală [183]; însă, expunerea la abuz fizic şi sexual [231] şi neglijarea în mediul familial [37] au fost asociate semnificativ cu respingerea şi marginalizarea din partea covârstnicilor;
- Suportul social de la cadrele didactice poate conduce la comportamente pozitive ale elevilor [276] şi la mai puţine probleme comportamentale [135]; adolescenţii tind să vorbească despre experienţa de CAN cu cadrele didactice în care au încredere [62]; cadrele didactice sunt reticente la a se implica şi raporta CAN, prin urmare intervenţia în aceste cazuri este adesea întârziată [7]; cadrele didactice sunt mai înclinate să se implice în CAN dacă lucrează la nivel preşcolar şi primar, au cunoştinţe solide în privinţa legislaţiei, metodelor de intervenţie şi primesc suport social [105, 106]; în România, singurul studiu realizat de Salvaţi Copiii a arătat că cadrele didactice nu se simt pregătite să se implice în CAN [244]; sunt necesare mai multe studii cu un cadru teoretic solid (ex. teoria comportamentului planificat TCP) [6, 133], pentru a investiga situaţia actuală din România în privinţa pregătirii şi intenţiei cadrelor didactice de a adresa CAN în mediul şcolar;
- Suportul social este important şi pentru părinţi deoarece poate reduce semnificativ nivelul stresului parental [113, 303]; un suport emoţional crescut a fost asociat cu o frecvenţă mai redusă a abuzului fizic asupra copiilor, mai ales în cazul mamelor [230]; în cazul părinţilor expuşi la abuz în copilărie, o relaţie de cuplu stabilă, plină de afecţiune şi o comunicare eficientă, a fost asociată cu o probabilitate scăzută a perpetuării CAN [61].

Şcoala este mediul în care adolescenţii îşi petrec majoritatea timpului în activităţi de învăţare şi dezvoltare personală, unde au oportunitatea de a construi relaţii sociale semnificative,

dar şi de a se destăinui în privinţa evenimentelor traumatizante din viaţa lor. Mediul şcolar poate oferi elevilor, în situaţie de CAN, şansa de a se simţi înţeleşi şi protejaţi de evenimentele din mediul familial [135], dar şi acces la suport social din partea cadrelor didactice şi a covârstnicilor. Şcoala este un mediu propice pentru implementarea programelor de prevenţie şi intervenţie în situaţiile de expunere la CAN [162, 220, 270, 271, 272], unde elevii pot participa fără a fi constrânşi de timp, situaţie financiară sau alţi factori din familie.

În acest context, implicarea cadrelor didactice în susținerea adaptării școlare a adolescenților cu istoric de abuz și neglijare poate fi abordată atât din perspectiva profesorilor de la clasă, cât și din perspectiva profesorului-consilier școlar. În sistemul educațional din România, profesorul-consilier școlar este încadrat în categoria personalului didactic de predare și are atribuții specifice de asistență psihopedagogică, consiliere și sprijin pentru elevi, părinți și cadre didactice. Prin urmare, implicarea cadrelor didactice poate include identificarea și raportarea situațiilor de abuz și neglijare, oferirea suportului social, participarea la activități de prevenire și colaborarea în implementarea intervențiilor psihoeducaționale. Această perspectivă integrată, care evidenţiază complementaritatea dintre activitatea profesorilor la clasă şi intervenţia specializată a profesorului-consilier şcolar, constituie unul dintre reperele conceptuale ale prezentei cercetări.

Sumarizând, studiul literaturii de specialitate a evidenţiat că:

- abuzul şi neglijarea reprezintă o temă de actualitate în literatura de specialitate, cu consecinţe ce însoţesc individul pe tot parcursul vieţii, în toate mediile sociale;
- consecinţele expunerii la CAN se pot manifesta la toate nivelurile de dezvoltare, cu atât mai mult în adolescenţă, pe fondul schimbărilor biologice şi a presiunilor exercitate de părinţi şi şcoală;
- adolescenţii petrec majoritatea timpului în şcoală, unde efectele expunerii la CAN pot fi evidente pentru ceilalţi;
- o parte dintre victimele CAN nu manifestă consecinţe negative, fapt ce se poate datora interacţiunii dintre o serie de factori de risc şi de protecţie;
- adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN este insuficient explorată în literatură, de aceea, în prezenta teză, s-au analizat o serie de factori de risc (familie - stresul parental; adolescent - probleme de sănătate mintală, implicarea în bullying/cyberbullying şi bătăi, motivaţia academică scăzută, dificultăţi de concentrare/atenţie) şi de protecţie (părinţi– suport social perceput; adolescent – suport social perceput de la părinţi, colegi, cadre didactice) ce pot juca rolul unor factori ce explică relaţia dintre expunerea la CAN şi

adaptarea şcolară;

- sunt necesare studii suplimentare privind factorii asociaţi intenţiei cadrelor didactice de a identifica şi raporta situaţiile de abuz şi neglijare, precum şi privind modalităţile de implicare a acestora în susţinerea adaptării şcolare a adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare, inclusiv prin colaborarea dintre profesorii de la clasă şi profesorul-consilier şcolar în cadrul intervenţiilor psihoeducaţionale;
- este necesară realizarea şi implementarea mai multor programe de prevenţie şi intervenţie cu obiectivul de a reduce efectele negative ale expunerii la CAN, în rândul adolescenţilor.

Din datele ştiinţifice prezentate anterior, s-a extras **problema ştiinţifică,** care constă în următoarele întrebări de cercetare: 1) Care sunt factorii de risc şi de protecţie care pot explica diferenţele în adaptarea şcolară între adolescenţii cu istoric de abuz şi neglijare şi cei fără istoric? 2) Care sunt variabilele psihosociale care pot influenţa intenţia cadrelor didactice de a se implica activ în prevenirea, identificarea şi raportarea cazurilor de abuz şi neglijare întâlnite în şcoală? 3) Cum se asociază stresul parental și suportul social perceput de către părinţi cu experienţele de CAN şi cu funcţionarea psihosocială şi adaptarea școlară a adolescenților cu istoric de abuz și neglijare? 4) Care ar fi cele mai relevante strategii şi metode ce ar trebui incluse într-un program multinivelar de consiliere psihoeducaţională, destinat gestionării consecinţelor negative ale expunerii la abuz şi neglijare manifestate de către adolescenţi?

Scopul cercetării a constat în investigarea factorilor de risc şi de protecţie de la nivel individual, familial şi şcolar, asociaţi adaptării şcolare şi funcţionării psihosociale a adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare, precum şi elaborarea, implementarea şi evaluarea preliminară a eficienţei unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională, adresat adolescenţilor, colegilor acestora, părinţilor şi cadrelor didactice, orientat spre reducerea consecinţelor negative ale expunerii la CAN şi consolidarea resurselor protective ale adolescenţilor, oferirea suportului social părinţilor, pregătirea şi determinarea cadrelor didactice de a se implica în prevenirea, identificarea şi raportarea cazurilor de abuz şi neglijare întâlnite în mediul şcolar.

Obiectivele cercetării:

- studierea aprofundată a literaturii de specialitate pentru a identifica temele de cercetare insuficient explorate și variabilele ce vor fi incluse şi studiate în cercetare;
- selectarea și adaptarea instrumentelor de evaluare a factorilor de risc și de protecție de la nivel individual, familial și școlar relevanţi pentru adaptarea școlară a adolescenților cu istoric de CAN;

- investigarea relațiilor dintre stresul parental, suportul social perceput de către părinţi, experienţele de CAN, funcţionarea psihosocială şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN;
- identificarea factorilor asociaţi intenţiei cadrelor didactice de a interveni şi raporta situaţiile de CAN;
- elaborarea, implementarea și evaluarea preliminară a eficienței unui program multinivelar de consiliere psihoeducațională destinat adolescenților, părinților, colegilor și cadrelor didactice;
- formularea unor recomandări pentru valorificarea practică a rezultatelor cercetării.

Ipoteza generală a cercetării: presupunem că adaptarea școlară și funcționarea psihosocială a adolescenților cu istoric de abuz și neglijare sunt influențate de interacțiunea dintre factorii de risc şi de protecţie de la nivel individual, familial şi şcolar, şi că un program multinivelar de consiliere psihoeducaţională, elaborat în baza evaluării caracteristicilor adolescenţilor, a stresului parental şi a suportului social perceput de către părinţi, precum şi a factorilor care influenţează intenţia cadrelor didactice de a se implica în gestionarea cazurilor de CAN, va contribui la reducerea consecinţelor negative ale expunerii la CAN şi la îmbunătăţirea adaptării şcolare a adolescenţilor.

Metodologia cercetării ştiinţifice cuprinde: *metode teoretice* - studierea şi sintetizarea rezultatelor cercetărilor din literatura de specialitate; *metode empirice* – chestionarele folosite pentru adolescenţi sunt: *Chestionar date socio-demografice*; *Adverse Childhood Experiences-short form (ACE)* – adaptat pe populaţia din România de către Meinck, Cosma, Mikton şi Băban [202]; Chestionar privind expunerea la neglijare – *Trauma and Distress Scale (TADS)* – autor Suzette Boon [243]; *Olweus Bully/Victim Questionnaire (OBVQ)* – autor Dan Olweus, adaptat în România de Chipea şi Negru-Subţirică (2021) [131]; *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* – adaptat în România de către Dobrescu şi Băban (2011) [251]; *Chestionarul de autoevaluare Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA*) – adaptat sub coordonarea profesorului Anca Dobrean, comercializat de Romanian Psychological Testing Service; *Scala multidimensională a suportului social perceput (MSPSS)* – tradus şi adaptat în România de către Robu, Sandovici şi Ciudin (2011) [234]; Chestionar privind suportul social perceput de la colegi şi cadre didactice – adaptat şi validat în România de către Cosma, Băban, Blinka şi Ševčíková (2012) [60]*; Scala de Adaptare Şcolară (SAS)* – adaptată şi validată în România de către Băban, Pănescu & Balazsi (2018) [218]; *Chestionar de evaluare a strategiilor de învăţare şi a motivaţiei şcolare - SMALSI*, elaborat de Jerome M. Sattler şi Robert D. Hoge (2006) şi adaptat pe populaţia din România de către compania Cognitrom [246]; pentru părinţi -

Parenting Stress Scale (PSS) [26] – folosit şi validat în alte lucrări realizate în România şi *MSPSS (subscala suport social de la cei apropiaţi)*; pentru cadre didactice - *Child Abuse Report Intention Scale (CARIS)* [105, 106]– tradus, adaptat şi validat în această teză; Chestionar privind atitudinea asupra raportării abuzului şi neglijării, realizat de către Hawkins şi McCallum [141], tradus şi adaptat în această teză; *metode statistice* – statistici descriptive (calcul de frecvenţe absolute şi relative, indici pentru normalitatea distribuţiilor, teste χ^2 de asociere), statistici inferenţiale parametrice (teste *t* pentru eşantioane independente şi dependente; analize de corelaţie; *ANOVA*; mediere şi moderare prin regresii multiple cu funcţia PROCESS) şi statistici inferenţiale neparametrice (testul *Mann-Whitney,* testul *Wilcoxon*).

Noutatea şi originalitatea ştiinţifică rezidă în abordarea integrală a adaptării şcolare a adolescenţilor cu istoric de CAN, prin investigarea concomitentă a unor variabile individuale, familiale şi şcolare. Astfel că:

- s-a realizat un studiu comparativ transversal, care a avut ca subiecţi - adolescenţi cu vârsta între 13 şi 15 ani, cu istoric de CAN şi fără istoric, părinţi şi cadre didactice;
- prin studiul comparativ s-au evidenţiat: 1) prevalenţa expunerii la abuz şi neglijare a adolescenţilor cu vârsta între 13 şi 15 ani în eşantionul investigat; 2) diferenţele între adolescenţii cu istoric de abuz şi neglijare şi cei fără istoric în ceea ce priveşte probleme de sănătate mintală, implicarea în bullying/cyberbullying şi bătăi în mediul şcolar, motivaţia academică scăzută, dificultăţi de concentrare/atenţie, adaptarea şcolară şi suportul social perceput de la părinţi, cadre didactice şi colegi;
- s-au testat modele complexe de mediere şi moderare, care au surprins câteva efecte indirecte semnificative (factori de risc şi de protecţie) şi asocieri condiţionate de gen şi sursa suportului social;
- s-au investigat relaţiile dintre stresul parental şi suportul social primit de părinţi şi variabilele evaluate la adolescenţi;
- s-a tradus şi adaptat un instrument de măsură ce evaluează intenţia cadrelor didactice de a se implica şi raporta CAN în mediul şcolar (CARIS-R) şi au fost identificaţi factorii psihosociali asociaţi acestei intenţii (cunoştinţe, atitudini, norme subiective, control comportamental perceput), ce ar putea fi incluşi în programe de formare profesională pentru această categorie de specialişti;
- s-a dezvoltat, implementat şi evaluat preliminar eficienţa unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională, ce poate fi implementat în mediul şcolar de către consilierii şcolari în colaborare cu cadrele didactice, destinat adolescenţilor cu istoric de CAN şi

persoanelor semnificative din mediul lor familial şi şcolar, cu scopul de a ameliora consecinţele negative ale expunerii la CAN manifestate de către adolescenţi.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice sunt:

- *sistematizarea* rezultatelor cercetărilor prezentate în literatura de specialitate;
- *descrierea şi evidenţierea* unor asocieri între forme diferite de abuz (fizic, emoţional, sexual) şi neglijarea emoţională, funcţionarea psihosocială şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN;
- *evaluarea* rolului pe care stresul parental şi suportul social primit de către părinţi îl are în perpetuarea CAN şi în adaptarea şcolară a adolescenţilor;
- *elaborarea şi testarea* unui model al factorilor de risc (consecinţele expunerii la CAN) şi de protecţie (suport social) ce pot influenţa relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN;
- *identificarea,* conform cu Teoria Comportamentului Planificat (TCP), a factorilor ce pot influenţa intenţia cadrelor didactice de a se implica în cazurile de CAN din şcoală;
- *implementarea* unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională care a dus la: ***a) adolescenţi*** - *remedierea şi ameliorarea* problemelor de sănătate mintală, *reducerea* frecvenţei implicării în comportamente violente, *creşterea* motivaţiei academice, *diminuarea* dificultăţilor de concentrare, *creşterea* nivelului de adaptare şcolară şi a suportului social perceput de la părinţi şi cadre didactice; ***b) părinţi*** – *scăderea* nivelului de stres parental şi *creşterea* nivelului suportului social perceput; ***c) cadre didactice*** – *îmbunătăţirea* cunoştinţelor privind CAN, *consolidarea* intenţiei de implicare în CAN; *dobândirea* unor metode de coping potrivite pentru adresarea situaţiilor în care adolescenţii dezvăluie că sunt expuşi la CAN în mediul familial sau în alte medii.

Semnificaţia teoretică a lucrării derivă din următoarele:

- aprofundarea şi extinderea cunoştinţelor privind funcţionarea psihosocială şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare (CAN)
- identificarea şi analiza unor factori de risc şi de protecţie (mecanisme de moderare şi mediere) în relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN;
- înţelegerea rolului unor factori care ţin de părinţi (stresul parental şi suportul social perceput), în asociere cu expunerea adolescenţilor la CAN şi cu dificultăţile de adaptare şcolară;
- completarea literaturii de specialitate cu rezultatele obţinute în urma derulării studiilor experimentale prin cunoştinţe privind problemele de sănătate mintală pe care le pot manifesta

în mediul şcolar adolescenţii cu istoric de CAN, probabilitatea de implicare în acte de violenţă (ex. bullying, cyberbullying, bătăi), măsura în care motivaţia academică scăzută şi dificultăţile de concentrare/atenţie pot influenţa adaptarea şcolară, rolul suportului social şi al implementării unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională în reducerea consecinţelor negative ale expunerii la CAN;

- fundamentarea conceptuală, implementarea şi evaluarea preliminară a eficienţei unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională, adresat adolescenţilor cu istoric de CAN, părinţilor acestora, colegilor şi cadrelor didactice.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în:

1. Programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională, ce oferă un model alternativ de abordare a consecinţelor negative ale expunerii la CAN asupra adaptării şcolare.
2. Programul de intervenţie poate fi utilizat de către consilierii şcolari, în colaborare cu cadrele didactice şi conţine materiale structurate, comprehensibile şi uşor de aplicat în mediul şcolar, cu toţi participanţii la actul educaţional (elevi, cadre didactice, părinţi).
3. Datele obţinute în urma sistematizării literaturii de specialitate şi rezultatele studiilor pot fi o sursă importantă de documentare pentru specialiştii din domeniu.
4. Instrumentele utilizate şi adaptate şi activităţile propuse pot sprijini consilierii şcolari, psihologii şi cadrele didactice în identificarea nevoilor adolescenţilor vulnerabili, consolidarea suportului social şi dezvoltarea unor intervenţii adaptate contextului educaţional.

Implementarea rezultatelor ştiinţifice obţinute. Rezultatele cercetărilor teoretico-experimentale realizate în prezenta teză au fost discutate şi aprobate în cadrul şedinţelor Şcolii doctorale de Psihologie, Catedra de Psihologie U.P.S „Ion Creangă” din Chişinău, la conferinţe ştiinţifice organizate de U.P.S. „Ion Creangă” din Chişinău, Universitatea „Petre Andrei” din Iaşi, Universitatea de Vest din Timişoara, simpozioane organizate de Centrele de Resurse şi Asistenţă Educaţională şi în reviste ştiinţifice. Rezultatele obţinute în urma studiilor realizate au fost publicate în 10 lucrări ştiinţifice în reviste de specialitate din Republica Moldova, România şi internaţional, precum şi în volumele conferinţelor naţionale şi internaţionale. Suplimentar, autoarea a contribuit, în calitate de coautor, la elaborarea a trei publicaţii ştiinţifice privind intervenţiile şcolare de prevenţie a dificultăţilor socioemoţionale şi comportamentale. Deşi acestea nu includ rezultatele empirice din prezenta teză, experienţa dobândită prin participarea la redactarea lucrărilor şi implementarea intervenţiilor a contribuit la fundamentarea metodologică a programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională din cadrul cercetării doctorale.

Volumul şi structura tezei. Lucrarea este constituită din: adnotări (în limbile română şi

engleză), lista abrevierilor, introducere, trei capitole, concluzii generale şi recomandări, bibliografie (include 314 de surse bibliografice), 5 anexe, 15 figuri şi 22 tabele. Textul principal al tezei cuprinde 136 de pagini.

Cuvinte cheie: abuz, neglijare emoţională, adolescenţi, factori de risc şi protecţie, sănătate mintală, adaptarea şcolară, cadre didactice, program consiliere psihoeducaţională.

Sumarul capitolelor tezei. Această teză este constituită din: preliminarii (adnotare în două limbi, listă figuri, listă tabele, listă de abrevieri, introducere), trei capitole, încheiere (concluzii generale şi recomandări), bibliografie şi anexe.

În secţiunea de *Introducere* este argumentată actualitatea şi importanţa temei de cercetare şi sunt revizuite, pe scurt, rezultatele cercetărilor realizate până în prezent. De asemenea, sunt prezentate scopul şi obiectivele cercetării, ipotezele de cercetare, rezultatele obţinute care contribuie la soluţionarea problemei ştiinţifice, metodologia, noutatea şi originalitatea ştiinţifică a cercetării.

În *Capitolul 1*, cu titlul *„Repere teoretico-conceptuale ale investigării implicării cadrelor didactice în adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare emoţională”,* este realizată o sumarizare teoretică a celor mai actuale cercetări din literatura de specialitate. Au fost definite conceptele centrale din teză precum abuzul şi neglijarea, adaptarea şcolară şi factorii ce intervin în relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară (factori de risc şi de protecţie). S-au evidenţiat problemele de sănătate mintală ce se pot asocia cu expunerea la CAN, rolul cadrelor didactice în implicarea în cazurile de CAN, precum şi factorii de risc şi protecţie ce pot diminua sau amplifica impactul expunerii la CAN. Din analiza literaturii de specialitate a rezultat că suportul social perceput de la părinţi, colegi şi cadre didactice este un factor de protecţie, care poate diminua consecinţele negative ale expunerii la CAN, în timp ce problemele de sănătate mintală, stresul parental, motivaţia academică scăzută, dificultăţi de concentrare/atenţie şi implicarea adolescenţilor în bullying/cyberbullying şi bătăi, sunt factori de risc ce pot amplifica consecinţele negative ale expunerii la CAN. Variabilele selectate pe baza analizei literaturii de specialitate au fost integrate într-un model teoretic investigat în cadrul cercetării.

În *Capitolul 2*, cu titlul *„Investigarea factorilor ce pot influenţa adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare”* sunt prezentate obiectivele, ipotezele şi metodologia cercetării constatative. Instrumentele de cercetare sunt prezentate pe scurt împreună cu proprietăţile psihometrice. Lotul de cercetare, format din adolescenţi (326), părinţii acestora (275) şi cadrele didactice (656) este descris folosind variabilele socio-demografice şi rezultatele testelor psihologice aplicate. Aplicarea testelor psihologice a evidenţiat că *adolescenţii* cu istoric de abuz (emoţional, fizic şi sexual) şi neglijare emoţională: manifestă mai multe probleme de

sănătate mintală, percep că au mai puţin suport social (din partea părinţilor, cadrelor didactice şi al colegilor), au scoruri la adaptarea şcolară mai scăzute, scoruri mai mari la motivaţia academică scăzută şi la dificultăţi de concentrare/atenţie şi se implică mai frecvent în bullying comparativ cu adolescenţii fără istoric de expunere la CAN. *Părinţii* care au un nivel de stres parental crescut şi percep că primesc puţin suport social de la persoanele semnificative, sunt mai predispuşi la a perpetua CAN. *Cadrele didactice* care au o probabilitate mai mare de a se implica în cazurile de CAN sunt cele care nu aprobă metodele punitive de disciplinare a adolescenţilor, simt că sunt responsabile pentru a interveni în cazurile de CAN şi au încredere în abilităţile proprii de a ajuta victimele în situaţii vulnerabile. De asemenea, în cadrul acestui capitol, sunt descrise şi mai multe modele de mediere şi moderare care evidenţiază rolul factorilor de protecţie şi de risc în relaţia dintre expunere la abuz şi adaptarea şcolară.

În *Capitolul 3,* cu titlul *„Implementarea şi evaluarea eficienţei programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională”,* sunt prezentate detaliat programul de intervenţie, la care au participat *adolescenţii* în situaţie de abuz şi neglijare, *părinţii* acestora, *colegii de clasă* şi *cadrele didactice*. Sunt descrise scopul, obiectivele şi ipoteza generală care a orientat demersul de cercetare, procedura de selectare a eşantionului şi paşii urmăriţi în elaborarea şi implementarea programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională. Programul de intervenţie a cuprins activităţi ce au fost desfăşurate cu *patru tipuri* de beneficiari: *adolescenţii* cu istoric de CAN (scop: ameliorarea problemelor de sănătate mintală şi îmbunătăţirea adaptării şcolare), *colegii* acestora (scop: reducerea frecvenţei bullying-ului şi îmbunătăţirea reglării emoţionale), *părinţi* (scop: dezvoltarea competenţelor parentale) şi *cadrele didactice* (scop: consolidarea suportului social oferit adolescenţilor cu istoric de CAN). Rezultatele sunt prezentate în termeni de comparaţie între grupul de control şi grupul experimental.

Concluziile generale şi Recomandările sintetizează rezultatele obţinute în studiul constatativ şi formativ, prezintă recomandări pentru utilizarea rezultatelor cercetării, analizează critic limitele studiilor şi oferă direcţii pentru cercetări viitoare.

1. REPERE TEORETICO-CONCEPTUALE ALE INVESTIGĂRII IMPLICĂRII CADRELOR DIDACTICE ÎN ADAPTAREA ŞCOLARĂ A ADOLESCENILOR CU ISTORIC DE ABUZ ŞI NEGLIJARE

1.1. Abuzul şi neglijarea - conceptualizare, prevalenţă, recunoaştere şi raportare

Abuzul şi neglijarea copiilor reprezintă o problemă globală, ce afectează vieţile a milioane de copii anual [8, 125, 177, 198]. Organizaţia Mondială a Sănătăţii defineşte abuzul ca fiind *"orice formă de maltratare, violență fizică și/sau emoțională, abuz sexual, neglijare sau tratament neglijent, exploatarea comercială sau de altă natură, care duce la un prejudiciu real sau potențial pentru sănătatea, pentru supraviețuirea, dezvoltarea sau demnitatea copilului în contextul unei relații de responsabilitate, încredere sau putere"* și face distincția între patru tipuri de maltratare a copilului: abuz (emoţional/psihologic, fizic, sexual) și neglijare [306].

În literatura de specialitate, abuzul şi neglijarea sunt abordate ca forme ale maltratării copilului (engl. *maltreatment*) şi sunt analizate, de asemenea, în cadrul mai larg al experienţelor adverse din copilărie (engl. *adverse childhood experiences - ACE*), traumă (engl. *trauma*) sau evenimente traumatice (engl. *traumatic events*), concepte care nu se suprapun total. *Trauma* este definită ca fiind un eveniment sau mai multe pe care un individ le experimentează ca fiind dăunătoare din punct de vedere fizic sau emoţional şi care pot avea efecte adverse de durată asupra sănătăţii mintale, fizice şi emoţionale; evenimentele pot apărea în exterior (ex. muşcătură de câine, dezastre naturale), în mediu familial (ex. violenţa domestică, diferite forme de abuz şi neglijare, boli mintale ale părinţilor, consum de substanţe) sau în contextul relaţiilor extra-familiale (ex. rasism, discriminare, hărţuire) [252]. *Experienţele adverse din copilărie* (ACE) sunt evenimente stresante sau traumatice din copilărie, care apar în cadrul relaţiei primare de îngrijire, precum: abuz fizic, sexual şi emoţional; neglijare fizică şi emoţională; violenţa în familie; boli mintale în familie; separarea părinţilor sau divorţul; încarcerarea unui membru al familiei; rasism, bullying, separarea de familie (din cauza decesului unui părinte, plasament maternal sau orice alt motiv), violenţă în comunitate şi instabilitate financiară [291].

În România, abuzul şi neglijarea sunt definite de Legea nr. 272/2004, cu modificările ulterioare [art. 89 alin. (1) şi alin. (2)]. Din punct de vedere criminologic este specificat că abuzul poate fi comis cu intenţie, directă sau indirectă. Alte forme de violenţă asupra copilului sunt traficul de persoane, exploatarea prin muncă sau sexuală a copilului şi expunerea la violenţă în familie. Delimitarea formelor diferite de violenţă este realizată teoretic, deoarece, în realitate, acestea pot apărea concomitent la aceeaşi persoană; abuzul fizic este adesea însoţit de abuzul emoţional, iar abuzul sexual este însoţit de abuz fizic şi emoţional. Abuzul,

neglijarea şi alte forme de violenţă asupra copilului pot fi realizate de către părinţi sau tutori legali în mediul familial, persoane cunoscute sau străine copilului din spaţii private şi publice.

Abuzul emoţional este cel mai greu de definit dintre toate formele de abuz, fiind catalogat ca un abuz invizibil, în unele lucrări de specialitate [122, 254]. Abuzul emoţional include acţiuni precum *respingerea, izolarea, terorizarea, ignorarea* sau *coruperea copilului* [212, p.57-58]. În literatura de specialitate sunt descrise şi situaţii particulare de maltratare a copilului, care pot include componente de abuz emoţional, precum: 1) *"Sindromul Cenuşăresei"* – copilul este expus la abuzul părinţilor, dar şi al fraţilor [35]; 2) *alienarea parentală,* ce poate fi găsită în cazul părinţilor separaţi sau divorţaţi, şi presupune plasarea copilului în centrul conflictului părinţilor, în care fiecare adult foloseşte tehnici de manipulare pentru a-l atrage de partea lui [176]; 3) *sindromul "Munchausen prin intermediar"* – fabricarea unor boli ale copilului, însoţite de atitudini şi acţiuni de preocupare şi grijă pentru sănătatea acestuia, chiar şi inducerea unor simptome specifice ale afecţiunilor fabricate [310].

În plan emoţional, consecinţele expunerii la abuz emoţional se pot manifesta sub forma unor întârzieri în dezvoltarea stimei de sine, a maturizării emoţionale şi a capacităţii empatice. În plan social pot apărea acte antisociale, fuga de acasă, probleme în adaptarea la contexte sociale sau într-un mediu nou (şcoală, familie, comunitate), anxietate de separare sau dificultăţi în înţelegerea emoţiilor celorlalţi, lipsa de iniţiativă şi creativitate, un grad scăzut de autonomie şi frica de situaţii nefamiliare.

Abuzul fizic a fost prima formă de abuz recunoscută de către specialişti, adusă în atenţia publicului de către Henry Kempe, care a subliniat caracterul neaccidental al rănilor fizice, ce pot varia de la lovituri uşoare până la cele ce pot fi fatale pentru victime, şi care sunt realizate de persoana care îngrijeşte copilul [212]. În literatura de specialitate se face distincţia între abuzul fizic şi disciplinarea copilului. Astfel, este considerat ca fiind abuz asupra copilului atunci când adultul are o atitudine ostilă, dominantă, de superioritate şi: foloseşte pedepse arbitrare şi fără o logică; etichetează copilul cu scopul de a-l umili; foloseşte pedeapsa fizică pentru a-l face pe copil să fie obedient, dezvoltând astfel motivaţia extrinsecă; nu permite copilului să aibă propria părere asupra situaţiei; îl face pe copil să creadă că doar adulţii pot rezolva problemele copiilor [212]. O formă particulară a *abuzului fizic* este *Sindromul copilului scuturat,* ce poate apărea la copilul cu vârsta de sub 1 an şi survine ca urmare a mişcării bruşte şi brutale a copilului, realizată în mod voluntar de către părinţi sau alte persoane, ce pot duce la apariţia hemoragiilor intracraniene, urmate de leziuni ce afectează copilul pe viaţă [80].

Benga şi colaboratorii au sumarizat într-un ghid pentru terapeuţi, *semnele fizice* şi *afectiv-comportamentale* ale copilului abuzat fizic [27, p. 25]. Printre *semnele fizice* se numără:

zgârieturi, tăieturi inexplicabile pe diferite părţi ale corpului, fracturi osoase, arsuri, păr smuls, deformări ale membrelor, hematoame; întârzierea dezvoltării fizice şi mentale, deficite în achiziţia limbajului, rahitism, carenţe alimentare, insomnie şi tulburări de somn, enurezis şi encomprezis, leziuni la nivelul sistemului nervos central, hemoragii şi leziuni ale organelor interne. La *nivel afectiv-comportamental* se consemnează următoarele semne: docilitate excesivă, împietrire, hipervigilenţă la reacţiile celor din jur, reacţii de apărare fizică nemotivate, hiperactivitate, atitudine provocatoare, comportamente dezordonate; trăiri emoţionale (teamă, neîncredere, dificultăţi de autocontrol/înţelegere/învăţare, furie excesivă, motivaţie şi capacitate de concentrare scăzute, frica de separare etc.).

Abuzul sexual a fost definit sub mai multe forme în literatura de specialitate, ţinându-se cont de vârsta copilului, relaţia victimă-agresor, utilizarea conceptului de gratificare sexuală, tipurile de acte care pot constitui abuz sexual şi consimţământ [196]. Într-un review al literaturii de specialitate, Mathews şi Collin-Vezina [195] au propus un model conceptual al abuzului sexual, care surprinde patru factori, ce trebuie să fie prezenţi ca experienţa de abuz să constituie un abuz sexual: 1) v*ictima trebuie să fie copil* – sub vârsta legală, propusă de fiecare stat în parte; 2) c*onsimţământ*: vârsta legală, la care persoanele îşi pot da consimţământul pentru activităţi sexuale, este de 14 ani sau mai mult în majoritatea ţărilor (în România este de 16 ani); 3) *acţiunile întreprinse trebuie să aibă conotaţie sexuală* (abuzatorul obţine gratificare sexuală mentală sau fizică, pentru el sau o altă persoană, imediat sau în alt moment din timp şi spaţiu; 4) *acţiunile constituie abuz sexual,* dacă între agresor şi victimă este o *relaţie de putere inegală*, agresorul exploatează vulnerabilitatea victimei, iar victima nu poate da un consimţământ valid la acţiunile în care este implicată. Organizaţia Mondială a Sănătăţii atrage atenţia asupra faptului că un copil nu işi poate da consimţământul pentru o activitate pe care nu o înţelege pe deplin şi consimţământul obţinut prin ameninţare, intimidare sau abuz de autoritate, nu este valid [306].

Aprecierea gravităţii abuzului sexual se realizează în funcţie de vârsta copilului, gradul forţei aplicate, relaţia dintre abuzator şi victimă, durata şi frecvenţa abuzului, tipul de abuz sexual şi numărul persoanelor care au abuzat sexual copilul [192, 236].O formă particulară de abuz sexual intrafamilial este *incestul*, la care sunt mai predispuşi taţii care consumă alcool, au tulburări de comportament şi personalitate, trăiesc în condiţii precare într-un spaţiu familial restrâns, au preocupări sexuale excesive sau nu îşi pot controla emoţiile şi comportamentele [233]. O altă formă particulară a *abuzului sexual* este abuzul sexual intrafamilial (între fraţi), *sindromul Hansel şi Gretel*, a cărei evaluare necesită luarea în considerare a particularităţilor relaţiei dintre fraţi (diferenţă de vârstă şi putere, forme de constrângere, caracterul voluntar sau nevoluntar). Această formă de abuz poate apărea ca un substitut al grijii şi atenţiei părinţilor, în

care ambii copii încearcă să îşi satisfacă nevoile emoţionale prin gratificare sexuală [120].

Efectele pe termen scurt ale *abuzului sexual* pot fi: dureri în diferite părţi ale corpului şi îmbolnăviri frecvente, absenteism şi performanţă şcolară scăzută, dificultăţi de concentrare şi pierderi de memorie, schimbări bruşte ale dispoziţiei, comportamente regresive sau sexuale inadecvate vârstei, probleme de alimentaţie sau somn, stimă de sine scăzută, coşmaruri, auto-vătămare ori ideaţie suicidară, comportament dezinvolt sau absent. Pe termen lung, dacă abuzul sexual nu este adresat în cadrul unor intervenţii de specialitate, copiii abuzaţi sexual pot manifesta ideaţie suicidară, tulburare de stres post-traumatică, dificultăţi sexuale, incapacitatea de a forma relaţii sănătoase, dificultăţi parentale, consum de substanţe şi comportament violent sau criminal [155]. De asemenea, copiii abuzaţi sexual pot manifesta sentimente de frică, furie, confuzie, vinovăţie sau se pot simţi izolaţi social [27].

Neglijarea poate lua diverse forme, poate fi voluntară sau involuntară şi nu neapărat continuă. În componenta empirică a prezentei cercetări a fost investigată neglijarea emoţională, care implică lipsa de afecţiune, de comunicarea şi de implicare în relaţia cu copilul. Printre semnele neglijării emoţionale se numără: a) semnele fizice - lipsa unei persoane de încredere cu care copilul să vorbească despre problemele sale, lipsa unui program adecvat vârstei, hipo-sau hiper-ponderabilitate, frecvenţa mai mare a bolilor; b) semnele afectiv-comportamentale ar fi ataşament dezorganizat, vocabular sumar, probleme de relaţionare şi comunicare, motivaţie scăzută şi probleme în activitatea şcolară [27]. *Abandonul* constituie cea mai gravă formă de neglijare a copilului şi poate fi fizic (copilul este lăsat în altă parte, separat de părinţi) şi emoţional (părinţii nu manifestă disponibilitate emoţională şi responsabilitate faţă de creşterea acestuia, deşi aceştia locuiesc împreună cu copilul) [212].

Mitrofan [209] face referire la o tendinţă contemporană a abandonului emoţional, susţinută de specificul societăţii actuale concentrată pe consum şi acumulări materiale, realizată de părinţii preocupaţi excesiv de a avea cât mai multe bunuri materiale şi de a asigura copiilor un confort material superior, care, cred ei, suplineşte grija şi căldura necesară pentru o dezvoltare armonioasă. Autorul specifică clar că *„copiii au nevoie de sprijin din partea adulţilor faţă de care manifestă un ataşament puternic..."* ([209], p. 282). Această formă de abandon poate fi observată mai ales în perioada adolescenţei, când părinţii simt că nu mai comunică eficient cu proprii copii şi preferă să suplinească nevoile emoţionale cu cele materiale.

Din datele prezentate anterior reiese că majoritatea semnelor şi simptomelor expunerii la diferite forme de abuz se suprapun, cu mici excepţii. Rădulescu [233, p.67] a sumarizat principalii indicatori ai unui copil care trăieşte într-un mediu familial abuziv, unii fiind uşor de recunoscut şi în mediul şcolar, precum: comportamente agresive frecvente, izolare, pasivitate,

emotivitate, dificultăţi şcolare, rolurile sunt inversate - copilul tutelează adultul, dureri somatice, comportament autodistructiv, teamă de contactul fizic iniţiat de părinţi sau de alte persoane, plâns disperat sau absenţa aproape completă a plânsului, pare să urmărească siguranţa, stare de alertă constantă faţă de un pericol potenţial, o permanentă căutare a hranei/lucrurilor/avantajelor/serviciilor, conduite evazioniste şi deviante persistente (mai ales în cazul adolescenţilor - vagabondaj, abuz de alcool sau de droguri, prostituţia, mariaj timpuriu, sarcini precoce, comportament sexual deviant).

Abuzul şi neglijarea au un impact direct asupra sănătăţii mintale şi fizice a copilului şi adolescentului, iar în cele mai grave cazuri poate produce moartea acestuia [179]. Unele studii sugerează că 1 din 4 copii este expus la CAN la un moment dat în viaţă [173]. O meta-analiză recentă a raportat că la nivel global, în studiile de auto-raport, ratele de prevalenţă pentru diferite forme de CAN (raportarea la 1000 locuitori) sunt - 127/1000 pentru abuz sexual (76/1000 pentru băieţi şi 180/1000 pentru fete), 226/1000 pentru abuz fizic, 363/1000 pentru abuz emoţional, 163/1000 pentru neglijare fizică şi 184/1000 pentru neglijare emoţională; în studiile care au folosit martori, prevalenţa este de – 4/1000 pentru abuz sexual, 3/1000 pentru abuz fizic şi emoţional; abuzul fizic şi abuzul emoţional au avut o prevalenţă asemănătoare între continente, abuzul sexual este raportat mai des de către fetele din America de Nord şi Australia şi de către băieţii din Africa [264]. Diferenţele mari între studiile de auto-raport şi cele cu martori pot fi date de gravitatea cazurilor, care au ajuns în atenţia celor ce au raportat.

ANPDCA (Autoritatea Naţională pentru Protecţia Drepturilor Copilului şi Adopţie, România) a înregistrat, în anul 2016, 14 323 de cazuri de abuz, neglijare şi exploatare a copilului (cumulat de la 1 ianuarie 2016 - 31 decembrie 2016) şi 15 925 de cazuri în 2021. În anul 2024, numărul de cazuri înregistrate a crescut, ajungând la 20 216, dintre care - 2 559 cazuri s-au finalizat cu urmărirea penală a abuzatorului. Dintre cazurile constatate în anul 2024, 1 865 au reprezentat abuz sexual, 2 413 – abuz fizic, 2 817 – abuz emoţional şi 12 740 – neglijare. Distribuţia pe grupele de vârstă ne arată că cele mai multe cazuri sunt raportate în rândul copiilor cu vârsta între 10 şi 17 ani (1683-abuz fizic, 1516-abuz emoţional, 1648-abuz sexual şi 6093 - neglijare).

În anul 2025 se observă o tendinţă de creştere a cazurilor de CAN din România. Potrivit datelor ANPDCA, au fost înregistrate un număr de 20 403 de cazuri la nivel naţional, cu 187 mai mult decât în anul anterior. O analiză a datelor disponibile la nivelul DGASPC-urilor relevă faptul că cadrele didactice raportează într-o mică măsură cazurile de CAN, în unele judeţe înregistrându-se zero raportări. De exemplu, în Bucureşti au fost sesizate 28 de cazuri de către cadrele didactice, din 8000 de cazuri de violenţă domestică confirmate de către Poliţie. Aceste

date sugerează o contribuţie redusă a sesizărilor provenite de la cadrele didactice în raport cu amploarea cazurilor înregistrate de autorităţi, fără a permite însă evaluarea directă a tuturor formelor de implicare a personalului didactic. Ele evidenţiază necesitatea investigării factorilor asociaţi identificării şi raportării situaţiilor de abuz şi neglijare în mediul şcolar.

Un alt sondaj realizat în 2021 în România arată că unul din doi copii este lovit în familie, 5% dintre copii sunt supuşi abuzului fizic la şcoală, iar incidenţa abuzului sexual în familie a crescut cu 3% faţă de anii anteriori [245]. De asemenea, prevalenţa abuzului sexual ar putea fi mai mare deoarece cei mai mulţi copii din România nu recunosc diferitele forme ale acestui tip de abuz (ex. expunerea la organele genitale ale agresorului, urmărirea imaginilor cu conţinut sexual, mimarea unor acte sexuale), iar atunci când le recunosc, doar unul din şase copii au indicat că ar spune părinţilor despre aceste experienţe [307, 308]. Mai mult, unul din şase copii au afirmat că ştiu alţi colegi sau prieteni care au fost supuşi abuzului sexual [308]. Deşi raportările sunt separate pe tipuri de abuz, nu trebuie să ignorăm faptul că majoritatea tipurilor de abuz coexistă [8], iar abuzul emoţional poate fi prezent în majoritatea cazurilor.

În Republica Moldova, conform cu datele furnizate de Ministerul Muncii şi Protecţiei Sociale, la sfârşitul anului 2021, erau în evidenţă un număr de 8 300 de copii aflaţi în situaţie de risc (73.8% din mediul rural şi 51.2% fiind de genul feminin), iar fiecare al doilea copil (52.3%) avea vârsta cuprinsă între 7 şi 15 ani. Majoritatea copiilor proveneau din situaţii de neglijare (6 300), 783 au fost expuşi violenţei (fizice, emoţionale, sexuale, violenţă în familie), iar 331 se aflau în situaţii diverse (de exemplu: cerşetorie, prostituţie, vagabondaj, lipsă de supraveghere şi îngrijire, absenţa părinţilor de acasă din motive necunoscute şi altele). În anii următori, numărul de cazuri a fluctuat, dar în rapoartele furnizate de Ministerul Muncii şi Protecţiei Sociale se evidenţiază o creştere semnificativă a numărului de copii aflaţi în situaţie de risc.

La sfârşitul anului 2025, în evidenţa autorităţilor din Republica Moldova se aflau un număr de 17 400 de copii aflaţi în situaţie de risc, 55.4% dintre aceştia fiind în categoria de vârstă 7-15 ani. Dintre aceştia, 3 798 de copii au fost victime ale unor cazuri suspecte de abuz, bullying, neglijare, exploatare sau trafic. Dintre aceste cazuri, aproximativ 1 896 (49.9%) au fost raportate de către cadrele didactice şi 305 de către alţi angajaţi ai instituţiilor de învăţământ. Prin urmare, datele evidenţiază o implicare activă a instituţiilor de învăţământ în identificarea şi raportarea cazurilor de abuz şi neglijare în Republica Moldova.

În realitate, prevalenţa abuzului este mult mai mare deoarece o mare parte dintre cazuri nu sunt identificate/raportate, iar în studii sunt încă diferenţe în conceptualizarea şi definierea CAN, după cum subliniază şi Moody şi colab. [208] - *„estimarea prevalenţei maltratării copiilor este o provocare din cauza absenţei unui „standard de aur” clar cu privire la ceea ce*

constituie maltratarea". Datele precise privind prevalenţa abuzului în cazul minorilor sunt dificil de colectat din cel puţin trei cauze: reluctanţa în a raporta cazurile de abuz, diferenţe în definirea abuzului şi acceptabilitatea culturală a acestui fenomen. Actele de abuz sunt considerate ca făcând parte din *„sfera privată"* [64, 69, 244, 274], sunt *„rufe care nu se spală în public",* opinia publică rămânând puţin reactivă la astfel de fenomene [274]. Mai mult, un raport realizat pentru a investiga percepţia părinţilor români despre bătaie a arătat că: 1 din 2 părinţi consideră că lovirea copilului este spre binele lui; 1 din 10 (10%) consideră că lovirea apare din cauza copilului; 8% ar lovi copiii, dar nu ar vrea ca acest lucru să se afle; 8% invocă motive religioase; 6% lovesc copiii gratuit, fără motiv; 5% afirmă că ar lovi copilul pentru că toată lumea face la fel; 3% se simt foarte vinovaţi după ce lovesc copilul şi doar 1 din 10 (9%) părinţi români nu şi-ar lovi niciodată copilul [308].

Majoritatea cazurilor de abuz şi neglijare au loc în mediul familial, iar aproximativ jumătate dintre aceste cazuri se extind pe perioade mari de timp, fără a fi raportate spre autorităţile competente [200, 248]. În Europa, se estimează că aproximativ 10-20% dintre cazurile de abuz şi neglijare sunt descoperite de către autorităţi, prin auto-raportare sau referirea de către terţe persoane [247]. Prin urmare, copiii şi adolescenţii la risc nu au parte de suport şi intervenţii specializate, continuă să rămână pe perioade mari de timp în situaţia de CAN, au o probabilitate mai mare de a dezvolta probleme de sănătate mintală şi fizică, dar şi de a fi victime ale altor forme de violenţă pe parcursul vieţii [110].

O mare parte dintre copii şi adolescenţi sunt expuşi la mai multe tipuri de abuz – abuz multiplu (engl. *multi-type maltreatment*), dar şi la alte forme de victimizare precum bullying, agresiune din partea colegilor sau violenţă domestică – poli-victimizare (engl. *poly-victimization*) [109]. Copiii şi adolescenţii care sunt expuşi la abuz multiplu/poli-victimizare au o probabilitate mai mare de a avea simptome traumatice intense faţă de cei expuşi la o singură formă sau deloc [111, 149]. Brown şi colab. [41] au folosit analiza latentă de clase pentru a investiga co-ocurenţa mai multor tipuri de abuz la patru categorii de vârstă, din care a rezultat că la vârsta adolescenţei (11-18 ani) sunt mai frecvente trei clase latente: clasa 1 (47%) - neglijare fizică/abuz emoţional/disfuncţii în familie, clasa 2 (25%) – abuz fizic/abuz emoţional/disfuncţii în familie şi clasa 3 (28%) – abuz emoţional/divorţul părinţilor.

Sistemele internaţionale de clasificare DSM-5 şi ICD-11 includ categorii şi coduri relevante pentru documentarea situaţiilor de abuz şi neglijare, precum şi pentru diagnosticul unor tulburări care pot fi asociate experienţelor de maltratare. În primele două ediţii ale DSM (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*), apărute în anii 1952 şi 1968, nu s-a făcut nici o referire la copilul abuzat şi neglijat. Începând cu ediţia a 3-a, apare capitolul numit „*Codul*

5 pentru situaţii nedatorate tulburărilor mintale, dar care pot apărea datorită lipsei de atenţie sau tratamentului”. DSM-4-TR are secţiunea *Probleme în legătură cu abuzul sau neglijarea*, inclusă în capitolul *Alte probleme*, ce se foloseşte atunci când evaluarea clinică se concentrează pe experienţele abuzive la care a fost expus copilul precum abuz fizic, sexual sau neglijare. În DSM-5-TR, ultima ediţie publicată, avem capitolul *Alte afecţiuni care pot justifica abordarea clinică*, secţiunea *Alte probleme legate de grupul de suport primar*, unde se face referire la abuzul fizic, sexual, psihologic şi neglijare.

ICD-11 (engl. *International Classification of Diseases*) prezintă un spectru mai larg al sindroamelor asociate cu experienţa de CAN, dar se foloseşte termenul de maltratare (engl. *maltreatment*): maltratare fizică (*PJ20*), maltratare sexuală (*PJ21*), maltratare psihologică (*PJ22*), alt tip de maltratare specificat (*PJ2Y*), maltratare nespecificată (*PJ2Z*), neglijarea neintenţionată (*PJ5B*), agresiunea prin neglijare (*PF1B*), neglijare fără intenţie determinată (*PH7B*). Pentru fiecare categorie de maltratare sunt oferite coduri separate pentru: asocierea cu alte elemente, activitatea care s-a petrecut, locul în care s-a întâmplat, relaţia dintre victimă şi agresor, genul agresorului. Categoriile de maltratare sunt definite detaliat şi este explicată relaţia cu tulburarea de stres post-traumatică, depresia şi anxietatea.

În România, articolul 89 din Legea 272/2004 privind protecţia şi promovarea drepturilor copilului, republicată, stipulează că orice persoană fizică sau juridică, angajaţi ai instituţiilor publice sau private, precum şi copilul, pot să sesizeze suspiciunea de abuz şi/sau neglijare la DGASPC (Direcţia Generală de Asistenţă Socială şi Protecţia Copilului) din judeţul/sectorul în care are domiciliul. În articolul 52, din legea menţionată anterior, la punctul (4) este specificat că „*cadrele didactice au obligaţia de a direcţiona centrelor judeţene de resurse şi asistenţă educaţională, cazurile de abuz, neglijare, exploatare şi orice formă de violenţă asupra copilului”*. La majoritatea DGASPC-urilor din ţară, semnalarea se poate face direct, în scris (sesizare trimisă prin poştă/e-mail), prin intermediul telefonului sau prin autosesizarea profesioniştilor (atunci când aceştia cunosc un caz). Toate persoanele au opţiunea de a face o sesizare anonimă, atât timp cât furnizează suficiente informaţii pentru identificarea copilului victimă a violenţei (nume, adresă).

Şcoala, privată sau de stat, este mediul în care copiii şi adolescenţii îşi petrec cea mai mare parte din timp şi unde cadrele didactice pot observa indicatorii expunerii la CAN [118, 167, 169]. Cadrele didactice şi elevii construiesc în mediul şcolar relaţii bazate pe încredere şi respect, ceea ce ar putea creşte disponibilitatea victimei de a dezvălui experienţa de CAN [221, 224]. În ceea ce priveşte numărul de cazuri raportate de personalul din şcoală, statisticile disponibile arată că: 16.5% dintre cazuri sunt raportate în Statele Unite şi 15% în Australia [127]; în ţări din

Europa precum Spania [48], Grecia [30] sau Anglia [56], procentul de raportare variază între 10% şi 18%; în Canada se raportează în jur de 36%, iar în Belgia – 38%.

Raportarea este un comportament complex, care poate fi influenţat de factori ce ţin de adolescent, cadru didactic [1, 255] şi caracteristicile şcolii [7]. Adolescenţii, care sunt reticenţi în a dezvălui experienţele de CAN: nu au încredere în adulţii cu care vorbesc sau în autorităţi, simt că ar trebui să-i fie loiali agresorului, le este teamă că nu vor fi crezuţi, se învinovăţesc pentru lucrurile care li se întâmplă sau consideră că este normal să fie expuşi la CAN [164]. Cadrele didactice, care au o probabilitate mai mare de a raporta CAN, predau la ciclul primar, locuiesc în ţări ce au obligativitatea raportării, au cunoştinţe solide privind CAN, au încredere în abilitatea lor de a identifica şi raporta, au suport social, au certitudinea că un copil este victimă CAN, cred că este responsabilitatea lor profesională de a raporta şi nu aprobă educarea copiilor prin pedepse corporale [7]. Locaţia geografică a şcolii a explicat 18-20% din varianţa intenţiei de a raporta CAN într-un studiu, dar acest lucru nu a fost confirmat şi de alte studii [7]. Bryant şi Baldwin [43] au raportat că o experienţă pozitivă de raportare în şcoală creşte probabilitatea ca personalul şcolii să ia atitudine privind CAN, dar asta nu a fost confirmat în alt studiu [30]. În consecinţă, o mare parte dintre cazurile de CAN trec neobservate în mediul şcolar, iar intervenţiile de specialitate sunt cu mult întârziate.

Cercetările realizate până la momentul actual au publicat rezultate mixte în ceea ce priveşte factori ce pot influenţa intenţia cadrelor didactice de a se implica şi raporta CAN şi doar câteva au folosit un model teoretic pentru conceptualizarea rezultatelor [105, 127, 247, 279]. Greco, Pereda şi Guilera [133] au evidenţiat că anii de experienţă, realizarea unui raport în anonimat sau fără consimţământul directorului şi numărul de ore petrecut în mediul şcolar, au corelat pozitiv cu intenţia de a raporta CAN. În studiile calitative, credinţa privind necesitatea dovezilor clare înainte de a raporta [101] şi lipsa de cunoştinţe în privinţa protocoalelor de raportare [163], au reieşit ca motive pentru absenţa raportării şi intervenţiei în CAN. Uneori, realizarea unui raport poate aduce cu sine o serie de consecinţe şi pentru cadrul didactic precum: singurătatea în susţinerea victimei şi confruntarea cu familia şi autorităţile [275]; dificultăţi în a ajuta copilul victimă să se adapteze la mediul şcolar [9]; susceptibilitate crescută la stres traumatic secundar şi la oboseală de compasiune [67, 106, 287]; îngrijorare, tristeţe, frică, furie către agresor şi neputinţă; anxietate şi dificultăţi în folosirea strategiilor de coping [66, 256].

Până la momentul actual, în România, s-a publicat un singur studiu, de către Salvaţi Copiii [244], care a avut obiectivul de a evidenţia modalităţile de raportare a fenomenului de abuz, neglijare şi exploatare a copilului până la vârsta de 11 ani, din perspectiva specialiştilor implicaţi în combaterea acestui fenomen (asistenţi sociali, cadre didactice, consilieri şcolari,

magistraţi, medici, poliţişti, psihologi, reprezentanţi ai ANPDCA şi ai ONG-urilor din domeniu) şi ai celor direct implicaţi (copii, părinţi). Cercetarea sociologică a evidenţiat că, la nivelul unităţilor de învăţământ, aproximativ jumătate dintre cadrele didactice participante au spus că nu au instrumentele şi formarea necesară pentru a identifica şi referi cazurile de violenţă asupra copilului. Procedura la nivelul şcolii prevede anunţarea directorului, care va decide, după caz, dacă situaţia va fi rezolvată la nivel de şcoală sau va fi sesizată la DGASPC. Consilierii şcolari au făcut referire la dificultăţile pe care le întâmpină în intervenţia în situaţiile de abuz şi neglijare, mai ales din cauza părinţilor care refuză consilierea pentru ei şi copiii lor. În consecinţă, sunt raportate majoritar cazurile de abuz foarte grave, care se întind pe o perioadă mare de timp şi copiii manifestă simptome evidente. Astfel că, acei copii care aparent nu sunt afectaţi, intră într-un con de umbră, fără susţinere şi suport din partea sistemului educaţional.

Abuzul şi neglijarea copiilor reprezintă o temă de actualitate în cercetare la nivel mondial, cu atât mai mult în România, unde ratele de prevalenţă nu par să scadă. Deşi, la nivel de ţară, s-au implementat o serie de programe destinate protejării copiilor de evenimente adverse, conduse de organizaţii precum Salvaţi Copiii, Terre des hommes, UNICEF, WorldVision şi altele [244, 245, 308, 309], efectele întârzie să apară. În mediul şcolar, cazurile de CAN pot fi descoperite de către cadrele didactice sau personalul şcolii, care trebuie să decidă dacă vor interveni sau vor trece cu vederea. De aceea este necesar să se investigheze care sunt acei factori ce ar putea influenţa intenţia cadrelor didactice de a se implica şi raporta CAN. De asemenea, prevalenţa mare a acestor cazuri cere implementarea unor programe pentru reducerea consecinţelor negative ale expunerii la CAN în mediul şcolar.

1.2. Repercusiunile abuzului şi neglijării asupra adaptării şcolare a adolescenţilor

Efectele negative ale expunerii la CAN pot fi observate la orice vârstă. În această teză atenţia s-a concentrat asupra adolescenţilor şi a modului în care aceştia se adaptează la şcoală. În prima parte a acestui subcapitol sunt descrise particularităţile de dezvoltare la vârsta adolescenţei, relevante pentru implementarea intervenţiilor, iar apoi sunt sumarizate rezultatele cercetărilor în privinţa consecinţelor expunerii la CAN.

Particularităţi de dezvoltare la vârsta adolescenţei. De-a lungul dezvoltării, oamenii trec prin mai multe stadii de dezvoltare, cu caracteristici unice, ce au rol de a-i îmbogăţi cognitiv, comportamental, social şi emoţional. Adolescenţa este punctul de tranziţie între copilărie şi perioada adultă, ce debutează între vârstele de 10-12 ani şi se finalizează între vârstele de 18-21 ani, fiind împărţită în trei perioade: adolescenţa timpurie (preadolescenţa), 10-12 ani; adolescenţa de mijloc, 13-15 ani; adolescenţa târzie, 16-18; după 18 ani, deşi inclusă tot în perioada de

adolescenţă, unii autori vorbesc de perioada *adultă emergentă*, ce se poate întinde până la vârsta de 25 de ani [16]. Adolescenţa poate fi definită: *biologic* - ca perioada de transformare fizică marcată de pubertate şi finalizată cu maturizarea fizică; *cognitiv* – însumează schimbările în abilitatea de a gândi abstract şi multifaţetat; şi *social* – perioadă de pregătire pentru rolurile din viaţa de adult [16]. Principalele sarcini de dezvoltare în adolescenţă sunt: atingerea maturităţii sexuale, dezvoltarea unei identităţi proprii, construirea şi consolidarea unor relaţii sociale intime şi obţinerea independenţei sau autonomiei în contextul socio-cultural [301]. Adolescenţa reprezintă o perioadă sensibilă a neurodezvoltării unui individ, ce poate fi afectată de factori de personalitate (ex. instabilitatea emoţională poate creşte probabilitatea de adoptare a unor comportamente de risc, precum consumul de alcool [157]), factori de mediu (ex. nutriţie, traumă, stres toxic) şi factori sociali (ex. influenţa părinţilor, covârstnicilor şi profesorilor) [60, 119]. De asemenea, adaptabilitatea, plasticitatea şi heterogenitatea creierului adolescenţilor oferă un context favorabil intervenţiilor menite să susţină dezvoltarea şi adaptarea pozitivă a adolescentului [158].

Potrivit lui Jean Piaget [168], în adolescenţă au loc schimbări cognitive majore, ce sunt influenţate de şcolarizare şi stimulii din mediu, precum: schimbarea de la concret spre abstract – înţelegerea unor situaţii ipotetice; flexibilitate cognitivă – evaluarea posibilităţilor şi luarea deciziilor în funcţie de acestea; explicarea fenomenelor – testarea ipotezelor, folosirea imaginaţiei pentru a găsi explicaţii pentru anumite fenomene; conceptul timpului – în jurul vârstei de 14 ani, adolescenţii pot înţelege perspectivele de viitor; metacogniţie – sunt mai predispuşi să pună la îndoială asumpţiile celorlalţi şi să evalueze ce vor accepta ca adevăr.

Conform cu Erik Erikson, adolescenţa reprezintă al 5-lea stadiu al dezvoltării psihosociale, *Identitatea vs Confuzia de rol*, între vârstele de 12 şi 19 ani [23]. Relaţiile sociale devin punctul de interes în acest stadiu, iar adolescenţii se pot simţi energici, motivaţi, curioşi, entuziasmaţi şi interesaţi să descopere lumea în care trăiesc. Procesul formării identităţii presupune dezvoltarea autonomiei şi renegocierea relaţiilor cu părinţii, putând fi însoţit de conflicte a căror intensitate şi evoluţie diferă în funcţie de particularităţile individuale şi familiale. Rezolvarea conflictelor părinţi-copii într-un mod deficiar poate duce la confuzia de identitate, ce poate fi urmată de exacerbarea conflictelor, dar şi de sentimente de frustrare, tristeţe, deconectare, nostalgie sau plictiseală. Dezvoltarea identităţii adolescentului este puternic influenţată de suportul pe care îl primeşte de la părinţi, dar şi de la covârstnici, cadre didactice şi alte persoane apropiate.

Consecinţele expunerii la abuz şi neglijare - vizibile în adolescenţă. Fiecare stadiu al dezvoltării poartă încărcătura a ceea ce s-a întâmplat înainte. Prin urmare, caracteristicile şi

comportamentele adolescentului sunt puternic influenţate de experienţele de viaţă timpurii. Deşi nu au rol determinativ, experienţele de CAN pot influenţa modul în care adolescentul se adaptează la schimbările din această perioadă. Studiile din literatura de specialitate arată că există o mare eterogenitate a cazurilor CAN, precum şi a modului în care victimele reacţionează la CAN [145, 257]. Pentru unii adolescenţi, consecinţele pot fi severe, în timp ce alţii reuşesc să treacă mai uşor peste evenimentele negative şi se adaptează satisfăcător la mediul social [179]. Câţiva dintre factorii care pot influenţa apariţia şi intensitatea consecinţelor negative ale expunerii la CAN sunt: vârsta şi stadiul dezvoltării la care se află copilul la momentul expunerii la CAN; severitatea abuzului (durata şi frecvenţa); tipul abuzului/neglijării; măsura în care victima înţelege şi găseşte o semnificaţie pentru expunerea la CAN; relaţia victimei cu abuzatorul. Riscul consecinţelor negative poate creşte atunci când CAN este exercitat la o vârstă mică, în mod frecvent şi pe o perioadă mare de timp, de către o persoană importantă pentru copil.

Unele cercetări afirmă că pe termen lung, abuzul emoţional şi neglijarea pot avea consecinţe pe termen lung comparabile sau, pentru anumite domenii ale funcţionării, mai pronunţate decât cele asociate altor forme de maltratare. Meta-analizele şi studiile longitudinale au arătat că abuzul emoţional şi neglijarea sunt asociate cu o serie de consecinţe negative precum probleme de sănătate mintală (anxietate, depresie, tulburare de stres post-traumatică), performanţe cognitive scăzute, abandon şcolar şi probleme de sănătate fizică [11, 44, 219]. Din punct de vedere neurobiologic, abuzul şi neglijarea au un impact negativ asupra dezvoltării regiunilor din creier responsabile cu reglarea emoţiilor, funcţiile executive şi procesarea recompenselor, ceea ce conduce la întreruperi în dezvoltarea cognitivă, dificultăţi în recunoaşterea şi reglarea emoţiilor şi probleme sociale [44, 219].

Consecinţele expunerii la CAN se pot regăsi la nivel neurobiologic, fizic, cognitiv, psihosocial şi comportamental. La *nivel neurobiologic*, unele cercetări au evidenţiat asocieri între expunerea la CAN şi modificări ale structurii sau funcţionării unor regiuni cerebrale implicate în procesarea emoţiilor, reglarea răspunsului la stres şi funcţiile executive, precum amigdala, hipocampul şi cortexul prefrontal [103, 146]. Hipocampul, cortexul prefrontal şi amigdala au un rol-cheie în procesarea fricii, controlul răspunsului la stres şi dezvoltarea tulburărilor mintale precum anxietatea şi depresia. Axa HPA (hipotalamo-hipofizo-suprarenală), responsabilă cu gestionarea producţiei de cortizol (hormonul de stres al organismului) şi reglarea ciclului circadian, este afectată negativ de expunerea la evenimente adverse în primii ani de viaţă, putând duce la niveluri fluctuante de cortizol ce afectează organismul în ansamblu [42]. Amigdala, răspunzătoare cu stocarea amintirilor asociate cu evenimente încărcate emoţional, este puternic afectată de expunerea la CAN [103], putând duce la probleme de internalizare,

anxietate, reactivitate emoţională şi deficite în procesarea emoţiilor [156, 289, 311]. Regiuni specifice din cortexul prefrontal, cu rol important în reglarea emoţiilor şi luarea deciziilor, sunt şi ele afectate de expunerea la CAN [186].

La *nivel fizic*, cercetările s-au concentrat pe perioada adultă şi consecinţele expunerii la abuz şi neglijare în perioada copilăriei [134, 150]. Astfel, adulţii cu istoric de abuz şi neglijare raportează mai des probleme pulmonare şi digestive [261], probleme cu ficatul [90], inflamaţii [78], boli cardiovasculare [22], dureri cronice şi dizabilitate funcţională [51]. De asemenea, adulţii cu CAN utilizează mai frecvent serviciile medicale şi raportează că au o sănătate precară.

La *nivel cognitiv*, cercetătorii au investigat funcţiile executive, atenţia şi performanţa academică [159]. Funcţiile executive cel mai frecvent afectate de expunerea la CAN sunt memoria de lucru, inhibiţia, viteza de procesare a informaţiilor, rezolvarea de probleme, planificarea şi luarea deciziilor [25]. În adolescenţă, impactul expunerii la abuz şi neglijare este cel mai evident în sarcini care presupun flexibilitate cognitivă, atenţie distributivă, memoria de lucru şi planificarea sarcinilor, activităţilor şi a programului [259]. La adolescenţii cu vârsta de peste 12 ani, aflaţi în atenţia serviciilor de protecţie a copilului, 18.6% dintre cei cu istoric de CAN aveau diagnostic de ADHD, în comparaţie cu 5% dintre adolescenţii din populaţia generală [11, 166]. În studiul transversal, National Survey of Child and Adolescent Well-Being [13, 14], între 23% şi 65% dintre adolescenţii cu istoric de CAN au raportat întârzieri cognitive.

La *nivel psihosocial şi comportamental*, cercetările au evidenţiat efectele expunerii la CAN asupra dezvoltării ataşamentului, strategiilor de reglare emoţională şi a comportamentului. Abuzul şi neglijarea sunt experienţe sociale ce pot duce la scăderea încrederii în părinţi sau tutori legali, care manifestă comportamente violente sau nu sunt capabili să îşi protejeze şi îngrijească copiii. În consecinţă, adolescenţii pot manifesta probleme în formarea relaţiilor cu ceilalţi de teama de a nu fi răniţi, marginalizaţi sau abandonaţi. La nivel proximal, aceste probleme se manifestă sub forma unui ataşament insecurizant cu părinţii, dar efectele se pot observa şi la nivel de procesare a emoţiilor (ex. hipervigilenţă la feţele furioase), stil atribuţional (ex. asumpţia că ceilalţi le vor răul atunci când nu li se pot ghici intenţiile), dificultăţi în relaţiile cu covârstnicii (ex. victimă sau agresor în situaţii de violenţă, bullying) sau partenerii romantici [116].

Copiii dezvoltă *ataşament* securizant cu acei părinţi care îi îngrijesc şi manifestă empatie faţă de ei în momentele dificile emoţional. Atunci când părinţii nu răspund nevoilor copiilor sau sunt inconsistenţi în comportament, creşte probabilitatea formării unui ataşament evitant, dezorganizat sau anxios. Copiii şi adolescenţii care consideră că lumea înconjurătoare este periculoasă şi impredictibilă au adesea reacţii exacerbate la distres, sau dimpotrivă, pot părea neafectaţi, iar aceste tipare de răspuns disproporţionat la stres pot influenţa atenţia şi calitatea

interacţiunilor în contexte sociale [222, 223]. Pe măsură ce înaintează în vârstă, tiparele deficitare de răspuns la stres afectează dezvoltarea socială, emoţională şi cresc probabilitatea de apariţie a problemelor de sănătate mintală [210].

În ceea ce priveşte *reglarea emoţiilor*, părinţii sau persoanele cu care copiii au o relaţie de ataşament au un rol decisiv. Atunci când copiii îşi reglează emoţiile în mod eficient, aceştia reacţionează la provocări cu flexibilitate şi comportamente acceptabile social [173]. În cazul abuzului, adulţii sunt mai predispuşi să folosească comportamente violente sau să fie impredictibili, în timp ce la neglijare, adulţii nu reacţionează sau nu manifestă empatie faţă de experienţele emoţionale ale copilului [173]. Astfel, copiii şi adolescenţii în situaţie de CAN au un risc crescut spre a dezvolta strategii deficitare de reglare a emoţiilor [136], ce sunt relaţionate cu probleme comportamentale şi agresivitate [55], tulburări de internalizare şi externalizare [72, 73, 265] şi relaţii problematice cu covârstnicii [263].

Angajarea în *comportamente de risc* este o etapă normală în dezvoltarea identităţii adolescenţilor, prin experimentare şi încercarea de a dobândi autonomie asupra mediului în care trăiesc [171]. Adolescenţii cu istoric de CAN pot manifesta o nevoie mai intensă de a se afilia cu covârstnicii care, ca şi ei, au dificultăţi în reglarea emoţiilor şi comportamentelor şi sunt atraşi de comportamente de risc [239, 288]. Expunerea la evenimente traumatice este asociată cu *comportamente auto-distructive sau de risc* în adolescenţă precum: comportament sexual de risc, abuz de substanţe şi auto-vătămare [174, 294, 295]; încălcarea regulilor, delincvenţă juvenilă şi condus periculos [104]. Prin urmare, în DSM-5, între criteriile de diagnostic pentru Tulburarea de stres post-traumatică (PTSD), a fost inclus un simptom nou denumit „comportamente auto-distructive sau de risc", ce însumează comportamente precum *„condusul periculos, utilizarea excesivă a drogurilor sau a alcoolului, sau auto-vătămarea sau comportament suicidar"* (p. 275), *"comportament nechibzuit [care] poate duce la vătămarea sinelui sau a altora, căutarea de senzaţii tari sau comportament cu risc ridicat"* (p. 277). Expunerea la abuz sexual şi fizic creşte prevalenţa angajării în relaţii cu parteneri abuzivi şi revictimizarea sexuală, care pot conduce la abuz de substanţe şi autovătămare [38].

Problemele de sănătate mintală. Anterior au fost prezentate o serie de particularităţi neurobiologice, cognitive, emoţionale şi comportamentale asociate expunerii la abuz şi neglijare, care pot contribui la înţelegerea vulnerabilităţii adolescenţilor faţă de problemele de sănătate mintală. Adolescenţa este privită ca perioada critică pentru dezvoltarea tulburărilor de internalizare şi externalizare [175]. Studiile sugerează că între 14% şi 37% dintre adolescenţii maltrataţi au probleme de externalizare, precum agresivitate şi comportament opoziţionist, iar 11% au probleme de internalizare, precum depresie, anxietate şi acuze somatice [31, 223]. Stima

de sine scăzută, singurătatea şi izolarea socială au fost asociate semnificativ cu depresia şi tulburările de internalizare, dar şi cu tulburările de comportament şi de externalizare [15]. DeBellis [81] a propus că dificultăţile în reglarea comportamentelor şi emoţiilor pot duce atât la comportamente de externalizare (ex. furie, frustrare) şi de internalizare (ex. simptome de depresie) la acelaşi individ. În acord cu cercetările anterioare, rezultă că simptomele de internalizare şi externalizare se suprapun şi trebuie evaluate împreună la adolescenţii cu istoric de CAN.

Literatura este limitată în ceea ce priveşte diferenţele în manifestarea anumitor probleme mintale în funcţie de tipul de CAN, deoarece, adesea, copiii şi adolescenţii sunt expuşi la poli-victimizare. Abuzul fizic a fost mai frecvent asociat cu dificultăţi cognitive, motorii şi la nivelul limbajului expresiv şi receptiv [229]. Abuzul sexual a fost mai frecvent asociat cu deficite la nivel de atenţie, impulsivitate şi performanţe scăzute la teste verbale şi cognitive [228]. Neglijarea ar putea avea un efect mai pronunţat asupra dezvoltării faţă de celelalte forme de abuz, fiind relaţionată cu deficite cognitive şi academice severe, retragerea socială, interacţiuni limitate cu covârstnicii, probleme de internalizare [147].

Adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare. Rolul mediului şcolar în dezvoltarea copiilor şi adolescenţilor a fost cercetat extensiv în literatura de specialitate, cel mai frecvent termen utilizat fiind *climatul şcolar* [276]. Elementele climatului şcolar sunt relaţiile elev-profesor, aşteptările profesorului în privinţa elevilor şi luarea deciziilor în colaborare cu toţi participanţii la actul educaţional. Alt termen utilizat frecvent este *adaptarea şcolară*, un concept umbrelă pentru variabile precum prezenţa competenţelor pozitive la elevi (ex. realizări academice, învăţarea auto-reglată, prezenţa la şcoală) şi absenţa caracteristicilor negative [24, 297]. Altfel spus, *adaptarea şcolară* face referire la percepţiile adolescentului în privinţa performanţei academice, a satisfacţiei cu şcoala şi a stresului legat de sarcinile şcolare [75]. Un adolescent adaptat la mediul şcolar percepe că are o performanţă academică bună, mediul şcolar îi oferă satisfacţie şi sarcinile şcolare îi generează un nivel scăzut de stres. În prezenta cercetare, adaptarea şcolară este analizată în relaţie cu motivaţia academică şi dificultăţi de concentrare/atenţie, considerate aspecte relevante ale funcţionării adolescentului în mediul educaţional.

După cum reiese din sintetizarea cercetărilor prezentate anterior, expunerea la CAN a fost asociată, în mod constant, în literatură cu o serie de consecinţe negative la nivel biologic, cognitiv, psihosocial şi comportamental, care pot creşte probabilitatea apariţiei dificultăţilor de adaptare şcolară. Majoritatea studiilor s-au concentrat pe evaluarea realizărilor academice ale copiilor şi adolescenţilor expuşi la CAN, fiind însă mai puţin explorat rolul problemelor de

sănătate mintală în explicarea acestor dificultăţi.

Conform unei sinteze a literaturii realizată de Romano şi colab. [238]: băieţii raportează mai multe dificultăţi academice decât fetele, iar aceste dificultăţi sunt mai pregnante la adolescenţi comparativ cu copiii; copiii şi adolescenţii care au raportat neglijarea ca formă principală de abuz şi cei ce au fost expuşi la mai multe tipuri de abuz au raportat mai multe dificultăţi academice; experienţa de CAN a fost corelată cu note mai mici, repetenţie, performanţă şcolară precară, întârzieri cognitive, de limbaj şi o frecvenţă mai mare a referirilor spre instituţii de educaţie specială. De asemenea, între 40% şi 80% dintre copiii şi adolescenţii expuşi la CAN au raportat şi tulburări mintale (hiperactivitate sau neatenţie, depresie sau anxietate, probleme de comportament, agresivitate şi distres emoţional). Cu toate acestea, în literatura de specialitate au fost identificate mai puţine cercetări care integrează sistematic prezenţa problemelor de sănătate mintală în evaluarea impactului expunerii la experienţe de CAN asupra performanţei şi adaptării şcolare. Această direcţie de investigare prezintă relevanţă pentru prezenta teză, care urmăreşte analiza asocierilor dintre aceste variabile.

1.3. Implicarea cadrelor didactice în adaptarea şcolară

Consecinţele abuzului însoţesc individul în toate mediile din care face parte, dar mai ales în mediul şcolar, unde adolescenţii îşi petrec majoritatea timpului şi care are un impact semnificativ asupra dezvoltării psihice [94]. Cu toate acestea, *nu se poate identifica un singur traseu de dezvoltare după experienţa de abuz.* Cercetările arată că există o variabilitate interindividuală ridicată în ceea ce priveşte manifestarea anumitor consecinţe ale abuzului şi că unele persoane, par să aibă o dezvoltare pozitivă. Mai exact, 20-30% dintre supravieţuitorii abuzului nu raportează distres psihologic ca urmare a experienţei de abuz [54]. Astfel, devine esenţială identificarea acelor factori protectori care diminuează impactul negativ pe care expunerea la CAN şi alte evenimente traumatice îl are asupra adaptării la mediul psiho-social în rândul copiilor şi adolescenţilor. Prin urmare, s-a folosit *Teoria rezilienţei* propusă de Ann Masten [194] şi *Teoria bio-ecologică* propusă de Urie Bronfenbrenner [40] pentru a conceptualiza factorii de risc şi de protecţie care pot apărea în situaţia de abuz şi neglijare şi ar putea să influenţeze şi adaptarea şcolară.

Teoria rezilienţei. Prin adoptarea acestei teorii se subliniază faptul că există întotdeauna oportunităţi pentru a susţine dezvoltarea pozitivă a adolescenţilor, chiar dacă aceştia au fost expuşi la abuz şi neglijare. Rezilienţa poate fi definită ca „*un proces dinamic care surprinde adaptarea pozitivă a individului în contextul expunerii la evenimente adverse semnificative"* [188, p. 543]. Rezilienţa nu este o trăsătură personală a unui individ, ci un produs al interacţiunii

între factori bio-psiho-sociali şi culturali, care determină răspunsul persoanelor la un eveniment traumatic [2, 258]. Se poate vorbi despre rezilienţă dacă sunt îndeplinite două condiţii: individul este expus la evenimente adverse semnificative (ex. CAN, violenţa domestică, dezastre naturale şi altele) şi are o adaptare pozitivă post-eveniment [188].

Teoria bio-ecologică, propusă de Bronfenbrenner [40], face parte din modelele socioecologice dezvoltate pentru a explica relaţia dinamică dintre factorii personali şi de mediu. Dezvoltarea individului este privită ca un proces care nu se bazează doar pe dezvoltarea biologică, ci și pe influenţa a patru sisteme, aflate într-o relaţie bidirecţională constantă: microsistem (individual), mezosistem (relaţional), exosistem (comunitate) și macrosistem (societate). În *microsistem* se află individul (inclusiv factorii biologici care ţin de ereditate) şi relaţiile cu familia, şcoala şi grupul de covârstnici. La nivelul acestui sistem se poate vorbi de trei componente importante și anume: activitățile la care individul participă, rolurile pe care și le asumă și relațiile interpersonale, ce vor deveni sisteme de referință pe tot parcursul vieții. Cea mai importantă relație este cea cu părinții și modul în care se face schimbul de putere, la etape diferite din dezvoltare, dar mai ales în adolescenţă. Dacă unul dintre părinți schimbă relația într-un mod negativ, automat și copilul este afectat în același sens, crescând probabilitatea de deteriorare a calităţii relaţiei părinte-copil. *Mezosistemul* face referire la mediul şi relaţiile extra-familiale (ex. relaţiile cu covârstnicii, cadre didactice şi alte persoane semnificative). În *exosistem,* individul nu este implicat personal, dar este afectat de ceea ce se petrece în jurul lui (ex. expunerea la sărăcie şi acte de violenţă în comunitate). Acest sistem este reprezentat de structuri locale precum școala, sistemul de sănătate și cel de comunicații. În ultimul sistem, *macrosistemul*, avem legile, obiceiurile și cultura. Acest model ne ajută să înțelegem mai bine relația dintre copil, familie, societate și expunerea la adversitate [47].

Integrarea celor două teorii, *teoria bio-ecologică* şi *teoria rezilienţei*, facilitează descrierea, într-un cadru integrat, a factorilor ce pot acţiona asupra dezvoltării adolescentului la nivel - individual, familial, comunitar şi cultural - care pot amplifica sau diminua consecinţele negative ale expunerii la CAN asupra adaptării şcolare. În literatura de specialitate aceşti factori sunt referiţi ca fiind factori de protecţie şi factori de risc [220, 252].

Factorii de risc pentru adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN. Factorii de risc sunt circumstanţe, caracteristici, condiţii, evenimente sau trăsături la nivel individual, familial, comunitar şi cultural care cresc probabilitatea ca o persoană să treacă prin evenimente adverse (ex. CAN, retraumatizarea, efecte negative ca urmare a expunerii la traumă). Printre factorii de risc cei mai studiaţi în literatură, care ar putea creşte prevalenţa şi impactul expunerii la CAN se numără: condiţii socio-economice precare, lipsa suportului social, istoric traumatic al

părinţilor şi apartenenţa la o minoritate sexuală [54, 197]; comunităţi violente şi periculoase, familii numeroase, părinţi cu depresie sau dependenţe de alcool/droguri, probleme de sănătate mintală sau fizică ale copilului [92, 160]. Toţi factorii enumeraţi pot creşte nivelul de stres parental şi implicit afectează relaţia părinte-copil [100]. În ceea ce priveşte adaptarea şcolară, pot fi consideraţi „factori de risc" şi: 1) revictimizarea în mediul şcolar prin bullying, cyberbullying şi alte acte de violenţă; 2) motivaţia scăzută pentru învăţare; 3) dificultăţi de concentrare şi atenţie.

Stresul parental este considerat unul dintre factorii de risc relevanţi pentru apariţia şi perpetuarea comportamentelor de abuz şi neglijare asupra copiilor [235]. Stresul parental a fost definit ca: reacţii psihologice aversive la cerinţele impuse de parenting [79] sau un proces complex care conectează cerinţele parenting-ului, comportamentele şi starea de bine a părintelui, calitatea relaţiei părinte-copil şi adaptarea psihosocială a copilului [152]. Cercetările realizate până în prezent, au arătat că stresul parental: 1) se poate manifesta prin comportamente precum ignorarea nevoilor copiilor, tratamentul diferenţiat, strategii disciplinare ineficiente, restrictive şi punitive, control ridicat, accentul pe ordine şi obedienţă [108]; 2) a avut o asociere semnificativă cu tulburările mintale ale adolescenţilor (în special în cazul mamelor) [112, 114] şi influenţează dezvoltarea conceptului de sine [232]; 3) poate influenţa negativ modul în care copiii şi adolescenţii se adaptează după expunerea la evenimente traumatice sau situaţii noi cu potenţial aversiv (ex. pandemia de COVID-19); 4) a mediat relaţia dintre expunerea la violenţă şi tulburarea de stres posttraumatic la adolescenţi [34, 249]; 5) corelează pozitiv cu tulburările de externalizare ale adolescenţilor [304]; 6) este influenţat de factori situaţionali, factori parentali şi factori care ţin de copil [102]; 7) duce la deteriorarea sănătăţii mintale, a stării de bine, dar şi a relaţiei cu copiii şi adolescenţii [253]. Părinţii raportează că perioada adolescenţei este mai dificilă decât celelalte stadii de dezvoltare, fapt atribuit numărului mare de conflicte părinte-copil, ce pot favoriza deteriorarea relaţiilor familiale [10]. Prezenţa unui istoric de CAN poate afecta negativ atât relaţia adolescent-părinte, cât şi adaptarea şcolară.

Un rol important în mobilizarea funcţiilor executive pentru finalizarea unei sarcini îl are auto-reglarea, care include şi menţinerea unui nivel optim al motivaţiei şi stimulării cognitive [87]. *Motivaţia* este un factor important ce poate influenţa îndeplinirea obiectivelor academice [32, 226], dar este prea puţin studiată în contextul expunerii la CAN. În unele cercetări se menţionează că expunerea la CAN poate duce la scăderea motivaţiei [238, 242], dar fără a indica o cercetare specifică care a analizat această afirmaţie. Într-un singur studiu s-a investigat legătura dintre motivaţia de a realiza un sport şi adaptarea psihologică la adolescenţii maltrataţi [235]. Studiile realizate cu adolescenţii fără istoric de CAN au arătat că schimbările biologice din

adolescenţă, la nivelul sistemelor de recompensă ale creierului, au impact şi asupra motivaţiei. Specific, adolescenţii preferă activităţile noi, interesante, riscante, promovate de grupul de egali şi percepute ca fiind recompensatoare [89]. Pe de altă parte, nivelul motivaţiei pentru învăţare, un predictor important al performanţei şcolare [300] şi persistenţei în învăţare, scade în adolescenţă [226, 299]. Alte cercetări au investigat corelatele motivaţiei intrinseci şi extrinseci şi au arătat că motivaţia intrinsecă este asociată cu creativitatea, strategii de coping adaptative, strategii de învăţare eficiente şi realizări academice, în timp ce motivaţia extrinsecă este asociată cu emoţii negative, strategii deficitare de coping şi realizări academice precare [267].

Expunerea la CAN întrerupe dezvoltarea normală a proceselor cognitive de bază precum concentrarea, memoria, limbajul, precum şi abilităţile de organizare ce i-ar ajuta pe adolescenţi să performeze în şcoală [96]. Toate aceste procese, în mod singular sau în combinaţie, pot creşte riscul pentru dificultăţi academice deoarece interferează cu capacitatea de a învăţa [238]. Mai mult, dificultăţile în ceea ce priveşte funcţiile executive şi concentrarea par să medieze parţial legătura dintre depresie şi dificultăţile de învăţare [55].

Bullying-ul, cyberbullying-ul şi actele de violenţă sunt fenomene comune în mediul şcolar, atingând un vârf de prevalenţă în perioada adolescenţei [77]. Studiile internaţionale indică faptul că aproximativ 20-25% dintre elevii cu vârsta între 12 şi 18 ani sunt implicaţi în forme de bullying, fie ca victime, agresori sau martori [216]. Cercetările au evidenţiat o asociere pozitivă între expunerea la violenţă domestică şi bullying, atât în rolul de agresor, cât şi în cel de victimă [179]. De asemenea, comportamentele parentale negative, inclusiv abuzul şi neglijarea, s-au corelat semnificativ cu ambele roluri, efectele fiind mici spre moderate pentru bullying-agresor (Hedge g: 0.10-0.31) şi moderate pentru bullying-victimă (Hedge g: 0.13-0.68) [184].

Adolescenţii expuşi la neglijare sunt mai predispuşi să devină victime ale bullying-ului [150], iar cei care au experimentat abuz fizic [187], sexual [151] şi emoţional manifestă o probabilitate mai mare de a adopta comportamentul de agresor. Totodată, cyberbullying-ul a fost asociat cu expunerea la abuz fizic şi sexual [153]. Unele cercetări recente, însă, nu au identificat relaţii semnificative între experienţele de CAN şi implicarea ulterioară în bullying, sugerând că factorii contextuali (cum ar fi: suportul social, autoreglarea emoţională sau climatul şcolar) pot media aceste asocieri [262]. De exemplu, o cercetare a evidenţiat că copiii sunt mai predispuşi să adopte comportamente agresive dacă sunt umiliţi, respinşi sau încearcă să evite să fie răniţi [73].

Rezultatele studiilor care au analizat rolul bullying-ului în relaţia dintre expunerea la CAN şi consecinţele psiho-socio-emoţionale ale acestora sunt neconcludente. Unele cercetări au arătat că implicarea în bullying, în calitate de agresor, explică legătura dintre expunerea la violenţă în familie şi comportamentul de consum de substanţe la băieţi, dar nu şi la fete [100].

Alte studii nu au identificat un efect semnificativ al comportamentului de agresor în relaţia dintre expunerea la abuz fizic sau emoţional şi anxietate sau depresie [85]. Într-un studiu longitudinal, elaborat de Hebert şi colab. [145], implicarea în bullying, în calitate de victimă, a explicat relaţia dintre expunerea la abuz sexual şi apariţia problemelor de sănătate mintală la ambele genuri, dar studiul realizat de Min [207] a arătat un efect semnificativ doar la fete.

Prin urmare, rezultatele mixte obţinute până în prezent subliniază necesitatea de a investiga mai aprofundat rolul pe care îl poate avea implicarea în bullying în relaţia dintre expunerea la CAN şi problemele de sănătate mintală, dar şi în alte domenii ale vieţii şcolare, cum ar fi performanţa academică şi adaptarea şcolară [284].

Factorii de protecţie pentru adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN. Factorii de protecţie sunt caracteristici, condiţii sau evenimente care promovează dezvoltarea sănătoasă şi reduc riscul apariţiei tulburărilor sau a altor consecinţe negative. Studiile susţin că factorul de protecţie, cu impactul cel mai mare asupra rezilienţei copiilor şi adolescenţilor, este prezenţa unei relaţii stabile, afective şi responsive cu un adult [215]. O astfel de relaţie ajută la restaurarea sentimentelor de siguranţă, predictibilitate şi control; îi poate proteja de re-traumatizare; îi poate ajuta să dobândească strategii de reglare emoţională şi comportamentală eficiente şi să îşi vindece rănile lăsate de traumă [20, 33] şi poate reduce frecvenţa adoptării unor comportamente de risc, precum consumul de alcool [126].

Literatura de specialitate [3] prezintă trei factori protectori care pot creşte rezilienţa în urma expunerii la CAN: un mediu familial stabil, relaţii suportive cu familia şi trăsături de personalitate care susţin dobândirea unor abilităţi sociale. Specific, la nivel individual, factorii protectivi identificaţi sunt trăsăturile de personalitate (ex. stimă de sine crescută, locus de control intern, atribuirea externă a vinei în anumite situaţii, asocierea succesului cu efortul propriu); genul şi abilităţile sociale. La nivel familial, factorii protectivi sunt: un mediu familial sigur şi armonios, schimbări pozitive în dinamica familiei (ex. prin intervenţii specializate) şi relaţii suportive la momentul producerii abuzului. Suportul social din partea covârstnicilor, structura riguroasă a activităţilor de la şcoală şi orientarea pozitivă spre viitor sunt alţi factori care au prezis rezilienţa în cazul fetelor abuzate sexual [95]. Alţi factori protectori sunt relaţiile de suport stabile cu membrii din afara familiei, cum ar fi cadrele didactice sau covârstnici [88, 160].

Suportul social oferit părinţilor reprezintă un factor important de protecţie împotriva abuzului şi neglijării copiilor. Numeroase cercetări au arătat că părinţii care beneficiază de un nivel ridicat de suport social tind să manifeste mai puţine comportamente abuzive faţă de copiii lor. Ajdukovic şi colaboratorii săi [5] au investigat efectul combinat al mai multor factori de risc – cum ar fi nivel scăzut al educaţiei mamei, nemulţumirea faţă de condiţiile de trai şi dificultăţile

financiare – şi au arătat că suportul social perceput reduce considerabil influenţa acestor factori asupra probabilităţii de perpetuare a abuzului şi neglijării asupra propriilor copii. De exemplu, mamele cu istoric de CAN, dar care au raportat un nivel ridicat al suportului social, prezentau un risc mai mic pentru a repeta comportamentele de abuz şi neglijare asupra copiilor [21, 217].

Un nivel ridicat al suportului social emoţional, caracterizat prin înţelegere, empatie şi disponibilitate din partea celor apropiaţi, a fost asociat cu o prevalenţă mai scăzută a abuzului fizic perpetuat de părinţi, efectul fiind mai pronunţat în cazul mamelor [230]. În cazul părinţilor care au fost abuzaţi în copilărie, o relaţie de cuplu stabilă şi afectuoasă, bazată pe comunicarea eficientă şi înţelegere, s-a asociat cu o probabilitate mai scăzută de a perpetua CAN [61].

De asemenea, alte cercetări au arătat că suportul emoţional oferit de prieteni (de exemplu, posibilitatea de a discuta despre griji şi temeri personale) este asociat cu o incidenţă mai mică a abuzului fizic [230]. Suportul din partea familiei (de exemplu, convingerea că familia te va susţine indiferent de situaţie) a fost asociat cu o frecvenţă mai redusă a CAN [193]. De asemenea, un studiu a evidenţiat că suportul social contribuie semnificativ la reducerea nivelului stresului parental [305].

Implicarea tatălui în activităţile zilnice ale copilului [180], cunoştinţele privind creşterea şi educarea copilului [29], aşteptările realiste privind comportamentul copilului la anumite vârste şi empatia faţă de copil [92] sunt alţi factori de protecţie investigaţi în unele studii.

Suportul social primit de adolescenţi a fost asociat cu o reducere a consecinţelor negative ca urmare a expunerii la CAN, fiind cel mai bine documentat factor de protecţie din literatură [3, 238]. Încă din perioada copilăriei şi până la începutul adolescenţei, suportul social din partea familiei este cel mai important, urmat de suportul social primit de la covârstnici [203]. Unele cercetări au arătat că există diferenţe de gen în ceea ce priveşte suportul social perceput [52, 83, 191], iar fetele par să dea dovadă de mai multă rezilienţă în perioada adolescenţei faţă de băieţi, ca urmare a experienţei de CAN [92, 298].

Suportul social din partea *părinţilor* are un rol important în procesul de adaptare şcolară a adolescenţilor, dar şi în tranziţia spre perioada adultă şi alegerea carierei [241]. Părinţii care recurg la comportamente de abuz şi neglijare sunt adesea mai puţin implicaţi în susţinerea dezvoltării abilităţilor academice ale copiilor [53, 299] şi nu oferă suficientă stimulare cognitivă pentru o evoluţie şcolară echilibrată [185].

În rândul adolescenţilor, lipsa de control asupra evenimentelor din viaţa de familie se poate reflecta în viaţa şcolară, manifestându-se prin scăderea motivaţiei pentru învăţare şi a implicării în realizarea sarcinilor şcolare [58]. Totodată, unele cercetări au arătat că prezenţa unei relaţii suportive cu unul dintre părinţi sau altă persoană semnificativă poate diminua efectele

negative ale expunerii la CAN asupra adaptării şcolare [17]. Cu toate acestea, un review al literaturii a arătat că efectele negative ale pedepsei corporale asupra dezvoltării copilului pot persista chiar şi atunci când există o relaţie de sprijin cu părinţii [123].

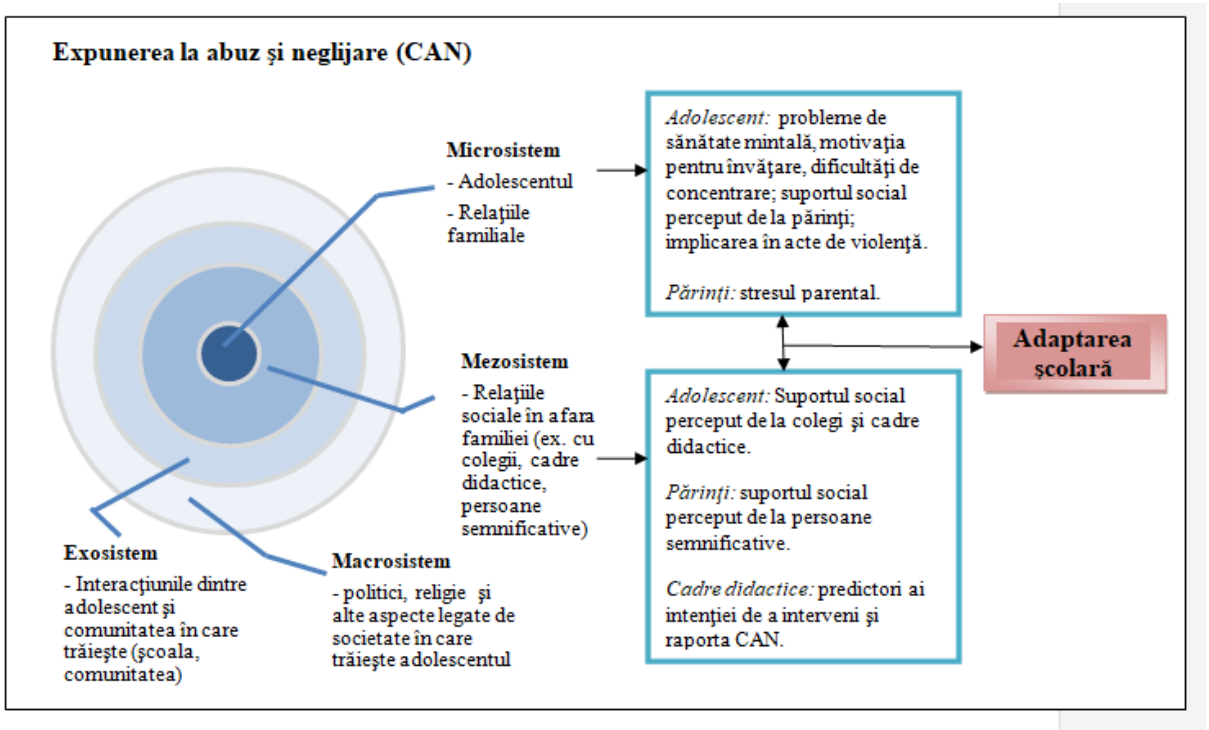
Suportul social primit din partea *covârstnicilor* devine tot mai important în adolescenţă, din nevoia de individualizare, autonomie şi construirea de relaţii bazate pe încredere şi intimitate. Cercetările au arătat că, în ceea ce priveşte adaptarea şcolară, suportul social primit de la colegii de clasă sau cunoştinţele din mediul şcolar pot avea o influenţă mai mare decât suportul primit de la prietenii apropiaţi [83]. Din punct de vedere social, adolescenții cu istoric de CAN au fost încadraţi în două categorii: adolescenţii retrași care participă puțin la interacțiunile sociale şi activităţile de grup [154] și adolescenţii care manifestă comportamente agresive față de covârstnici, cum ar fi bullying sau cyberbullying [250].

Studiile au evidenţiat că expunerea la abuz fizic şi sexual [231], precum şi neglijarea în mediul familial [37] sunt frecvent asociate cu respingerea şi marginalizarea din partea covârstnicilor [250]. Un studiu longitudinal realizat de Bolger şi Patterson [37] a arătat că eticheta de „copil respins” se menţine adesea din copilărie până în adolescenţă, în cazul ambelor genuri. Pe de altă parte, relaţiile pozitive cu covârstnicii pot avea un rol protector. De exemplu, un studiu longitudinal a arătat că adolescenţii care beneficiază de suport emoţional şi acceptare din partea prietenilor, între 15 şi 18 ani, prezintă mai puţine simptome de depresie la un an după încheierea studiului, comparativ cu adolescenţii din populația generală [59]. Mai mult, calitatea prieteniilor adolescenților cu istoric de CAN prezice starea de bine în perioada adultă [59]. Mai mult, adolescenţii care percep că au o relaţie bună cu covârstnicii, dar nu percep că primesc suport social de la cadrele didactice, au rezultate mai bune la şcoală faţă de cei care au conflicte cu covârstnicii [183].

Suportul social acordat de către *cadrele didactice* în copilărie şi adolescenţă corelează cu o mai bună funcţionare academică [53, 137]. O relaţie negativă educator-elev în perioada grădiniţei creşte probabilitatea ca elevul să manifeste dificultăţi academice şi de comportament mai târziu în şcoală [137]. Comportamentul pozitiv al cadrelor didactice generează un comportament pozitiv la elevi [65, 67, 276] sau mai puţine probleme comportamentale [135]. De asemenea, adolescenţii sunt mai predispuşi să vorbească despre experienţa de CAN cu acele cadre didactice în care au încredere şi percep că îi înţeleg [62, 70]. Cadrele didactice sunt cele mai în măsură să identifice dificultăţile cu care se confruntă elevii din clasele la care predau [48, 69, 247]. Astfel, suportul social din partea cadrelor didactice constituie un factor de protecţie important şi o pârghie de intervenţie în cazul adolescenţilor cu istoric de CAN, care sunt şi mai predispuşi la eşec şcolar [18].

Relaţiile cu covârstnicii şi cu cadrele didactice influenţează decisiv modul în care un adolescent percepe mediul şcolar. Într-un studiu în care au fost incluşi elevi de naţionalitate chineză şi americană, s-a arătat că acei elevi care percep că au mai mult suport social din partea cadrelor didactice şi a colegilor au stimă de sine mai crescută, note mai bune şi mai puţine simptome depresive [165]. Un mediu şcolar pozitiv contribuie la îmbunătăţirea performanţei academice a elevilor, în termeni de note, satisfacţie cu şcoala, atitudine pozitivă faţă de învăţare şi relaţionarea cu alţi elevi şi cadre didactice [218]. Elevii care se simt confortabil şi reuşesc să îndeplinească sarcinile şcolare raportează că sunt integraţi şi acceptaţi social în şcoală [46].

În cercetările realizate până în prezent, suportul social a fost abordat descriptiv, în studiile care au avut obiectivul de a descrie percepţiile persoanelor cu istoric de abuz [2, 4, 5] şi mai puţin ca moderator sau mediator [71, 148]. De asemenea, majoritatea cercetărilor s-au concentrat pe legătura dintre expunerea la abuz şi sănătatea mintală [105, 206] şi mai puţin pe rolul suportului social în adaptarea şcolară a persoanelor cu istoric de CAN [238]. Având în vedere rolul important pe care suportul social îl poate avea pentru adolescenţii cu istoric de CAN şi nu numai, în această teză s-a explorat măsura în care suportul social perceput (de la părinţi, cadre didactice şi colegi) poate fi considerat un factor de protecţie.



Figură 1.1 Modelul conceptual al factorilor ce pot influenţa adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN

În urma parcurgerii literaturii de specialitate şi a identificării ariilor care sunt investigate insuficient de cercetările realizate până în prezent, s-au preluat conceptele ce au fost folosite şi analizate în această cercetare (Fig. 1.1). După cum a reieşit din recenzia literaturii, efectele

expunerii la CAN se manifestă la toate nivelurile surprinse de teoria bio-ecologică. În această teză s-a luat în considerare prioritar elementele din microsistem şi mezosistem. Deşi exosistemul şi macrosistemul constituie contexte relevante pentru înţelegerea adaptării şcolare, influenţa acestora nu a fost evaluată direct în cadrul cercetării.

Adaptarea şcolară a adolescenţilor poate fi influenţată de o serie de factori care ţin de consecinţele expunerii la abuz şi neglijare (probleme de sănătate mintală, motivaţia pentru învăţare, dificultăţi de concentrare/atenţie, implicarea în acte de violenţă) şi pot fi exacerbate de factorii care ţin de părinţi (stresul parental). Cu toate acestea, nu toţi adolescenţii cu istoric de CAN manifestă consecinţe negative, iar acest lucru se poate datora factorilor de protecţie, printre care se numără şi suportul social pe care adolescenţii percep că îl primesc de la părinţi, cadre didactice şi colegi. Deşi suportul social perceput nu măsoară cantitatea de suport pe care o primeşte o persoană, în unele cercetări s-a arătat că acest tip de suport are un impact mai mare în reducerea consecinţelor negative ale expunerii la evenimente traumatice [132]. Un alt factor de protecţie evaluat este suportul social perceput de către părinţi de la persoanele semnificative.

Implicarea cadrelor didactice în sprijinirea adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare poate fi analizată atât prin prisma suportului social perceput de elevi, cât şi prin disponibilitatea cadrelor didactice de a identifica şi sesiza situaţiile de abuz şi neglijare. Aceste dimensiuni surprind aspecte distincte ale implicării cadrelor didactice şi justifică investigarea lor complementară în prezenta cercetare.

Având în vedere că adaptarea şcolară este influenţată de modul în care cadrele didactice se raportează la adolescenţii cu istoric de CAN, s-au inclus în cercetare şi predictorii intenţiei de a interveni şi raporta CAN. Pentru a completa studiile realizate până în prezent [30, 105, 247, 279, 282], în această cercetare s-a folosit modelul teoretic al Teoriei Comportamentului Planificat (TCP), conform căruia intenţia de a raporta CAN este influenţată de atitudini, norme subiective şi control comportamental perceput [6, 106].

1.4. Metode de intervenţie validate ştiinţific ce pot fi implementate în mediul şcolar

Fenomenul de abuz şi neglijare a copilului (CAN) poate fi abordat în mediul şcolar prin implementarea unor *programe de consiliere educaţională sensibile la experienţele adverse (abuz şi neglijare)* trăite de către elevi. Rolul consilierului şcolar este esenţial în implementarea acestor programe, întrucât acesta deţine competenţele necesare pentru a recunoaşte semnele şi simptomele expunerii la CAN, poate elabora şi furniza materiale şi resurse educaţionale destinate cadrelor didactice [98, 205, 256, 293], poate orienta către specialişti externi şcolii pe acei elevi care manifestă dificultăţi severe, dar poate oferi şi suport emoţional şi profesional cadrelor

didactice care trebuie să gestioneze cazurile de CAN în activitatea didactică. În acord cu SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration) [268, 269], o şcoală este pregătită pentru a ajuta copiii cu istoric de CAN şi alte experienţe traumatice dacă: 1) cadrele didactice şi alte persoane care lucrează cu elevii au cunoştinţe solide despre ce constituie un eveniment traumatic şi modul în care consecinţele expunerii se pot manifesta în mediul şcolar [66]; 2) cadrele didactice şi alte persoane din mediul şcolar pot recunoaşte semnele şi simptomele expunerii la CAN [64, 65, 68]; 3) la nivel de şcoală este un interes real în a proiecta şi implementa programe şi strategii de care să beneficieze elevii expuşi la traumă; 4) se cunosc modalităţile prin care se poate evita retraumatizarea elevilor în mediul şcolar.

În literatura de specialitate [214, 221] sunt prezentate zece tipuri de abordări ale consecinţelor expunerii la experienţe adverse, abuz şi neglijare la copii şi adolescenţi. Acestea includ: terapiile cognitiv-comportamentale, intervenţiile bazate pe relaţii (inspirate din teoria ataşamentului), intervenţii sistemice, psihoeducaţia, intervenţii de grup, psihoterapie individuală, consilierea, mentorat prin covârstnici, modelele intensive de servicii şi terapiile bazate pe activităţi (artă, joc, interacţiunea cu animale). Dintre acestea, intervenţiile cognitiv-comportamentale au primit cel mai mare sprijin empiric, considerate a fi eficiente atât pe termen scurt, cât şi lung, fiind şi mai uşor acceptate de către beneficiari [70, 82, 86, 181, 270, 271, 272]. Concluziile unui review sistematic al intervenţiilor [190] au arătat rezultate favorabile pentru mai multe tipuri de intervenţie, însă eficienţa lor depinde de evaluarea amănunţită a fiecărui caz înainte de începerea intervenţiei, de caracteristicile abuzului sau neglijării, de nevoile actuale ale adolescentului şi de stadiul său de dezvoltare. De asemenea, se recomandă ca părinţii şi alte persoane din reţeaua socială a adolescentului să fie implicaţi activ în programul de intervenţie.

Programele de prevenţie pot fi implementate în mediul şcolar la trei niveluri: primar, secundar şi terţiar. *Programele de prevenţie primară* se adresează tuturor participanţilor la procesul educaţional şi urmăresc dobândirea de cunoştinţe şi dezvoltarea de abilităţi care pot creşte reziliența elevilor în faţa situaţiilor dificile sau a experienţelor adverse. Printre programele prezentate în literatura de specialitate se numără: Healthy Environments and Response to Trauma in School [88], Trauma-Skilled Schools Model [121], Student Success Skills [182], Ruler feeling words curriculum [39], INTEMO [45], Positive Attitude [57] şi altele. Activităţile implementate în aceste programe adresează patru seturi de abilităţi şi atitudini precum: 1) abilităţi cognitive şi metacognitive (cum ar fi stabilirea obiectivelor, monitorizarea progresului şi utilizarea unor strategii eficiente de învăţare); 2) abilităţi sociale (cum ar fi rezolvarea de probleme, ascultarea activă şi cooperarea în grup); 3) abilităţi de auto-management (cum ar fi reglarea atenţiei, a anxietăţii, a motivaţiei şi a furiei); 4) atitudini pozitive (cum ar fi optimismul

realist şi încrederea în propriile capacităţi).

Programele de prevenţie secundară se adresează elevilor care au fost expuşi la experienţe adverse, abuz sau neglijare şi care prezintă un risc crescut de a dezvolta dificultăţi emoţionale, comportamentale şi şcolare. Scopul acestor programe este de a identifica acei elevi vulnerabili şi de a le oferi sprijin psihopedagogic cu rolul de a diminua efectele negative ale experienţelor trăite şi de a consolida mecanismele de adaptare. Două programe s-au evidenţiat în literatura de specialitate, ca exemple de bune practici: Student Success Skills (SSS) Group Model [293] şi Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS) [162]. *Programul SSS* se bazează pe activităţi de grup care au obiectivul de a dezvolta abilităţile socio-emoţionale, capacitatea de autoreglare şi competenţele de învăţare eficientă. Activităţile incluse în program ajută elevii să-şi îmbunătăţească motivaţia academică şi atenţia, să folosească metode mai eficiente de gestionare a stresului, să construiască şi să menţină relaţii sociale satisfăcătoare cu colegii şi cadrele didactice. *Modelul CBITS* este unul dintre cele mai bine documentate programe la nivel internaţional, destinat elevilor cu vârste între 11 şi 15 ani, expuşi la experienţe adverse sau situaţii cu un nivel ridicat de stres. Programul include intervenţii individuale şi de grup pentru elevi, dar şi module educaţionale pentru cadrele didactice şi părinţi. Principiile care au stta la baza programului sunt cele ale consilierii cognitiv-comportamentale şi au ca scop reducerea simptomelor de anxietate şi depresie, îmbunătăţirea autoreglării emoţionale şi a relaţiilor sociale, precum şi creşterea adaptării şcolare. Ambele tipuri de programe, *SSS* şi *CBITS*, pot contribui semnificativ la crearea unui climat şcolar suportiv, la dezvoltarea rezilienţei şi la prevenirea problemelor de sănătate mintală ce pot apărea în rândul adolescenţilor vulnerabili.

Programele de prevenţie terţiară se adresează elevilor care manifestă dificultăţi complexe la nivel emoţional, comportamental, social sau academic, ca urmare a expunerii la evenimente adverse, abuz sau neglijare. Aceste programe au ca scop reducerea severităţii simptomelor existente, prevenirea agravării problemelor de sănătate mintală şi facilitarea procesului de reintegrare socială şi şcolară a elevului afectat. În contextul şcolar, rolul consilierului şcolar este de a identifica nevoile elevului afectat, de a realiza evaluarea psihopedagogică iniţială, de a orienta elevul şi părinţii către servicii specializate din afara şcolii şi de a facilita colaborarea între elev, părinţi şi şcoală.

În literatura internaţională, modelele *Student Success Skills* (*SSS*) şi *Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools* (*CBITS*) şi-au demonstrat eficienţa în reducerea consecinţelor negative asupra adaptării şcolare a elevilor expuşi la evenimente adverse, însă cele două programe sunt derulate în mod tradiţional în format de grup. Totuşi, în contextul românesc, în special în comunităţile restrânse sau cele din mediul rural, aplicarea unui format de grup este

limitată de caracterul interpersonal închis al comunităţii, de bariere în menţinerea confidenţialităţii şi de reticenţa elevilor de a împărtăşi experienţele personale în faţa altora [99, 310]. În acest context socio-cultural, adaptarea programului la formatul individual de consiliere a fost necesară pentru a: 1) oferi elevilor un spaţiu sigur şi confidenţial, în care obiectivele intervenţiei au fost personalizate şi abordarea a fost specifică nevoilor psihopedagogice [63, 240]; 2) consolida, în mod natural, relaţia consilier-elev, considerată ca fiind un factor-cheie al eficienţei intervenţiei. Pe lângă raţiunile etice şi metodologice, originalitatea programului de intervenţie propus este susţinută şi de literatura de specialitate, din care s-au identificat câteva lacune ale cercetărilor realizate în domeniul educaţional din România, detaliate mai jos:

1) Majoritatea cercetărilor din România se concentrează pe prevenirea violenţei domestice sau a abuzului sexual, rareori abordează dimensiunea educaţională şi adaptarea şcolară a elevilor afectaţi de alte forme de abuz şi neglijare. De asemenea, nu există programe de consiliere şcolară validate empiric care să abordeze integrarea socio-educaţională şi dezvoltarea rezilienţei adolescenţilor cu istoric de CAN [63, 240].
2) Majoritatea modelelor se concentrează aproape exclusiv pe elev, fără a avea o componentă de formare pentru părinţi şi cadre didactice [63, 98, 225].
3) Modelele *SSS* şi *CBITS* nu au fost traduse, testate şi adaptate pentru mediul şcolar românesc [204, 240]. În prezenta cercetare, adaptarea unor componente din aceste programe reprezintă o contribuţie ştiinţifică originală, prin oferirea unui cadru metodologic compatibil cu realitatea socio-culturală şi instituţională a şcolii româneşti.
4) Fenomenul de bullying este studiat intens în România, dar programele existente se adresează populaţiei generale, fără a integra şi dimensiunea de abuz şi neglijare [49, 287].
5) Alinierea la standardele internaţionale privind *şcolile sensibile la experienţele adverse*: la nivel internaţional există o tendinţă consolidată de dezvoltare a şcolilor „*sensibile la experienţe adverse*”, dar nu a fost transpusă în politicile educaţionale româneşti actuale.

Având în vedere argumentele teoretice, empirice şi contextuale prezentate anterior, se poate concluziona că elaborarea unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională adaptat contextului socio-cultural şi educaţional românesc răspunde unei nevoi reale identificate în literatura de specialitate şi practica educaţională. Programul dezvoltat în cadrul acestei teze valorifică principiile consilierii cognitiv-comportamentale şi ale abordărilor sensibile la experienţele adverse, fiind structurat pentru a fi implementat de către consilierii şcolari în mediul şcolar, în strânsă colaborare cu părinţii elevilor vulnerabili şi cadrele didactice.

Din datele ştiinţifice prezentate anterior, am extras **problema ştiinţifică,** care constă în următoarele întrebări de cercetare: 1) Care sunt factorii de risc şi de protecţie care pot explica

diferenţele în adaptarea şcolară între adolescenţii cu istoric de abuz şi neglijare şi cei fără istoric? 2) Care sunt variabilele psihosociale care pot influenţa intenţia cadrelor didactice de a se implica activ în prevenirea, identificarea şi raportarea cazurilor de abuz şi neglijare întâlnite în şcoală? 3) Cum pot stresul parental și suportul social perceput de către părinţi influența adaptarea școlară a adolescenților cu istoric de abuz și neglijare? 4) Care ar fi cele mai relevante strategii şi metode ce ar trebui incluse într-un program multinivelar de consiliere psihoeducaţională, destinat gestionării consecinţelor negative ale expunerii la abuz şi neglijare manifestate de către adolescenţi?

Scopul cercetării a constat în evaluarea factorilor de risc şi de protecţie de la nivel individual, familial şi şcolar implicaţi în adaptarea şcolară şi funcţionarea psihosocială a adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare, precum şi elaborarea, implementarea şi evaluarea preliminară a eficienţei unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională, adresat adolescenţilor, colegilor acestora, părinţilor şi cadrelor didactice, orientat spre reducerea consecinţelor negative ale expunerii la CAN şi consolidarea resurselor protective ale adolescenţilor, oferirea suportului social părinţilor, pregătirea şi determinarea cadrelor didactice de a se implica în prevenirea, identificarea şi raportarea cazurilor de abuz şi neglijare întâlnite în mediul şcolar.

Obiectivele cercetării:

- studierea aprofundată a literaturii de specialitate pentru a identifica temele de cercetare insuficient explorate și a variabilelor ce vor fi incluse şi studiate în cercetare;
- selectarea și adaptarea instrumentelor de evaluare a factorilor de risc și de protecție de la nivel individual, familial și școlar relevanţi pentru adaptarea școlară a adolescenților cu istoric de CAN;
- investigarea relațiilor dintre stresul parental, suportul social perceput de către părinţi, experienţele de CAN, funcţionarea psihosocială şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN;
- identificarea factorilor asociaţi intenţiei cadrelor didactice de a interveni şi raporta CAN;
- elaborarea, implementarea și evaluarea preliminară a eficienţei unui program multinivelar de consiliere psihoeducaţională destinat adolescenților, părinților, colegilor și cadrelor didactice;
- formularea unor recomandări pentru valorificarea practică a rezultatelor cercetării.

Ipoteza generală a cercetării: presupunem că adaptarea școlară şi funcţionarea psihosocială a adolescenților cu istoric de abuz și neglijare sunt influenţate de interacţiunea dintre factorii de risc şi de protecţie de la nivel individual, familial şi şcolar, şi că un program

multinivelar de consiliere psihoeducaţională, elaborat în baza evaluării caracteristicilor adolescenţilor, a stresului parental şi a suportului social perceput de către părinţi, precum şi a factorilor care influenţează intenţia cadrelor didactice de a se implica în gestionarea cazurilor de CAN, va contribui la reducerea consecinţelor negative ale expunerii la CAN şi la îmbunătăţirea adaptării şcolare a adolescenţilor

1.5. Concluzii la Capitolul 1

Următoarele concluzii au fost extrase ca urmare a studierii cercetărilor de referinţă:

1. Abuzul şi neglijarea reprezintă o temă de actualitate în cercetare la nivel mondial, inclusiv în România, unde prevalenţa este ridicată. Abuzul şi neglijarea apar adesea împreună, pot îmbrăca mai multe forme, sunt însoţite de o serie de semne şi simptome specifice şi generale şi de alte experienţe abuzive (ex. violenţă domestică).
2. Consecinţele expunerii la abuz şi neglijare se pot manifesta la orice vârstă, inclusiv în adolescenţă, când schimbările biologice sunt intense şi cresc presiunea şi aşteptările părinţilor şi ale cadrelor didactice pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor şcolare. Manifestarea şi intensitatea consecinţelor depind şi de alţi factori precum vârsta copilului la momentul expunerii, durata, frecvenţa şi tipul abuzului, dar şi de relaţia cu agresorul şi suportul primit ulterior de victimă.
3. În ceea ce priveşte adaptarea şcolară, adolescenţii cu istoric de CAN prezintă risc crescut de absenteism, performanţe şcolare scăzute, dificultăţi de concentrare şi atenţie, motivaţie academică redusă, dificultăţi de relaţionare cu cadrele didactice şi colegii şi un sentiment diminuat de apartenenţă la mediul şcolar. De, asemenea, expunerea la CAN a fost asociată cu apariţia unor comportamente de risc (abuz de substanţe, comportamente agresive, auto-vătămare) şi cu o probabilitate crescută de orientare către servicii de educaţie specială. Aceste dificultăţi se manifestă mai adesea în contextul unui climat şcolar rigid, nesigur sau lipsit de suport social, unde prezenţa conflictelor, marginalizării şi lipsei de empatie ajung să agraveze vulnerabilităţile adolescenţilor.
4. Consecinţele negative ale expunerii la CAN nu se manifestă în aceeaşi măsură la toţi adolescenţii, ci în dependenţă de diferiţi factori de risc şi de protecţie, care ţin de adolescent şi de mediul familial particular. În ceea ce priveşte adaptare şcolară, literatura de specialitate evidenţiază relevanţa unor variabile care ţin de adolescent (tipul de abuz, implicarea în bullying/cyberbullying, probleme de sănătate mintală, motivaţia academică scăzută şi dificultăţi de concentrare/atenţie) şi de mediul familial (stresul parental). Suportul social perceput din partea părinţilor, cadrelor didactice şi colegilor constituie un posibil factor de

protecţie. Revizuirea literaturii de specialitate a pus în lumină necesitatea investigării detaliate a relaţiilor dintre aceste variabile şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN.

5. Pe lângă suportul social pe care îl pot oferi adolescenţilor cu istoric de CAN, cadrele didactice pot contribui la identificarea, raportarea şi intervenţia în CAN. Implicarea acestora în cazurile de CAN ar trebui să aibă premisele unei minime pregătiri de specialitate pentru a evita revictimizarea adolescenţilor. În România lipsesc cercetări care să exploreze percepţia cadrelor didactice privind implicarea în CAN şi metodele de coping folosite de către cadrele didactice atunci când un copil le dezvăluie că este victimă a unei forme de abuz sau neglijare. Prin urmare, în cadrul acestei teze s-a evaluat intenţia cadrelor didactice de a se implica în cazurile de CAN cu scopul de a evidenţia elementele ce ar putea fi introduse în programele de formare profesională.
6. Şcoala este adesea primul context social semnificativ, în care pot fi observate semnele şi simptomele expunerii la CAN manifestate de către elevi, dar şi spaţiul în care se pot implementa strategii de sprijin pentru elevii vulnerabili. Consilierul şcolar deţine un rol important, fiind persoana care ar putea să: identifice semnele de abuz şi neglijare, ofere sprijin emoţional şi educaţional elevilor afectaţi, faciliteze colaborarea şcoală-familie-comunitate, contribuie la formarea cadrelor didactice în recunoaşterea şi gestionarea CAN. Cu toate acestea, cercetările din literatura românească au scos în evidenţă lipsa unor programe de formare şi a resurselor specifice pentru consilierii şcolari şi cadrele didactice, precum şi absenţa unor protocoale clare de intervenţie psihopedagogică dedicate elevilor expuşi la CAN.
7. Literatura internațională prezintă modele de intervenție fundamentate empiric, precum Student Success Skills (SSS) și Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS), care au evidențiat rezultate favorabile în domenii relevante pentru funcționarea psihosocială și școlară a elevilor. În literatura de specialitate analizată au fost identificate puține cercetări privind adaptarea și evaluarea unor asemenea intervenții în contextul școlar românesc, cu accent asupra adolescenților cu istoric de abuz și neglijare. Aceste constatări susțin oportunitatea elaborării și evaluării unui program multinivelar de consiliere psihoeducațională, care să valorifice principii cognitiv-comportamentale și abordări sensibile la experiențele adverse, prin activități adresate adolescenților, părinților și colegilor, precum și prin colaborarea cu cadrele didactice.

2. INVESTIGAREA FACTORILOR CE POT INFLUENŢA ADAPTAREA ŞCOLARĂ A ADOLESCENŢILOR CU ISTORIC DE ABUZ ŞI NEGLIJARE EMOŢIONALĂ

2.1. Scopul, obiectivele şi ipotezele studiului constatativ

Premisa care a stat la baza realizării acestei cercetări a fost că factorii de risc – precum probleme de sănătate mintală, implicarea în bullying-cyberbullying, motivaţia academică scăzută, dificultăţile de concentrare/atenţie şi stresul parental – alături de factorii de protecţie precum - suportul social perceput de adolescenţi din partea părinţilor, cadrelor didactice şi colegilor, precum şi suportul social pe care percep părinţii că îl primesc de la persoanele semnificative - influenţează adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN. Percepţia adolescenţilor asupra suportului social de la cele trei surse, în special de la cadrele didactice, a fost analizată ca variabilă esenţială care poate contribui la schimbarea, în mod pozitiv, a traiectoriei şcolare a adolescenţilor cu istoric de CAN, prin creşterea nivelului de adaptare şcolară şi reducerea riscului de apariţie a problemelor de sănătate mintală.

De asemenea, modul în care cadrele didactice se raportează la cazurile de CAN poate influenţa intenţia acestora de a interveni, de a sprijini adolescenţii-victime şi de a raporta cazurile care necesită atenţia autorităţilor competente. Investigarea factorilor care pot influenţa implicarea cadrelor didactice a fost un pas necesar în elaborarea programului de intervenţie ce a furnizat informaţii despre: 1) rolul factorilor socio-demografici în intenţia cadrelor didactice de a se implica în cazurile de CAN; 2) măsura în care atitudinile, controlul comportamental perceput, normele subiective, metodele de coping sunt relaţionate cu intenţia de a interveni şi raporta CAN; 3) stadiul actual al pregătirii profesionale a cadrelor didactice din România privind identificarea şi intervenţia în CAN.

În consecinţă, în cadrul acestui studiu constatativ, s-au analizat datele provenite de la trei eşantioane, unul format din adolescenţi, unul format din părinţii acestora şi unul format din cadre didactice. Scopul, obiectivele, ipotezele, instrumentele de măsură şi rezultatele cercetării constatative sunt detaliate pentru fiecare eşantion de date investigat.

Scopul acestei cercetări constatative a constat în investigarea factorilor psihosociali care pot influenţa adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN, prin analiza rolului factorilor de risc şi de protecţie în funcţionarea psihosocială a adolescenţilor, a modului în care suportul social perceput de către părinţi şi stresul parental contribuie la adaptarea şcolară şi identificarea variabilelor care pot prezice implicarea cadrelor didactice în prevenirea, identificarea şi raportarea cazurilor de CAN întâlnite în mediul şcolar.

Obiectivele cercetării experimentale constatative sunt următoarele:

1. Investigarea prevalenţei: a) expunerii la una sau mai multe forme de CAN în rândul adolescenţilor din eşantionul selectat; b) problemelor de sănătate mintală (probleme emoţionale, probleme comportamentale, probleme de hiperactivitate, probleme cu covârstnicii, anxietate/depresie, însingurare/depresie, acuze somatice, probleme sociale) şi a expunerii la bullying/cyberbullying (din postura de victimă şi agresor) şi bătăi, în funcţie de gen, tipul şi numărul de abuzuri raportate;
2. Evidenţierea: a) diferenţelor de gen în prevalenţa expunerii la CAN; b) rolului suportului social din partea părinţilor, cadrelor didactice şi colegilor în adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN; c) investigarea legăturii dintre expunerea la CAN şi prevalenţa problemelor de sănătate mintală raportate de către adolescenţi;
3. Explorarea diferenţelor în adaptarea şcolară, motivaţia academică scăzută și dificultăţi de concentrare/atenţie între adolescenţii cu istoric de CAN şi cei fără istoric;
4. Investigarea rolului de moderator al suportului social (de la părinţi, cadre didactice şi colegi) şi al genului, în relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară;
5. Investigarea rolului de mediator al variabilelor precum probleme de sănătate mintală, suport social perceput de la cele trei surse, expunerea la bullying/cyberbullying/bătăi, motivaţia academică scăzută şi dificultăţi de atenţie/concentrare în relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară;
6. Investigarea legăturii dintre suportul social perceput de către părinte, nivelul stresului parental şi variabilele evaluate la adolescenţi (expunerea la abuz şi neglijare, probleme de sănătate mintală, adaptarea şcolară, motivaţia academică scăzută şi dificultăţi de concentrare/atenţie);
7. Investigarea factorilor socio-demografici, cognitivi şi psihosociali (atitudini, norme subiective, control comportamental perceput, cunoştinţe şi strategii de coping) care pot influenţa intenţia cadrelor didactice de a se implica şi de a raporta CAN, conform cu Teoria Comportamentului Planificat (TCP), precum şi analiza diferenţelor existente între cadrele didactice din ciclul gimnazial, liceal şi consilierii şcolari.

Ipoteza generală a experimentului constatativ presupune că nivelul adaptării şcolare al adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare (CAN) este determinat de interacţiunea dintre factorii de risc (probleme de sănătate mintală, motivaţie academică scăzută, dificultăţi de concentrare/atenţie, implicarea în bullying/cyberbullying/acte de violenţă) şi factorii de protecţie (suportul social perceput din partea părinţilor, colegilor şi cadrelor didactice), precum şi de

nivelul stresului parental şi al suportului social perceput de către părinţi. Iar, intenţia cadrelor didactice de a se implica în cazurile de CAN este determinată de factori socio-demografici, atitudini, norme subiective, control comportamental perceput, cunoştinţe şi strategii de coping, conform cu Teoria Comportamentului Planificat.

Din ipoteza generală au rezultat următoarele **ipoteze operaţionale:**

a) Eşantionul format din adolescenţi

Ipoteza 1: Expunerea la abuz şi neglijare (CAN) şi caracteristicile acestuia (tipul, numărul de experienţe abuzive şi genul adolescentului) sunt asociate cu diferenţe semnificative în funcţionarea psihosocială şi adaptarea şcolară a adolescenţilor. Comparativ cu adolescenţii fără istoric de CAN, cei expuşi la CAN vor prezenta o implicare mai frecventă în bullying/cyberbullying şi acte de violenţă, mai multe probleme de sănătate mintală, niveluri mai scăzute ale suportului social perceput şi adaptării şcolare, precum şi scoruri mai ridicate la motivaţia academică scăzută şi dificultăţi de concentrare/atenţie.

Ipoteza 2: Suportul social perceput de la părinţi, cadre didactice, colegi şi genul vor modera, pe rând, relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară. Mai exact, asocierea dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară va fi semnificativ mai puternică în cazul adolescenţilor care raportează niveluri scăzute de suport social comparativ cu cei care raportează niveluri ridicate de suport social.

Ipoteza 3: Problemele de sănătate mintală, suportul social perceput de la cele trei surse, expunerea la bullying/ cyberbullying/ bătăi, motivaţia academică scăzută şi dificultăţi de atenţie/concentrare vor media legătura dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară. Mai exact, expunerea la CAN este asociată cu mai multe probleme de sănătate mintală, implicarea mai frecventă în bullying/cyberbullying/bătăi, motivaţie şcolară scăzută şi dificultăţi de concentrare/atenţie, care la rândul lor sunt asociate cu niveluri scăzute ale adaptării şcolare.

b) Eşantionul format din părinţi

Ipoteza 4: Stresul parental şi suportul social primit de către părinţi corelează cu expunerea adolescenţilor la CAN, implicarea în bullying/cyberbullying şi acte de violenţă în şcoală, probleme de sănătate mintală şi adaptarea şcolară a adolescenţilor.

c) Eşantionul format din cadre didactice

Ipoteza 5: Vor exista diferenţe statistic semnificative în funcţie de nivelul de învăţământ în ceea ce priveşte variabilele incluse în studiu şi metodele de coping utilizate de către cadrele didactice în situaţii de dezvăluire a CAN.

Ipoteza 6: Va exista o asociere semnificativă între variabilele socio-demografice, experienţa personală de CAN, participarea la programe de formare şi prezenţa sau lipsa raportării cazurilor de CAN.

Ipoteza 7: Participarea la programe de formare, experienţa în raportare CAN, cunoştinţele, atitudinile, normele subiective şi controlul comportamental perceput vor fi predictori semnificativi ai intenţiei de a raporta cazuri severe şi mai puţin severe de CAN.

Variabilele experimentului constatativ sunt:

1. *Variabile independente*: a) *adolescenţi*: expunerea la abuz (emoţional, fizic, sexual) şi neglijare emoţională; genul, vârsta, mediul de rezidenţă, numărul de fraţi, statutul socio-economic al familiei, status ocupaţional al părinţilor şi persoanele cu care locuieşte adolescentul; b) *părinţi:* gen, vârstă, statut marital, status ocupaţional, mediul de proveniență şi componenţa familiei; c) *cadre didactice:* gen, vârstă, statut marital, număr de copii, mediul de proveniență, mediul în care predă, ani de experienţă în învăţământ, nivelul la care predă cadrul didactic (gimnaziu, liceu, gimnaziu şi liceu, consilier şcolar);
2. *Variabile dependente*: a) *adolescenţi:* probleme emoţionale, probleme comportamentale, probleme de hiperactivitate, probleme cu covârstnicii, anxietate/depresie, însingurare/depresie, acuze somatice, probleme sociale, adaptarea şcolară, motivaţia academică scăzută şi dificultăţi de concentrare/atenţie, suport social perceput de la trei surse (cadre didactice, părinţi, colegi); b) *părinţi:* suport social perceput, nivelul de stres parental; c) *cadre didactice:* cunoştinţe, atitudini (creşterea copiilor, pedepsirea abuzatorilor, responsabilitatea profesională, realizare raport), norme subiective (directe, indirecte), control comportamental perceput (persoană, cadru didactic), intenţia de a raporta cazuri severe şi mai puţin severe de CAN.

2.2. Participanţi

Eşantion - adolescenţi. Cu ajutorul programului G*Power 3.1.9.2. s-a determinat, a priori, numărul de participanţi necesari pentru derularea analizelor statistice. În program s-a ales familia de teste F, testele statistice ANOVA cu efecte principale şi de interacţiune, mărimea medie a efectului ($f = 0.25$) şi probabilitatea de eroare $\alpha = 0.05$. În urma analizei a rezultat că este necesar un număr minim de 279 de subiecţi pentru un design ANOVA bifactorial 4X2, doar pentru testarea efectelor principale. În cadrul cercetării, datele brute au fost obţinute prin prelucrarea răspunsurilor pe care le-au oferit 326 de adolescenţi, elevi în clasele VII – IX: elevi de clasa a VII-a – 120/36.8%; elevi de clasa a VIII-a – 143/43.9%; elevi de clasa a IX-a –

63/19.3%. Dintre aceştia, 136 au fost băieţi (41.7%) şi 190 au fost fete (58.3%). Elevii aveau domiciliul în mediul rural (283/87%) şi mediul urban (43/13%). În momentul colectării datelor, vârsta adolescenţilor a fost cuprinsă între 13 ani şi 15 ani şi 5 luni, *Media (M)* = 13.98, *mediana (mdn)* = 13.85, *abatere standard (SD)* = 0.77. Elevii din clasele a IX-a erau toţi înscrişi în Învăţământ Profesional şi Tehnic, la specialitatea design vestimentar. Nu au fost selectaţi pentru a participa la cercetare elevii care aveau un Certificat de Orientare Şcolară (CES) - valabil la momentul colectării datelor şi cei care aveau un număr foarte mare de absenţe.

Date socio-demografice. În ceea ce priveşte persoanele cu care locuiesc adolescenţii, 236 (72.1%) locuiau cu mama şi tata, 54 (16.6%) locuiau doar cu mama, opt (2.5%) locuiau doar cu tata, nouă (2.8%) locuiau cu mama şi tatăl vitreg, un singur elev (0.3%) locuia cu mama vitregă şi tatăl, doi elevi (0.6%) locuiau doar cu bunicii, patru elevi (1.2%) locuiau cu prietenul/prietena, iar 12 elevi (3.7%) au refuzat să răspundă la această întrebare. În afară de adulţi, adolescenţii locuiau cu cel puţin un frate (48.2%) şi cel mult 13 fraţi (0.6%). De asemenea, 233 (71.5%) au declarat că provin din familii normale, 60 (18.4%) din familii monoparentale, un elev (0.3%) avea doar bunici şi 32 (9.8%) au refuzat să răspundă.

Din punct de vedere al statutului socio-economic, majoritatea elevilor au declarat că familia lor are un statut socio-economic mediu. Doar 168 (51.5%) dintre adolescenţi aveau ambii părinţi angajaţi, 75 (23%) aveau doar mama sau tatăl angajaţi şi la 83 dintre ei (25.5%) - părinţii nu aveau un loc de muncă stabil. Mai specific, 125 (38.3%) dintre mame şi 108 (33.1%) dintre taţi nu aveau un loc de muncă în momentul colectării datelor. Dintre părinţii care aveau un loc de muncă, 43 (13.1%) lucrau în străinătate.

Nu s-au identificat diferenţe semnificative statistic între adolescenţii cu istoric CAN şi cei fără istoric la variabilele socio-demografice. Mai specific, nu s-au găsit diferenţe în ceea ce priveşte locuinţa ($\chi^2(4, 314) = 8.94$, $p = 0.063$), structura familiei ($\chi^2(2, 294) = 5.45$, $p = 0.065$), situaţia părinţilor plecaţi în străinătate ($\chi^2(4, 326) = 3.60$, $p = 0.462$), numărul de fraţi ($\chi^2(10, 298) = 7.06$, $p = 0.720$), statut angajare părinţi ($\chi^2(2, 318) = 3.97$, $p = 0.137$) şi scorul la scala privind statutul socio-economic (FAS (III), $\chi^2(2, 309) = 2.51$, $p = 0.284$).

Eşantion – părinţi. A fost format din 275 de părinţi (253/92% femei şi 22/8% bărbaţi; 51 dintre părinţii adolescenţilor nu au completat chestionarele), cu vârsta cuprinsă între 28 şi 45 ani, *Media vârstei (M)* = 35.6, *mediana (mdn)* = 37.2, *abatere standard (SD)* = 2.38.

Eşantion - cadre didactice. Au participat 656 de cadre didactice (87.7% femei şi 12.3% bărbaţi, $M_{vârstă}$ = 44.09, $SD_{vârstă}$ = 8.45), care au completat în mod voluntar un chestionar în format online. Majoritatea participanţilor erau căsătoriţi (72.5%), aveau cel puţin un copil (75.9%), ultima şcoală absolvită era un program masteral (49.2%) şi lucrau la şcoli localizate în

nord-estul şi nord-vestul României (72.1% dintre şcoli au fost în mediul urban). În ceea ce priveşte experienţa în muncă, aceasta a variat între 3 luni şi 25 de ani vechime, majoritatea cadrelor didactice având peste 16 ani de experienţă în învăţământ (60.9%).

2.3. Procedura de colectare a datelor şi metodele cercetării

Eşantion - adolescenţi. Datele au fost colectate din populaţia şcolară, de la elevii din ciclul gimnazial şi profesional, care au răspuns la un protocol standardizat format din unsprezece chestionare, unele dintre ele având mai multe subscale. Adolescenţii au fost recrutaţi prin metoda eşantionării nealeatorii, însemnând că am împărţit chestionarele în şcolile la care am primit acces, la toţi elevii care au dorit să participe. După obţinerea acordului de participare din partea directorului şcolii, acordului verbal al diriginţilor şi elevilor, acordului scris al părinţilor, chestionarele au fost împărţite elevilor în timpul programului şcolar, în orele de dirigenţie şi educaţie socială. Elevilor li s-a comunicat scopul studiului fără a se menţiona variabilele implicate, că pot refuza să răspundă la anumite întrebări şi se pot retrage din studiu în orice moment. De asemenea, aceştia au fost asiguraţi de confidenţialitatea datelor. După ce elevii au terminat de completat chestionarele, le-au introdus într-un plic ce a fost sigilat. Pe parcursul completării, elevilor li s-a răspuns la întrebări şi li s-au oferit explicaţii despre semnificaţia anumitor itemi care au vizat înţelegerea instrucţiunilor, fără a influenţa răspunsurile. Dat fiind faptul că abuzul şi neglijarea sunt teme sensibile, elevilor li s-a vorbit despre modalităţile în care pot cere ajutor şi au fost sfătuiţi să apeleze la consilierul şcolar.

Eşantion – părinţi. Părinţii elevilor au avut două opţiuni de a completa chestionarele incluse în cercetare: un link cu chestionarul în format online (Google Forms) şi varianta scrisă a chestionarului într-un plic. Link-ul a fost disponibil timp de o lună, iar părinţii care au ales varianta pe hârtie au returnat chestionarele completate la cabinetul consilierului şcolar. Toate chestionarele completate au fost reţinute pentru a fi introduse în programul Statistical Package for the Social Science versiune 20 (SPSS), chiar dacă la unii itemi au existat răspunsuri lipsă.

Eşantion - cadre didactice. Pentru selectarea participanţilor s-a folosit baza de date a şcolilor publicată de către Ministerul Educaţiei şi Cercetării în anul 2020 şi grupurile de Facebook dedicate cadrelor didactice. Colectarea datelor s-a realizat cu ajutorul unui chestionar în format online, realizat în Google Forms. După ce s-au selectat şcolile şi grupurile de Facebook, pe adresa de e-mail oficială a şcolilor şi pe grupuri, s-a trimis/postat un mesaj care conţinea informaţii despre: scopul cercetării, conţinutul şi durata completării chestionarului şi link-ul de acces. În prima parte a chestionarului, cadrele didactice au citit acordul informat de participare, prelucrarea şi publicare a datelor şi au ales opţiunea DA/NU.

Metodele cercetării au constat dintr-un protocolul standardizat pentru ***adolescenţi*** format din unsprezece chestionare, dintre care două au fost construite de către autorul tezei, cu preluarea unor itemi din chestionarele deja folosite în literatură: 1) *chestionar date socio-demografice*; 2) *bullying, cyberbullying şi implicarea în bătăi* – construit în funcţie de modelele din literatura de specialitate şi legislaţia în vigoare. Şapte chestionare au fost identificate în literatura de specialitate: 1) *Statut socioeconomic al familiei* - Family affluence scale III (*FAS*); 2) *Expunerea la abuz emoţional, fizic, sexual* - Adverse Childhood Experiences-short form (*ACE-SF*); 3) *Expunerea la neglijare emoţională* - Trauma and Distress Scale (*TADS*); 4) *Screening probleme de sănătate mintală* - Strengths and Difficulties Questionnaire (*SDQ*); 5) *Suport social din partea părinţilor* - Multidimensional Scale of Perceived Social Support (*MSPSS*); 6*) Suport social din partea colegilor şi a cadrelor* didactice - Social support from teachers and colleagues (*SS-HBSC*); 7) *Adaptarea şcolară* - School Adjustment Scale (*SAS*). Două chestionare au fost achiziţionate cu licenţă: 1) *Chestionar de evaluare a strategiilor de învăţare şi a motivaţiei şcolare* (*SMALSI*), comercializat de Cognitrom; 2) *Sistemul Achenbach al evaluării bazate empiric* (*ASEBA*), comercializat de Romanian Psychological Testing Service.

Chestionar date socio-demografice (Tabel A1.1) – instrument elaborat de autor, cu includerea scalei Family affluence scale III (*FAS III*; [140]). *Scop chestionar:* măsurarea caracteristicilor socio-demografice şi a statutului socio-economic al familiei. Acest instrument a cuprins întrebări despre gen, vârstă, persoanele cu care locuiesc adolescenţii, numărul de fraţi şi surori şi statutul ocupaţional al părinţilor. Scala FAS III: are 6 itemi care indică bunurile sau condiţiile de trai ale familiei; răspunsurile la toţi itemii se adună pentru a realiza un scor total cu limitele intervalului 0-13, în care un scor mai mare indică un statut socio-economic ridicat [97]. Pentru scopul acestei cercetări, am delimitat primii 20% (scoruri 0-2) de la limita inferioară ca având un statut socio-economic scăzut, următorii 60% (scoruri 3-8) ca având un statut socio-economic mediu şi 20% (scoruri 9-13) până la limita superioară ca având statut socio-economic ridicat.

Chestionar privind expunerea la abuz şi neglijare emoţională - *Adverse Childhood Experience-short form (ACE-SF*; adaptare după Conflict Tactics Scale [266] şi Trauma and Distress Scale [243]). *Scop chestionar:* măsurarea expunerii la abuz emoţional, fizic şi sexual pe parcursul vieţii. Chestionarul a fost tradus şi adaptat pe populaţia din România în cadrul studiului internaţional HBSC (engl. Health Behaviour in School-aged Children, coordonat de Organizaţia Mondială a Sănătăţii) de către Meinck, Cosma, Mikton şi Băban [202]. Versiunea românească s-a dovedit a fi adecvată din punct de vedere lingvistic şi psihometric pentru a fi utilizată la adolescenţi [202]. Adolescenţii au răspuns la 13 itemi pe o scală Likert de 5 puncte, care a

măsurat frecvenţa apariţiei comportamentelor abuzive, în care: *1 = refuz să răspund, 2 = niciodată, 3 = o dată, 4 = de câteva ori* şi *5 - de mai multe ori* (Tabel A1.2). Pentru fiecare tip de abuz s-au creat variabile dihotomice unde: 0 = experienţa de abuz absentă (răspunsuri 2 şi 3 pentru itemii privind abuzul fizic şi emoţional; şi 2 pentru itemii privind abuzul sexual) şi 1 = experienţa de abuz prezentă (răspunsurile 4 şi 5 pentru itemii privind abuzul fizic şi emoţional; răspunsurile 3, 4 şi 5 pentru itemii privind abuzul sexual). Abuzul sexual a fost cotat diferit deoarece o singură experienţă de atingere cu conotaţie sexuală, încercare sau realizare a unui contact sexual este suficientă pentru a declara prezenţa experienţei abuzive. Rpăspunsul 1 (refuz să răspund) a fost tratat ca valoare lipsă. Dihotomizarea variabilelor ce măsoară expunerea la abuz este o practică comună în literatură [28, 50, 149]. Consistenţa internă a fost una bună, α Cronbach a fost de 0.68 pentru abuzul emoţional şi fizic şi 0.56 pentru abuzul sexual.

Neglijarea emoţională a fost măsurată cu cinci itemi preluaţi din chestionarul Trauma and Distress Scale (*TADS*; [243]) – autor Suzette Bonn. *Scop scală:* măsurarea expunerii la neglijare emoţională pe parcursul vieţii. Răspunsurile la itemi au fost cotate pe o scală Likert, unde 1 – niciodată şi 5 – aproape întotdeauna. Din cauza modului în care sunt formulate întrebările, la toate s-a reversat scorul înainte de a calcula un scor total. Am creat variabile dihotomice, unde 0 = fără neglijare emoţională (răspunsuri 1, 2 şi 3), iar 1 = cu neglijare emoţională (răspunsuri 4 şi 5).

Pentru a explora efectul aditiv al mai multor tipuri de abuz şi neglijare, am realizat un scor total al experienţelor de abuz (scor ACE), pe care l-am folosit pentru a împărţi eşantionul în patru grupuri unde: 0 = fără abuz; 1 = o singură formă de abuz; 2 = două forme de abuz; 3 = trei sau 4 forme de abuz. Acest scor compozit măsoară expunerea adolescenţilor la forme multiple de abuz pe parcursul vieţii până la momentul raportării.

Chestionar privind implicarea în bullying/cyberbullying şi bătăi. Am selectat itemi din Chestionarul *Olweus bully/victim questionnaire* [131], realizat de către Dan Olweus şi utilizat frecvent în cercetările româneşti - de exemplu, în teza de doctorat a Pop A. din 2019; articol Chipea şi Negru-Subţirică din 2021; precum şi în studiul HBSC (România şi Republica Moldova). *Scop chestionar*: evaluarea fenomenului de bullying (verbal, fizic, social) şi cyberbullying din poziţia de victimă/agresor. Adolescenţii au răspuns la 16 itemi (Tabel A1.3), cu variantele de răspuns cotate pe o scală de la 1 la 5, unde: *1 = niciodată, 2 = o dată sau de două ori, 3 = de două, trei ori pe lună, 4 = o dată pe săptămână, 5 = de câteva ori pe săptămână*. S-au recodat răspunsurile 1, 2 şi 3 cu 0 – însemnând bullying/cyberbullying absent, iar răspunsurile 4 şi 5 au fost cotate cu 1- însemnând bullying/cyberbullying prezent. S-a realizat un scor total prin adunarea răspunsurilor recodate, cu domeniul de variaţie 0-6 pentru bullying

(victimă sau agresor) şi 0-2 pentru cyberbullying (victimă sau agresor). O întrebare a chestionarului a evaluat gradul de implicare în bătăi în ultimele 6 luni (item: *„În ultimele 6 luni, de câte ori ai fost implicat/ă într-o bătaie?”*), cu variantele de răspuns: *0 – niciodată, 1 – o dată, 2 – de două ori, 3 – de trei ori, 4 – de patru sau mai multe ori*. Pentru această cercetare, scala a arătat proprietăţi psihometrice bune, coeficientul α Cronbach = 0.63.

Chestionare privind problemele de sănătate mintală. Primul chestionar utilizat a fost *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, elaborat de către Robert Goodman, validat şi adaptat pe populaţia din România de către mai mulţi cercetători printre care se numără şi Dobrescu S. şi Băban. A. (2011) [128, 129, 251]. *Scop chestionar*: screening-ul problemelor de sănătate mintală. Forma pentru adolescenţi, de auto-raport, cuprinde 25 de întrebări, câte 5 întrebări pentru fiecare dintre cele 5 scale, cu trei opţiuni de răspuns: *0 - nu este adevărat, 1 – mai mult sau mai puţin adevărat, 2 – adevărat în mod sigur* (Tabel A1.4). În acest studiu s-au folosit patru dintre cele cinci subscale, care au măsurat problemele emoţionale, problemele comportamentale, hiperactivitate/deficit de atenţie şi problemele de relaţionare cu covârstnicii. Elevii au trebuit să facă referire la simptomele pe care le-au avut în ultimele 6 luni (exemplu item: *„mă enervez foarte tare şi adesea îmi pierd controlul”*, *„mă foiesc încontinuu şi îmi mişc mâinile”*). Pentru fiecare scală s-a realizat un scor compozit prin însumarea răspunsurilor la itemii aferenţi, domeniul de variaţie fiind 0 - 10. Fiecare subscală a fost cotată în funcţie de severitate pe trei paliere: normal, subclinic şi clinic. Studiile realizate în România şi în străinătate, care au evaluat proprietăţile psihometrice ale chestionarului, au arătat că este un instrument bun pentru screening-ul problemelor de sănătate mintală la copii şi adolescenţi [128, 129, 218]. Pentru acest studiu, consistenţa internă a fost α = 0.74.

Al doilea chestionar utilizat a fost *Chestionarul de autoevaluare Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*, un instrument standardizat ce a fost adaptat în România sub coordonarea profesorului Anca Dobrean şi este comercializat de către Romanian Psychological Testing Services (Tabel A1.5). *Scop chestionar*: evaluarea competenţelor, a funcţionării adaptative şi a problemelor copiilor într-o manieră facilă şi eficientă. Cu ajutorul acestui instrument de măsură se pot face evaluări din trei surse: părinţi (CBCL 6-18 ani), profesori (TRF-*engl.* teacher report form) şi autoevaluare (YSR- *engl.* youth self report). În acest studiu s-a utilizat forma de auto-raport pentru adolescenţi, ASEBA-YSR, potrivită pentru vârsta cuprinsă între 11 şi 18 ani. Dintre subscalele de auto-raport s-au ales patru şi anume: anxietate/depresie (I), însingurare/depresie (II), acuze somatice (III), probleme sociale (IV) (Tabel A1.5). Adolescenţii au completat 34 de itemi, cu variante de răspuns *0 - fals*, *1 - întrucâtva adevărat sau uneori adevărat* şi *2 - foarte adevărat*. Scorurile totale pe subscale se

realizează prin adunarea răspunsurilor la toţi itemii, apoi se plasează într-o categorie în funcţie de gen şi intensitate (normal, subclinic, clinic). Un scor ridicat reprezintă un nivel crescut al simptomelor evaluate, reprezentând o afectare semnificativă a funcţionării sociale. Scorurile scalelor au fost analizate în funcţie de cele trei categorii (normal, subclinic şi clinic), dar şi în funcţie de media şi abaterea standard. Chestionarele au proprietăţi psihometrice foarte bune, coeficienţii α au fost între 0.71 - 0.84.

Suportul social din partea părinţilor, cadrelor didactice şi colegilor. *Scala multidimensională a suportului social perceput (engl. Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS*, [314]), versiunea tradusă şi validată în limba română de către Robu, Sandovici şi Ciudin (2011) [234]. *Scop chestionar:* măsurarea percepţiei subiective asupra disponibilităţii şi adecvării suportului social instrumental şi emoţional perceput de la părinţi. Pentru fiecare item, respondenţii au răspuns pe o scală Likert 1-7, unde *1 - dezacord foarte puternic* şi *7 - acord foarte puternic* (Tabel A1.6). Pentru acest studiu, un scor total a fost obţinut prin adunarea răspunsurilor la itemi (domeniul de variaţie posibil: 4-28). Scorurile mari au fost interpretate ca percepţia unui suport social ridicat din partea părinţilor. Scala are proprietăţi psihometrice bune, atât în termeni de validitate, cât şi de fidelitate. În ceea ce priveşte structura factorială, într-o cercetare realizată în România de către V. Robu, A. Sandovici şi M. Ciudin [234] s-a arătat că aproape toţi itemii au avut saturaţii ≥ 0.80 în factorii latenţi reprezentaţi de suportul social din partea familiei. Consistenţa internă pentru acest studiu a fost de $\alpha = 0.92$.

Pe lângă cele două tipuri de suport social menţionate anterior, în acest studiu s-au măsurat şi suportul social perceput de la colegii de clasă şi de la cadrele didactice (Tabel A1.7) cu două subscale dezvoltate în cadrul studiului *Health Behavior in School Aged Children (HBSC)*, adaptate şi validate în România de către Cosma, Băban, Blinka şi Ševčíková [60]. *Scop:* evaluarea suportului social perceput de la colegi (SSc) şi cadre didactice (SScd). Fiecare subscală a avut câte trei itemi, cu răspunsurile cotate pe o scală Likert de la 1 la 5, unde *1-dezacord total* şi *5-total de acord*, domeniul de variaţie fiind 3-15. Câteva studii de validare pentru aceste 2 scale au arătat că au proprietăţi psihometrice bune [280, 281]. Consistenţa internă pentru acest studiu a fost de $\alpha = 0.81$ pentru subscala SScd şi $\alpha = 0.75$ pentru subscala SSc.

Adaptarea şcolară a fost măsurată cu *Scala de Adaptare şcolară (engl. School adjustment scale - SAS)*, adaptată şi validată în România de către Băban, Pănescu & Balazsi [24]. *Scop chestionar:* chestionarul măsoară trei dimensiuni ale adaptării şcolare şi anume - performanţa academică, stresul legat de şcoală şi satisfacţia cu şcoala. Fiecare dintre aceste dimeniuni a fost măsurată cu ajutorul unui singur item cu răspunsuri cotate pe o scală Likert 1- 4, domeniul de variaţie 3-12 (Tabel A1.8). În acest studiu s-au cotat invers cei trei itemi şi apoi s-a

realizat un scor compozit, în care un scor mic arată *adaptare şcolară scăzută* (elevii percep că au performanţă şcolară scăzută, au o satisfacţie redusă cu şcoala şi un nivel ridicat de stres) şi un scor mare arată *adaptare şcolară ridicată* (elevii percep că au o performanţa şcolară ridicată, au o satisfacţie mare cu şcoala şi un nivel scăzut de stres). Alte cercetări care au folosit această scală au evidenţiat că are proprietăţi psihometrice bune şi poate fi folosită cu succes pentru a măsura adaptarea şcolară la vârsta adolescenţei [218, 286].

Motivaţia academică scăzută şi dificultăţi de concentrare/atenţie au fost evaluate cu *Chestionarul de evaluare a strategiilor de învăţare şi a motivaţiei şcolare (SMALSI)*, elaborat de Jerome M. Sattler şi Robert D. Hoge [246] şi adaptat pe populaţia din România de către compania Cognitrom, Cluj Napoca. *Scop chestionar*: autoevaluarea a 10 constructe principale asociate cu motivaţia academică şi cu strategiile de învăţare, 7 dintre acestea se axează pe punctele tari ale elevului, iar 3 vizează punctele slabe (Tabel A1.9). S-a utilizat forma chestionarului de autoraport pentru adolescenţi cu vârsta între 13-18 ani, din care am preluat două subscale: 1) *motivaţia academică scăzută (MOTSCA)* care evaluează lipsa unei motivaţii intrinseci a elevului de a se implica în diferite sarcini şcolare şi de a le finaliza cu succes; 2) *dificultăţi de concentrare/atenţie (DIFCON)* evaluează percepţia elevului despre propriile abilităţi de a participa activ la orele de curs şi la alte sarcini şcolare, de a-şi adapta nivelul de atenţie în funcţie de ceea ce i se cere să facă, de a-şi monitoriza atenţia acordată unei sarcini şi de a ignora eventualele elemente perturbatoare. La fiecare item, adolescenţii au ales una dintre variantele de răspuns disponibile: *N (niciodată), C (câteodată), D (deseori), A (aproape întotdeauna)*. Răspunsurile pot fi cotate manual sau cu ajutorul calculatorului, iar apoi sunt comparate cu o fişă de profil, care evidenţiază scorurile *T* şi rangul centilelor pe baza eşantionului de standardizare pentru fiecare formular în parte. În total, elevii au avut de completat răspunsurile la 34 de itemi, variaţia 0-51 pentru MOTSCA şi 0-51 pentru DIFCON. Proprietăţile psihometrice ale instrumentului sunt foarte bune, valorile coeficienţilor de consistenţă internă α Cronbach au fost de 0.83 (MOTSCA) şi 0.91 (DIFCON).

Protocolul pentru ***părinţi*** a constat din *două chestionare*, ce au măsurat suportul social perceput şi stresul parental: 1) *Scala multidimensională a suportului social perceput* (*MSPSS*; [314]); 2) *Parenting Stress Scale (PSS) – scala de stres parental* [26].

Chestionar suport social perceput - *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (*MSPSS*; [314]) versiunea în limba română, a fost utilizată pentru a măsura *percepţia părinţilor privind suportul social* pe care îl primesc de la familie, o persoană specială şi prieteni (Tabel A1.10). Pentru fiecare item, respondenţii au răspuns pe o scală Likert 1-7, unde *1 - dezacord foarte puternic* şi *7 - acord foarte puternic*. Un scor total al suportului social perceput a

fost obţinut prin adunarea răspunsurilor la toţi itemii (domeniul de variaţie posibil: 12-84), pe care l-am interpretat astfel: 12-35 – nivel scăzut; 36-60 – nivel mediu; 61-84 – nivel ridicat.

Chestionar nivel de stres parental - *Parenting Stress Scale (PSS)* [26], preluat din literatura de specialitate şi tradus pentru această cercetare (Tabel A1.11). *Scop chestionar*: măsurarea aspectelor pozitive şi provocărilor (ex. resurse limitate, flexibilitate redusă a programului) întâlnite de părinţi în relaţia cu copiii lor. Chestionarul cuprinde 18 itemi cu răspunsuri cotate pe o scală Likert de la *1- dezacord puternic* la *5 – acord puternic*. Un scor total se obţine prin însumarea răspunsurilor la itemi, după recodarea parţială a acestora, şi poate varia între 18 şi 90. Un scor mare reprezintă un nivel ridicat al stresului parental. În alte cercetări, acest chestionar a avut proprietăţi psihometrice bune [139, 313], iar pentru acest studiu $\alpha = 0.78$.

Protocolul pentru ***cadrele didactice*** a constat din *trei chestionare*:

Chestionar date socio-demografice - construit pentru scopul acestei teze şi a inclus datele următoare: genul, vârsta, statutul marital, mediul de provenienţă, numărul de copii, religia, ultima şcoală absolvită şi nivelul şcolii la care activează.

Scala Child Abuse Report Intention Scale (CARIS) este o scală dezvoltată de către Feng, Huang şi Wang [105], pentru cadrele didactice din învăţământ preşcolar. Scala a fost tradusă şi adaptată în prezenta teză, cu acordul scris al autorilor. *Scop chestionar:* măsurarea factorilor ce pot influenţa intenţia cadrelor didactice de a se implica şi raporta cazurile de abuz şi neglijare. Scala are şase secţiuni. Secţiunea unu cuprinde date socio-demografice, experienţa trecută cu privire la CAN (trei întrebări privind experienţa de raportare CAN, numărul de cazuri raportate, experienţa întâlnirii cu CAN fără raportare) şi participarea la programe de formare privind CAN. Secţiunea doi măsoară atitudinile cadrelor didactice privind metodele de disciplinare ale copiilor, pedepsirea abuzatorilor şi responsabilitatea profesională de a interveni şi raporta CAN. Secţiunea trei măsoară norme subiective directe şi indirecte. Secţiunea patru măsoară control comportamental perceput. Secţiunea cinci măsoară cunoştinţele privind CAN. În secţiunea şase au fost descrise opt situaţii de abuz şi neglijare asupra copiilor, patru cu o severitate mică şi patru cu o severitate mare (abuz sexual, abuz emoţional, abuz fizic şi neglijare). Pentru fiecare subscală s-a realizat un scor separat. Versiunea tradusă şi adaptată are o formă uşor diferită faţă de versiunea originală. Descrierea scalei şi procesul de traducere şi adaptare sunt prezentate la finalul Anexei 1.

Chestionar privind atitudinea asupra raportării abuzului şi neglijării dezvoltat de către Hawkins şi McCallum [141], din care s-au preluat trei subscale, ce au fost traduse şi adaptate în prezenta teză. *Scop subscale*: măsurarea metodelor de coping folosite de către cadrele didactice în cazul în care un copil dezvăluie că este victimă a abuzului şi/sau neglijării. Cele trei

subscale au făcut referire la trei metode de coping - coping-ul centrat pe copil (6 itemi), coping-ul informaţional (7 itemi) şi coping-ul personal (3 itemi). Răspunsurile la cele trei subscale au fost cotate pe o scală Likert de 5 puncte, în care 1 a reprezentat *dezacord puternic* şi 5 a reprezentat *acord puternic*. Un scor total pe subscale se obţine prin adunarea răspunsurilor la toţi itemii, domeniul de variaţie 3 – 35. În urma traducerii şi realizării analizelor factoriale, s-au obţinut patru subscale pentru versiunea românească detaliate la finalul Anexei 1.

2.4. Metode şi procedee pentru analiza statistică a datelor

Datele colectate de la adolescenţi şi părinţi. Analiza cantitativă a datelor a fost realizată cu ajutorul programului SPSS versiune 20 şi extensia PROCESS macro pentru SPSS, realizată de Andrew Hayes [142, 143, 144], în mai multe etape: examinarea datelor lipsă; evaluarea normalităţii distribuţiilor datelor la toate variabilele dependente incluse în cercetare (s-au folosit ca etalon valorile prag ± 2 pentru *skewness* şi *kurtosis* [84, 124]); realizarea analizelor statistice descriptive pentru fiecare variabilă implicată în studiu (medii, abateri standard, frecvenţe absolute şi relative, corelaţii, testul χ^2 de independenţă; transformarea în scoruri Z); analize de varianţă ANOVA bifactorială, urmate de testul post-hoc HSD (Honestly Significant Difference), testul post-hoc Sheffé sau teste t-independente (mărimea efectului a fost măsurată cu ajutorul indicatorului eta-pătrat parţial (ηp^2), care indică proporţia dintre variaţia asociată unui efect statistic, raportată la suma variaţiei atribuite efectul respectiv şi a variaţiei reziduale; se interpretează: efect mic - $\eta p^2 < 0.02$, efect mediu – $0.02 \leq \eta p^2 < 0.07$, efect mare - $\eta p^2 \geq 0.08$); analize de mediere şi moderare cu extensia PROCESS macro pentru SPSS (Modelul 3 pentru moderare moderată ([19; 117, p. 116]; Modelul 4 pentru medierea în paralel [142]).

Datele colectate de la cadrele didactice. Analiza cantitativă a datelor s-a realizat cu ajutorul programelor: SPSS v.20 şi Analysis of Moment Structures versiunea 20 (AMOS v.20). În prima etapă, analiza statistică s-a concentrat pe validarea chestionarelor prin analize factoriale exploratorii (AFE) şi analize factoriale confirmatorii (AFC). După adaptarea şi validarea instrumentelor de măsură, s-au analizat datele cu statistici descriptive şi explicative (frecvenţe absolute şi relative, teste $\chi 2$, medii, abateri standard, regresii ierarhice). Procedura de adaptare şi validare a chestionarelor este prezentată pe larg în Anexa 1.

2.5. Rezultatele cercetării experimentale constatative

În prima parte a acestui subcapitol sunt prezentate statistici descriptive (indicatori ai normalităţii datelor – *Skewness* şi *Kurtosis*, număr de itemi, interval posibil de scoruri, *M* şi *SD*) pentru chestionarele aplicate adolescenţilor, părinţilor şi cadrelor didactice. În a doua parte sunt

prezentate statistici descriptive şi inferenţiale privind diferenţele între grupuri, detaliate în funcţie de ipotezele de cercetare. Pentru fiecare instrument de măsură, utilizat în eşantionul adolescenţilor, s-au realizat comparaţii în funcţie de: prezenţa/absenţa abuzului (între grupul abuz/neglijare prezent-*AP* şi grupul abuz/neglijare absent-*AA*); tipul de abuz (între grupurile fără abuz, abuz emoţional, abuz fizic, abuz sexual, neglijare emoţională) şi gen; numărul de abuzuri raportate (între grupurile fără abuz, un tip de abuz, două tipuri abuz, trei sau patru tipuri abuz) şi gen. Datele colectate de la cadrele didactice au fost comparate în funcţie de nivelul la care profesează (gimnaziu, liceu, consilier şcolar).

Traducerea, adaptarea şi validarea chestionarelor aplicate cadrelor didactice. Chestionarul CARIS a fost obţinut de la autori împreună cu consimţământul scris privind traducerea, adaptarea şi folosirea acestuia în scop de cercetare. Pentru cel de-al doilea chestionar, propus Hawkins şi McCallum [141], nu a fost necesar un acord scris, chestionarul fiind disponibil online. Traducerea, adaptarea şi validarea chestionarelor, precum şi interpretarea subscalelor sunt detaliate la finalul Anexei 1. Fidelitatea instrumentului de evaluare a fost calculată cu ajutorul indicatorului consistenţei interne α Cronbach (valoarea acceptată fiind cuprinsă între 0.60 şi 0.70 pentru scalele care conţin un număr mic de itemi, între 3 şi 5 itemi [273]). În Tabel A1.12 sunt prezentate caracteristicile subscalelor.

Indicatori ai normalităţii distribuţiilor datelor. Rezultatele analizelor statistice descriptive au arătat că valoarea indicatorului de asimetrie (*skewness*) a fost cuprinsă între -1.68 (*MSPSS*) şi 1.09 (PSS), conform datelor prezentate în Tabelul 2.1. Distribuţiile variabilelor suport social din partea cadrelor didactice, suport social din partea colegilor şi adaptarea şcolară au fost asimetrice spre stânga (valori negative ale skewness-ului), ceea ce indică că adolescenţii au raportat scoruri mai mari la aceste variabile – deci percep un nivel ridicat de suport social şi o adaptare şcolară bună.

În schimb, pentru variabilele SDQ-hiperactivitate şi SMALSI-concentrare, distribuţia datelor a fost apropiată de cea normală, sugerând o variabilitate mai echilibrată a răspunsurilor. Valorile la skewness pentru restul distribuţiilor variabilelor au fost pozitive (asimetrie spre dreapta), ceea ce înseamnă că adolescenţii au raportat mai multe scoruri mici, sugerând o prevalenţă redusă a dificultăţilor evaluate de aceşti indicatori.

În ceea ce priveşte indicatorul de boltire (*kurtosis*), valorile distribuţiilor au fost cuprinse între –1.49 ($MSPSS_p$) şi 1.90 (MSPSS). Distribuţiile la SSc, SDQ-probleme emoţionale, SDQ-probleme de comportament, ASEBA-însingurare/depresie şi SAS au prezentat abateri neglijabile din punctul de vedere al parametrilor de boltire, ceea ce indică o distribuţie aproximativ normală a datelor. Valori uşor ridicate şi negative au avut distribuţiile variabilelor SDQ-probleme cu

covârstnicii, ASEBA-anxietate/depresie, ASEBA-acuze somatice, indicând distribuţii platicurtice (cu o boltire redusă, distribuţie uşor mai aplatizată). Tot distribuţii platicurtice, dar cu valori mai mari ale indicatorului kurtosis, au avut şi variabilele ASEBA-probleme sociale, MOTSCA şi DIFCON. Valori ridicate s-au înregistrat şi la distribuţiile la MSPSS şi SScd, indicând existenţa unor distribuţii leptocurtice (caracterizate printr-o concentraţie mai mare a valorilor în jurul mediei).

Tabel 2.1.Indicatori statistici descriptivi pentru verificarea normalităţii distribuţiilor variabilelor evaluate la adolescenţi şi părinţi

Scale	Subscale	N	M	SD	Min.	Max.	Skewness	Kurtosis
MSPSS, SSc, SScd	Suport social de la părinţi	324	23.61	6.76	4	28	-1.68	1.90
	Suport social cadre didactice	321	10.44	2.48	3	15	-0.62	0.88
	Suport social colegi	324	11.16	2.50	3	15	-0.45	-0.01
SDQ	Probleme emoţionale	324	3.04	2.47	0	10	0.75	-0.05
	Probleme comportament	324	2.78	1.76	0	8	0.76	0.17
	Probleme cu covârstnicii	324	2.61	1.92	0	9	0.59	-0.28
	Probleme de hiperactivitate	324	3.52	1.98	0	9	0.19	-0.52
ASEBA - YSR	Anxietate/Depresie	326	6.67	3.39	1	16	0.52	-0.33
	Însingurare/Depresie	326	6.25	3.25	0	15	0.72	-0.04
	Acuze somatice	326	4.60	5.11	0	18	0.90	-0.26
	Probleme sociale	326	4.85	4.04	0	16	0.61	-0.51
SMALSI	MOTSCA Motivaţie	324	15.01	6.97	2	28	0.31	-0.98
	DIFCON Concentrare	325	16.15	7.45	3	34	0.09	-1.05
Adaptarea şcolară (SAS)		325	8.14	1.92	3	12	-0.43	0.12
Stresul parental (PSS)		275	33.56	10.88	18	65	1.09	0.58
Suportul social perceput de părinţi ($MSPSS_p$)		275	44.07	17.41	18	75	0.23	-1.49

Notă: $N_{adolescenţi}$ = 326; $N_{părinţi}$ = 275, M = media, SD = abaterea standard, Min = minim, Max = Maxim

În concluzie, distribuţiile variabilelor incluse în cercetare nu au avut abateri semnificative, in termeni de *skewness* şi *kurtosis*, de la condiţia normalităţii. Prin urmare, datele au îndeplinit condiţiile necesare pentru aplicarea analizelor statistice multivariate (teste t, ANOVA, corelaţii Pearson, regresii liniare, analize de moderare şi mediere), utilizate pentru evaluarea relaţiilor dintre variabilele cercetării.

În ceea ce priveşte chestionarul CARIS-R, rezultatele analizelor statistice au arătat că valoarea indicatorului de asimetrie (*skewness*) a fost cuprinsă între -2.18 (atitudini-responsabilitate raport) şi 2.12 (atitudini - creştere copil), prezentate în Tabelul 2.2. La variabilele atitudini-pedepsirea abuzatorilor, responsabilitate raport, norme subiective directe şi indirecte, cele trei metode de coping (emoţional centrat pe elev, emoţional extern şi informaţional), distribuţia a fost asimetrică spre stânga (valori negative). Acest lucru indică faptul că majoritatea cadrelor didactice au raportat scoruri ridicate la aceste dimensiuni.

La variabilele control comportamental (persoană şi cadru didactic), cunoştinţe şi coping

personal, distribuţia datelor a fost mai aproape de o distribuţie normală. Valorile la skewness pentru restul distribuţiilor variabilelor au fost pozitive (asimetrie spre dreapta), ceea ce înseamnă s-au raportat mai multe scoruri mici, adică un grad mai redus de acord sau implicare în comportamentele investigate. Referitor la indicatorul de boltire (*kurtosis*), valorile distribuţiilor au fost cuprinse între –0.63 (control comportamental persoană) şi 1.84 (atitudinea privind creşterea copiilor).

Tabel 2.2 Indicatori statistici descriptivi pentru verificarea normalităţii distribuţiilor variabilelor evaluate la cadrele didactice

Scala CARIS-R/ Subscale		M	SD	Min.	Max.	Skewness	Kurtosis
Atitudini	Creştere copil	5.25	2.38	4	24	2.12	1.84
	Pedepsire abuzatori	24.21	5.09	9	30	-0.80	-0.15
	Responsabilitate raport	22.09	3.03	5	24	-2.18	1.69
	Realizare raport	10.79	3.53	4	18	0.06	-0.61
Norme	Subiective directe	4.15	0.97	1	5	-0.95	0.29
	Subiective indirecte	4.24	0.90	1	5	-1.09	0.74
Control comportamental	Persoană	12.87	3.59	4	20	0.01	-0.63
	Cadru didactic	17.97	3.01	10	24	0.01	-0.57
Cunoştinţe		4.95	2.71	0	12	0.18	-0.51
Metode de coping	Emoţional centrat elev	14.12	1.38	6	15	-2.08	1.28
	Emoţional extern	20.62	3.11	9	25	-0.62	0.10
	Informaţional	21.37	3.51	9	25	-1.08	0.83
	Personal	9.11	3.16	3	15	0.01	-0.62

Notă: N = 656, M = media, SD = abaterea standard, Min = minim, Max = Maxim

Distribuţiile variabilelor - atitudini privind pedepsirea abuzatorilor, norme subiective directe şi coping emoţional extern - au abateri neglijabile de la valorile unei distribuţii normale. Valori uşor ridicate şi negative au avut distribuţiile variabilelor - atitudini realizare raport, control comportamental persoană şi cadru didactic, cunoştinţe şi coping personal. Valori mai ridicate şi pozitive s-au înregistrat pentru variabilele – atitudini creştere copil, atitudini responsabilitate raport şi coping emoţional centrat pe elev. În concluzie, distribuţiile variabilelor incluse în cercetare nu au avut abateri semnificative, in termeni de *skewness* şi *kurtosis*, de la condiţia normalităţii, prin urmare am folosit analize statistice multivariate.

În continuare vor fi prezentate rezultatele obţinute în urma analizelor statistice, în funcţie de instrumentele utilizate şi ipotezele de cercetare propuse.

Ipoteza 1: Expunerea la abuz şi neglijare (CAN) şi caracteristicile acestuia (tipul, numărul de experienţe abuzive şi genul adolescentului) sunt asociate cu diferenţe semnificative în funcţionarea psihosocială şi adaptarea şcolară a adolescenţilor. Comparativ cu adolescenţii

fără istoric de CAN, cei expuşi la CAN vor prezenta o implicare mai frecventă în bullying/cyberbullying şi acte de violenţă, mai multe probleme de sănătate mintală, niveluri mai scăzute ale suportului social perceput şi adaptării şcolare, precum şi scoruri mai ridicate la motivaţia academică scăzută şi dificultăţi de concentrare/atenţie.

Rezultatele la Chestionarul Adverse Childhood Experience (ACE-SF) şi subscala privind neglijarea emoţională din chestionarul Trauma and Distress Scale (TADS)

Scop: identificarea frecvenţei celor trei tipuri de abuz şi neglijare emoţională în eşantionul investigat.

Tabel 2.3 Frecvenţa celor trei tipuri de abuz şi neglijare emoţională în eşantion

Tipul de abuz[a]	Băieţi % (136)	Fete % (190)	Total (326)	χ^2
Abuz emoţional	**18.4 (25)**	**27.9 (53)**	**23.9 (78)**	**3.94***
Abuz fizic	28.7 (39)	22.1 (42)	24.8 (81)	1.83
Abuz sexual	8.8 (12)	8.9 (17)	9 (29)	.001
Neglijare	19.9 (27)	24.7 (47)	22.7 (74)	1.07
Numărul de abuzuri[b]				
0 Fără abuz	50.7 (69)	53.2 (101)	52.1 (170)	-
1 Abuz emoţional	**3.7 (5)**	**8.9 (17)**	**6.7 (22)**	**3.92***
Abuz fizic	**9.6 (13)**	**2.6 (5)**	**5.5 (18)**	**4.16***
Abuz sexual	3.7 (5)	1.6 (3)	2.5 (8)	1.51
Neglijare emoţională	11.8 (16)	10 (19)	10.7 (35)	0.31
1 Tip de abuz	28.7 (39)	23.2 (44)	25.4 (83)	0.93
2 Tipuri de abuz	15.4 (21)	14.2 (27)	14.7 (48)	0.15
3 sau 4 Tipuri de abuz	5.1 (7)	9.5 (18)	7.7 (25)	0.58

Tabelul 2.3 cuprinde, în prima parte, frecvenţa fiecărui tip de abuz pentru fete şi băieţi, fără a lua în calcul prezenţa concomitentă a mai multor tipuri de abuz. După cum se poate observa, abuzul emoţional, fizic şi neglijarea emoţională sunt cele mai frecvent raportate tipuri de abuz raportate. Fetele raportează mai des experienţa de abuz emoţional şi neglijare emoţională, cu diferenţe semnificative statistic de gen doar în cazul abuzului emoţional (rezultate scrise cu bold în tabel ($\chi^2(1, 326) = 3.94$, $p < 0.05$), indice de asociere mic (*V Cramer* = .11, $p = 0.042$). Băieţii tind să raporteze mai frecvent abuzul fizic, dar fără diferenţe semnificative statistic de gen ($\chi^2(1, 326) = 1.83$, $p = 0.176$).

În partea a doua din Tabelul 2.3 este prezentată şi frecvenţa mai multor tipuri de abuz la acelaşi individ. Se poate observa că peste jumătate dintre adolescenţi, 170 (52.1%), nu au raportat nici o experienţă de abuz, în timp ce 83 (25.4%) au raportat un singur tip de abuz, 48 (14.7%) au raportat două tipuri de abuz, iar 25 (7.6%) au raportat prezenţa a trei sau patru tipuri de abuz. Teste χ^2 de independenţă şi teste post-hoc Bonferroni au fost realizate pentru a vedea dacă sunt diferenţe semnificative statistic, între băieţi şi fete, în ceea ce priveşte raportarea mai

multor tipuri de abuz, dar rezultatele nu au atins semnificativitatea statistică. În ceea ce priveşte tipul de abuz, fetele raportează mai des decât băieţii prezenţa abuzului emoţional ($\chi^2(1, 326) = 3.92$, $p < 0.05$, indice de asociere mediu *V Cramer* = .12, $p = 0.039$), iar băieţii raportează mai des prezenţa abuzului fizic ($\chi^2(1, 326) = 4.16$, $p < 0.05$, indice de asociere mic *V Crame*r = .14, $p = 0.041$).

În ansamblu, rezultatele indică faptul că aproape jumătate dintre adolescenții investigați au raportat cel puțin una dintre formele de abuz și neglijare emoțională analizate. De asemenea, o parte dintre aceștia au raportat expunerea la mai multe tipuri de experiențe, ceea ce justifică examinarea ulterioară a asocierilor dintre numărul formelor de abuz și neglijare, funcționarea psihosocială și adaptarea școlară. Diferențele identificate în funcție de gen sugerează necesitatea analizării distincte a anumitor forme de expunere, fără a presupune însă că genul determină tipul experiențelor raportate.

Rezultatele pentru Chestionarul privind implicarea în bullying/cyberbullying şi bătăi

Scop: evaluarea frecvenţei implicării în bullying/cyberbullying şi acte de violenţă în mediul şcolar a adolescenţilor cu şi fără istoric de CAN, precum şi evidenţierea unor diferenţe în funcţie de prezenţa/absenţa abuzului, tipul de abuz şi gen.

Comparaţii între AP şi AA. Adolescenţii din grupul *AP* au raportat mai frecvent că sunt agresori ($t(324) = -3.06$, $p < 0.05$) şi victime ($t(321) = -2.44$, $p = 0.015$) în bullying; se implică mai frecvent în comportamente de cyberbullying prin mesaje ($t(321) = -2.54$, $p < 0.05$) şi prin poze ($t(318) = -2.62$, $p = 0.014$). Dar, nu s-au găsit diferenţe între grupul *AA* şi grupul *AP* în ceea ce priveşte implicarea în bătăi ($t(324) = -1.24$, $p = 0.231$) (vezi Tabelul 2.4).

Tabel 2.4 Rezultatele comparaţiilor AA vs AP la Chestionar – Implicarea în bullying/cyberbullying şi bătăi

Implicarea în acte de violenţă	Abuz/neglijare Absent (*AA*)			Abuz/neglijare Prezent (*AP*)			t	*p*
	M	*SD*	*95% CI*	*M*	*SD*	*95% CI*		
Bullying agresor	1.54	0.91	1.44-1.67	1.90	1.26	1.70-2.10	-3.06	< 0.05
Bullying victimă	1.35	0.84	1.23-1.48	1.61	1.01	1.45-1.77	-2.44	0.015
Cyberbullying mesaj	1.12	0.43	1.05-1.18	1.29	0.74	1.17-1.41	-2.54	<0.05
Cyberbullying poze	1.03	0.16	1.00-1.05	1.13	0.45	1.05-1.20	-2.62	0.014
Implicarea în bătăi	1.68	1.14	1.51-1.85	1.84	1.27	1.64-2.05	-1.24	0.231

Notă: Grupul *AA* a avut 170 de adolescenţi, iar grupul *AP* a avut 156 de adolescenţi.

Fetele din grupul *AP* au raportat mai frecvent decât fetele din grupul *AA* implicarea în bullying ca agresoare ($F(1, 188) = 12.11$, $p < 0.001$), în cyberbullying prin mesaje ($F(1, 186) = 5.03$, $p = 0.026$), poze ($F(1, 183) = 4.04$, $p = 0.046$) şi bătăi ($F(1, 188) = 4.83$, $p = 0.029$), dar fără rezultate semnificative în cazul implicării în bullying din postura de victimă ($F(1, 187) =$

2.54, p = 0.112), rezultate prezentate detaliat în Tabel A2.1. Altfel spus, în cazul fetelor, istoricul de CAN este asociat mai frecvent cu comportamente de bullying, cyberbullying şi violenţă fizică (bătăi), comparativ cu fetele fără astfel de experienţe. În ceea ce îi priveşte pe băieţi, prezenţa sau absenţa istoricului de CAN nu s-a asociat semnificativ cu implicarea în acte de bullying, cyberbullying şi bătăi în mediul şcolar.

Comparaţii în funcţie de tipul de abuz şi gen. În actele de bullying, din postura de agresor, au raportat scoruri semnificativ mai mari: fetele cu abuz emoţional (t(188) = -2,33, p < 0.05), abuz fizic (t(188) = -3.93, p < 0.001) şi neglijare emoţională (t(188) = -2.62, p < 0.05). Fetele ce au raportat experienţa de neglijarea emoţională au raportat mai frecvent şi implicarea în bullying din postura de victimă (t(188) = -2.19, p < 0.05). La cyberbullying prin poze au raportat scoruri semnificativ mai mari fetele cu abuz emoţional (t(188) = -2.10, p < 0.05), dar şi cele cu abuz sexual (t(188) = -3.13, p < 0.05). Implicarea în bătăi a fost raportată mai frecvent de fetele cu abuz emoţional (t(188) = -2.06, p < 0.05) şi cele cu abuz fizic (t(188) = -2.43, p < 0.05). Rezultatele prezentate sunt detaliate în Tabelele A2.3 - A2.6, sugerează că anumite forme de abuz şi neglijare sunt asociate cu o implicare mai ridicată în comportamente agresive şi experienţe de victimizare în rândul fetelor. Abuzul emoţional şi cel fizic prezintă asocieri cu mai multe dintre comportamentele investigate, în timp ce neglijarea emoţională este asociată atât cu implicarea în bullying din postura de agresor, cât şi din cea de victimă.

În ceea ce îi priveşte pe băieţi, cei care au raportat abuzul emoţional nu s-au implicat mai frecvent decât cei fără abuz în bătăi (t(134) = 1.02, p > 0.05). Cu alte cuvinte, expunerea la abuz emoţional nu pare să fie asociată cu perpetuarea violenţei fizice directe în cazul băieţilor. Totuşi, analiza detaliată a datelor a evidenţiat că băieţii ce au raportat abuz fizic au raportat o frecvenţă mai mare a implicării în bullying ca victimă (t(134) = 2.24, p < 0.05) şi cyberbullying prin mesaje (t(134) = 2.71, p < 0.05). Acest rezultat sugerează că, pentru băieţi, expunerea la abuz fizic în mediul familial se asociază cu o creştere a vulnerabilităţii pentru bullying, dar şi pentru cyberbullying, aceştia devenind mai frecvent victime ale agresiunilor din mediul şcolar şi agresori în mediul online. De asemenea, s-a constatat că băieţii care au raportat neglijare emoţională s-au implicat mai frecvent în bătăi (violenţă fizică directă), comparativ cu băieţii fără experienţa de neglijare (t(134) = 2.41, p < 0.05). Această asociere poate indica că lipsa de suport emoţional şi atenţie din partea părinţilor poate fi un factor care favorizează folosirea comportamentelor agresive ca metodă de exteriorizare a frustrărilor şi reglare deficitară a emoţiilor în mediul şcolar. În ansamblu, rezultatele obţinute în rândul băieţilor evidenţiază că abuzul fizic este asociat cu victimizarea şi o poziţie defensivă în relaţiile sociale, în timp ce neglijarea pare a fi asociată cu manifestări active ale agresivităţii.

În ansamblu, rezultatele evidenţiază importanţa luării în considerare a genului adolescentului atunci când se dezvoltă programe de prevenţie şi intervenţie în violenţa şcolară. În cazul fetelor se poate insista mai mult pe componenta de prevenire a implicării în bullying, cyberbullying şi bătăi, mai ales dacă acestea au fost expuse la CAN, formele de abuz fizic şi emoţional. În ceea ce îi priveşte pe băieţi este important să fie identificaţi cei care sunt expuşi la abuz fizic în mediul familial, deoarece aceştia pot prezenta un risc mai crescut spre victimizare în mediul şcolar, dar şi cei expuşi la neglijare, care par a fi mai înclinaţi la a manifesta violenţă fizică directă.

Rezultatele la Chestionarul Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) şi Chestionarul de autoevaluare Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA-YSR)

Scop: identificarea problemelor de sănătate mintală în rândul adolescenţilor, precum şi evidenţierea unor diferenţe în funcţie de prezenţa/absenţa abuzului, tipul de abuz, numărul de abuzuri raportate şi gen.

Tabel 2.5 Rezultatele comparaţiilor AP vs AA la Chestionarul SDQ şi Chestionarul de autoevaluare ASEBA-YSR

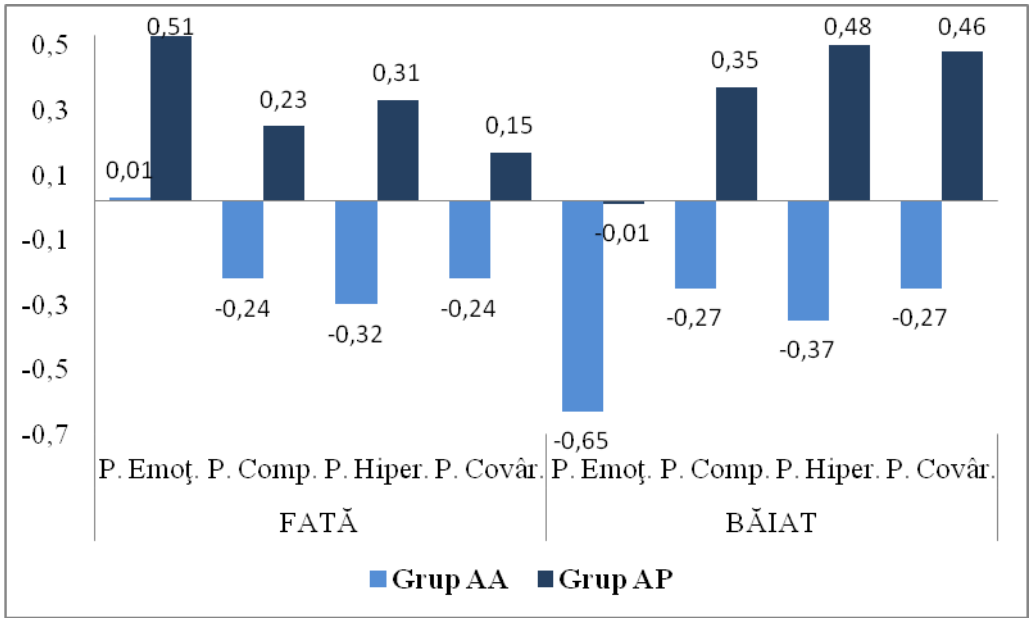
Probleme de sănătate mintală		Abuz/neglijare Absent (AA)			Abuz/neglijare Prezent (AP)			F
		M	*SD*	*95% CI*	*M*	*SD*	*95% CI*	
SDQ	Probleme emoţionale	-0.25	0.84	-0.38- -0.12	0.28	1.05	0.12- 0.45	25.81**
	Probleme de comportament	-0.25	0.83	-0.38- -0.13	0.29	1.09	0.11- 0.46	24.13**
	Probleme de hiperactivitate	-0.34	0.91	-0.48- -0.20	0.38	0.95	0.23- 0.54	43.43**
	Probleme cu covârstnicii	-0.25	0.89	-0.39- -0.12	0.29	1.03	0.12- 0.45	26.01**
ASEBA-YSR	Anxietate/ Depresie	-0.27	0.88	-0.40- -0.14	0.31	1.03	0.14- 0.47	27.75**
	Însingurare/ Depresie	-0.32	0.79	-0.44- -0.20	0.36	1.08	0.19- 0.53	38.27**
	Acuze somatice	-0.22	0.87	-0.36- -0.09	0.25	1.07	0.08- 0.43	19.38**
	Probleme sociale	-0.36	0.85	-0.49- -0.24	0.41	0.99	0.25- 0.57	50.22**

Notă: ** $p < 0.001$.

Comparaţii între AA şi AP. Adolescenţii din grupul *AP* au raportat scoruri semnificativ mai mari, comparativ cu adolescenţii din grupul *AA*, la toate subscalele de la chestionarele SDQ şi ASEBA-YSR (vezi Tabel 2.5). Specific, adolescenţii din grupul *AP* au raportat scoruri mai mari la *probleme emoţionale* ($F(1, 323) = 25.81$, $p < 0.001$), *probleme de comportament* ($F(1, 323) = 24.13$, $p < 0.001$), *probleme de hiperactivitate* ($F(1, 323) = 43.43$, $p < 0.001$) şi *probleme*

cu covârstnicii ($F(1, 323) = 26.01$, $p < 0.001$).

În ceea ce priveşte scorurile la Chestionarul ASEBA-YSR, cei din *AP* au raportat scoruri mai mari la *anxietate/depresie* ($F(1, 325) = 27.75$, $p < 0.001$), *însingurare/depresie* ($F(1, 325) = 38.27$, $p < 0.001$), *acuze somatice* ($F(1, 325) = 19.38$, $p < 0.001$) şi *probleme sociale* ($F(1, 325) = 50.22$, $p < 0.001$). Aceste rezultate întăresc ideea conform căreia expunerea la orice formă de abuz şi neglijare în copilărie este asociată cu dificultăţi în funcţionarea emoţională, comportamentală şi socială. Iar aceste dificultăţi pot afecta în mod negativ adaptarea şcolară şi relaţiile cu covârstnicii şi cadrele didactice.

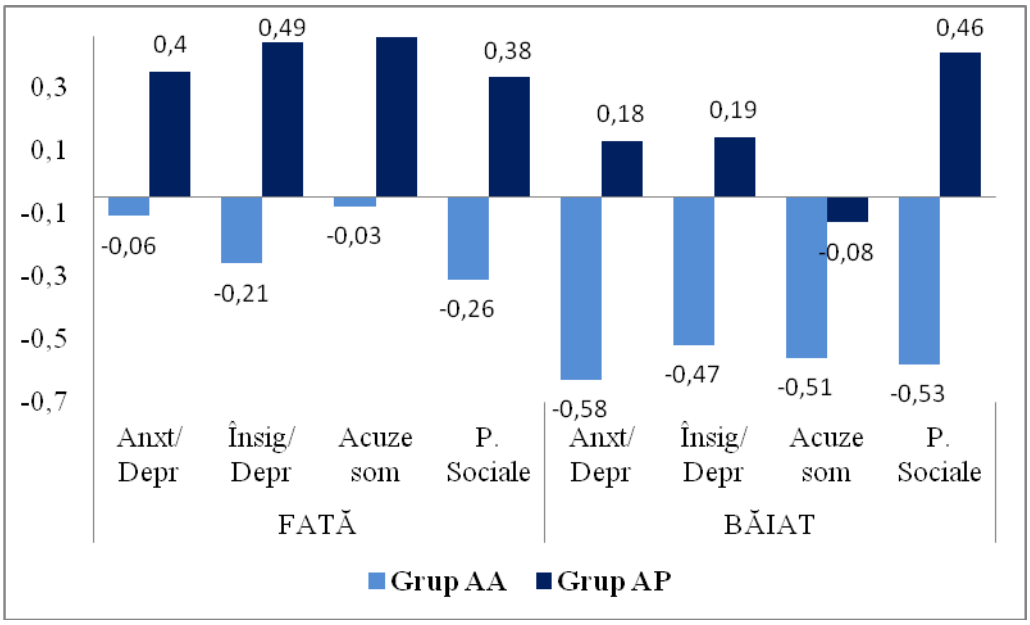


Figură 2.1 Mediile la SDQ, în funcţie de experienţa de abuz/neglijare şi gen

Fetele din grupul *AA* au raportat scoruri mai mari ($M = 0.01$, $SD = 0.84$), faţă de băieţii din grupul *AA* ($M = -0.65$, $SD = 0.77$) doar la *probleme emoţionale* ($F(1, 151) = 26.86$, $p < 0.001$), restul diferenţelor de gen fiind nesemnificative statistic (Figură 2.1). De asemenea, fetele din grupul *AP* ($M = 0.51$, $SD = 1.01$) au raportat scoruri mai mari decât băieţii din grupul *AP* ($M = -0.01$, $SD = 1.05$) tot la *probleme emoţionale* ($F(1, 150) = 9.54$, $p < 0.05$). În consecinţă, rezultatele au arătat că fetele, indiferent de prezenţa sau absenţa abuzului şi neglijării, prezintă o vulnerabilitate emoţională mai accentuată comparativ cu băieţii, conform cu chestionarul SDQ (rezultate detaliate în Tabel A2.7).

În ceea ce priveşte rezultatele la chestionarul ASEBA-YSR (Figură 2.2), băieţii şi fetele din grupul *AP* au raportat scoruri semnificativ diferite la *acuze somatice* ($F(1, 151) = 13.12$, $p < 0.001$), fetele având o medie semnificativ mai mare ($M = -0.03$, $SD = 1.01$) faţă de băieţi ($M = -0.8$, $SD = 1.22$), dar nu s-au înregistrat diferenţe de gen intragrup la celelalte subscale. Rezultate

similare au fost observate şi în grupul adolescenţilor fără istoric de abuz şi neglijare (*AA*), unde fetele au raportat scoruri mai mari la *anxietate/depresie* ($F(1, 171) = 15.50$, $p < 0.001$) şi *acuze somatice* ($F(1, 172) = 13.58$, $p < 0.001$) comparativ cu băieţii din acelaşi grup, fără alte diferenţe semnificative statistic (Tabel A2.8).



Figură 2.2 Mediile la ASEBA-YSR, în funcţie de experienţa de abuz/neglijare şi gen

Aceste rezultate sugerează că, fetele raportează mai frecvent simptome de internalizare, cum ar fi anxietate, depresie şi acuze somatice, care denotă o sensibilitate crescută faţă de stres şi dificultăţi în autoreglarea emoţiilor. În cazul fetelor din grupul *AP*, acuzele somatice (de exemplu durerile abdominale, de cap sau oboseala) ar putea fi consecinţe ale stresului emoţional cauzat de expunerea la CAN, în lipsa cauzelor medicale. În rândul adolescentelor, dificultăţile emoţionale şi somatizarea pot fi amplificate şi de schimbările biologice şi hormonale specifice vârstei.

Comparaţii în funcţie de tipul de abuz şi gen – chestionarul SDQ. În Figura A2.1 se pot observa reprezentate grafic mediile la subscalele testului SDQ, în funcţie de gen şi tipul de abuz la care au fost expuşi adolescenţii, în scoruri standard Z. Fetele şi băieţii care au raportat orice tip de abuz, au raportat şi scoruri mai mari la toate subscalele SDQ, cu excepţia subscalei privind *problemele cu covârstnicii*, în cazul abuzului emoţional, şi a subscalei *probleme de comportament*, la băieţii cu neglijare emoţională (Tabel A2.9). Altfel spus, expunerea la oricare formă de abuz şi neglijare a fost asociată cu o frecvenţă mai ridicată a dificultăţilor de sănătate mintală evaluate.

Adolescenţii fără istoric de abuz şi neglijare (*AA*), nu au avut scoruri peste medie la cele patru subscale, cu excepţia fetelor care au avut o medie semnificativ mai mare la *probleme emoţionale* ($M = 0.04$, $SD = 0.84$), $t(170) = 5.39$, $p < 0.001$ (Figură A2.1).

Băieţii cu istoric de abuz emoţional (M = 0.91, SD = 1.18) au raportat scoruri semnificativ mai mari la *problemele comportamentale* ($t(76) = -2{,}09$, $p < 0.05$), faţă de fetele din acelaşi grup (M = 0.32, SD = 1.01). Atât fetele, cât şi băieţii cu istoric de abuz fizic sau abuz sexual au avut scoruri peste medie la toate subscalele chestionarului SDQ, fără diferenţe de gen semnificative. În ceea ce priveşte neglijarea emoţională, băieţii au raportat scoruri semnificativ mai mari la *probleme cu covârstnicii* ($t(73) = -1{,}94$, $p = 0.032$), iar fetele au raportat scoruri semnificativ mai mari la *probleme emoţionale* ($t(71) = 2{,}81$, $p < 0.001$), faţă de băieţii şi fetele ce au raportat un tip de abuz similar.

Comparaţii în funcţie de numărul de abuzuri şi gen – chestionarul SDQ. Numărul de abuzuri la care adolescenţii au fost expuşi a fost asociat cu scoruri semnificativ mai mari la toate subscalele chestionarului SDQ (Figură A2.2). Fetele cu istoric de unu sau două tipuri de abuz au avut tendinţa de a raporta scoruri semnificativ mai mari la probleme emoţionale ($F(1, 308) = 3.83$, $p = 0.024$), diferenţele de gen nefiind semnificative în situaţia de istoric de 3 sau 4 tipuri de abuz (Tabel A2.9). Băieţii cu istoric de unu, două, 3 sau 4 tipuri de abuz au avut tendinţa de a raporta mai frecvent probleme cu covârstnicii ($F(1, 308) = 4.23$, $p = 0.030$), diferenţele de gen nefiind semnificative pentru grupul *AA*.

Comparaţii în funcţie de tipul de abuz şi gen – chestionarul ASEBA. Adolescenţii fără istoric (*AA*) de CAN au raportat scoruri sub medie la toate subscalele chestionarului ASEBA (Figură A2.3). Fetele şi băieţii care au indicat orice tip de abuz, au raportat mai frecvent scoruri mai mari la subscalele anxietate/depresie, însingurare/depresie, acuze somatice şi probleme sociale (Tabel A2.10). Diferenţele de gen au fost semnificative în cazul acuzelor somatice, indiferent de prezenţa sau absenţa unui anumit tip de abuz, fetele au raportat scoruri mai mari comparativ cu băieţii ($F(1, 310) = 5.92$, $p = 0.015$).

Comparaţii în funcţie de numărul de abuzuri şi gen – chestionarul ASEBA. În Figura A2.4 sunt prezentate grafic mediile scorurilor la subscalele chestionarului ASEBA, în funcţie de gen şi numărul de abuzuri la care au fost expuşi adolescenţii. Existenţa abuzului se asociază cu creşterea mediilor la aproape toate subscalele pentru ambele genuri. În categoria fără abuz, fetele au raportat scoruri mari la subscalele *anxietate/depresie* ($t(170) = 4.08$, $p < 0.001$), *însingurare/depresie* ($t(170) = 2.25$, $p < 0.05$) şi *acuze somatice* ($t(170) = 4.03$, $p < 0.001$), dar mai mici la subscala *probleme sociale* ($t(170) = 2.18$, $p < 0.05$). Fetele cu două tipuri de abuz manifestă mai multe *acuze somatice* faţă de băieţii din aceeaşi categorie ($t(48) = 2.21$, $p < 0.05$).

Nu s-au găsit diferenţe semnificative statistic între fetele şi băieţii care au raportat un singur tip de abuz şi două, trei/patru tipuri de abuz (rezultatele statistice ale comparaţiilor sunt prezentate în Tabel A2.10). Însă, după cum s-a menţionat deja, s-a evaluat un număr redus de

adolescenţi care au indicat că au fost expuşi la trei/patru abuzuri, ceea ce ar putea să ducă la nesemnificativitatea statistică a comparaţiilor. Conform cu mediile prezentate în Figura A2.4 se poate observa că adolescenţii, indiferent de gen, care raportează prezenţa a trei/patru tipuri de abuz au avut scoruri mai mari la toate subscalele chestionarului ASEBA. De asemenea, băieţii par mai predispuşi să manifeste *anxietate/depresie* (*M* = 2.10, *SD* = 1.52), *însingurare/depresie* (*M* = 1.77, *SD* = 1.01) şi *probleme sociale* (*M* = 1.40, *SD* = 1.20), iar fetele raportează mai frecvent *acuze somatice* (*M* = 1.38, *SD* = 1.15).

Rezultatele pentru Scala multidimensională a suportului social perceput de la părinţi (MSPSS) şi Subscalele privind suport social perceput de la colegi (SSc) şi cadre de la didactice (SScd)

Scop: explorarea diferenţelor în ceea ce priveşte nivelurile suportului social perceput de la părinţi, de la cadrele didactice şi de la colegi, în funcţie de prezenţa/absenţa abuzului, tipul de abuz, numărul de abuzuri raportate şi gen.

Tabel 2.6 Rezultatele comparaţiilor AA vs AP la MSPSS, SSc şi SScd

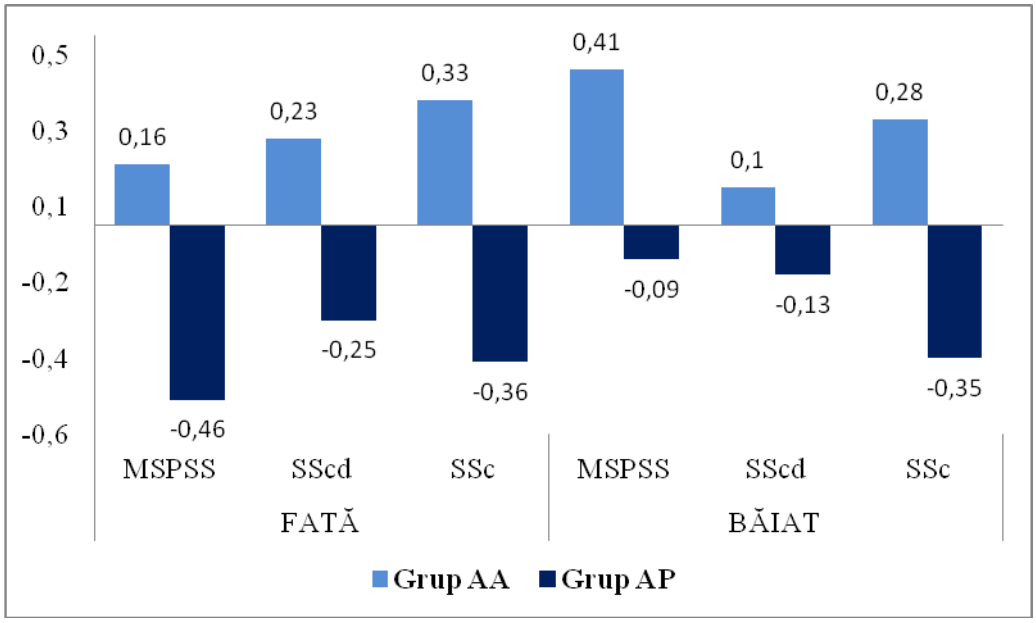
Tip suport social	Abuz/neglijare Absent (*AA*)			Abuz/neglijare Prezent (*AP*)			F	*p*
	M	*SD*	*95% CI*	*M*	*SD*	*95% CI*		
MSPSS	0.26	0.84	0.14-0.39	-0.30	1.07	-0.47- -0.13	26.54	<0.001
SSc	0.31	0.35	0.17-0.45	-0.35	0.95	-0.50- -0.20	41.05	<0.001
SScd	0.20	0.84	0.08-0.33	-0.23	1.10	-0.41- - 0.05	16.45	<0.001

Comparaţii între AA şi AP. Adolescenţii din grupul *AP* au scoruri semnificativ mai mici faţă de adolescenţii din grupul *AA* la *suportul social perceput de la părinţi* (MSPSS), ($F(1, 323) = 26.54$, $p < 0.001$), *suport social perceput de la cadre didactice* (*SScd*), ($F(1, 320) = 16.45$, $p < 0.001$) şi la *suportul social perceput de la colegi* (*SSc*), ($F(1, 323) = 41.05$, $p < 0.001$). În Tabelul 2.6 putem observa o scădere semnificativă a scorurilor la *SSc* (*M* = - 0.35, *SD* = 0.95), urmate de scorurile la *MSPSS* (*M* = - 0.30, *SD* = 1.07) şi la *SScd* (*M* = - 0.23, *SD* = 1.10).

De asemenea, adolescenţii din grupul *AA* au raportat scoruri mai mari la *SSc* (*M* = 0.31, *SD* = 0.35), urmate de scorurile la *MSPSS* (*M* = 0.26, *SD* = 0.84) şi cele la *SScd* (*M* = 0.20, *SD* = 0.85). Din aceste diferenţe reiese că prezenţa CAN se asociază cu modificări în ierarhia suportului social în adolescenţă, deşi diferenţele nu sunt foarte mari la nivel de medie. O etapă importantă în adolescenţă este câştigarea independenţei faţă de părinţi şi orientarea spre covârstnici, ca sursă de susţinere şi suport. Adolescenţii cu istoric de CAN au raportat că percep mai mult suport social de la cadrele didactice, comparativ cu colegii de clasă. O explicaţie ar putea fi dată de prezenţa comportamentelor nepotrivite pe care un adolescent cu CAN le poate manifesta în mediul şcolar, ceea ce se poate asocia cu respingere din partea colegilor. Pe de altă

parte, cadrele didactice care cunosc detaliile situaţiei în care se află adolescentul ar putea fi mai înclinate să ofere suport social. Sau, poate, adolescenţii au nevoie de un adult care nu îi victimizează şi ajung să valorizeze mai mult suportul acelor cadre didactice care par a fi empatice şi responsive.

Prezenţa abuzului şi neglijării a fost asociată cu o scădere a scorurilor la suportul *social perceput de la părinţi, cadre didactice* şi *colegi*, atât la fete cât şi la băieţi (Figură 2.3, rezultate detaliate în Tabel A2.11). Fetele şi băieţii din grupul *AP* raportează medii apropiate ca valoare pentru *SScd* (*M* = - 0.25, *SD* = 1.03 vs. *M* = - 0.13, *SD* = 1.21) şi pentru *SSc* (*M* = - 0.36, *SD* = 0.93 vs. *M* = - 0.35, *SD* = 1.08), fără diferenţe de gen semnificative statistic.



Figură 2.3 Mediile la MSPSS, SSc şi SScd în funcţie de experienţa de abuz/neglijare şi gen

Media la *MSPSS* scade într-o mai mare măsură pentru fete (*M* = - 0.46, *SD* = 1.19), comparativ cu băieţii (*M* = -0.09, *SD* = 0.89), diferenţa fiind semnificativă statistic (*t*(151) = - 2.21, *p* = 0.028). Acest rezultat nu este surprinzător având în vedere că părinţii au o probabilitate mai mare de a exercita CAN asupra adolescenţilor, cu excepţia abuzului sexual. De asemenea, din teoria ataşamentului, ştim că o relaţie deficitară cu membrii familiei se poate răsfrânge în mod negativ asupra tuturor relaţiilor din viaţa individului. În consecinţă, expunerea la CAN se poate asocia cu probleme de relaţionare cu ceilalţi. În ceea ce priveşte diferenţa de gen în cazul suportului social perceput de la părinţi, putem doar presupune că s-ar putea datora modului în care fetele şi băieţii sunt educaţi în societatea contemporană. Fetele sunt educate de mici să fie sensibile, empatice, cu grijă de semeni ceea ce s-ar putea asocia cu o nevoie mai mare de suport social şi apropiere faţă de covârstnici. În timp ce băieţii sunt crescuţi să fie puternici şi independenţi, fiindu-le mai uşor să fie detaşaţi în relaţiile sociale.

Diferenţele sunt semnificative statistic şi între fetele şi băieţii din grupul *AA* (Tabel A2.12): băieţii au raportat scoruri mai mari la *MSPSS* faţă de fete ($t(171) = -2.16$, $p = 0.032$); diferenţele nu sunt semnificative în cazul subscalelor *SSc* şi *SScd*. Ierarhia scorurilor la suportul social pare a fi diferită pe genuri: fetele tind să raporteze scoruri mai mari la *SSc* ($M = 0.33$, $SD = 0.89$), urmate de scorurile la *SScd* ($M = 0.23$, $SD = 0.85$) şi cele la *MSPSS* ($M = 0.16$, $SD = 0.96$); băieţii raportează scoruri mai mari la *MSPSS* ($M = 0.41$, $SD = 0.50$), urmate de scorurile la *SSc* ($M = 0.28$, $SD = 1.03$) şi *SScd* ($M = 0.10$, $SD = 0.80$). Altfel spus, fetele fără experienţa de abuz şi neglijare raportează că primesc mai mult suport social de la colegi şi cadre didactice, ceea ce denotă relaţii sociale bune în mediul şcolar. Pe când, băieţii fără experienţa de abuz şi neglijare raportează că primesc mai mult suport social de la familie şi apoi de la colegi şi cadre didactice. Totuşi aceste rezultate au rol mai mult descriptiv, doar în cazul suportului social din partea părinţilor s-a observat o diferenţă semnificativă.

Comparaţii în funcţie de tipul de abuz, numărul de abuzuri şi gen. Per total, rezultatele analizelor statistice au arătat că tipul de abuz are un efect semnificativ asupra suportului perceput de la părinţi ($F(7, 316) = 15.38$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.254$), colegi ($F(7, 316) = 7.327$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.140$) şi cadre didactice ($F(7, 316) = 5{,}59$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.101$).

Tabel 2.7 Rezultatele analizelor ANOVA privind influenţa tipului de abuz şi a genului asupra percepţiei suportului social din partea părinţilor (MSPSS)

Tipul de abuz	F(1, df)	p	ηp^2	Efect principal semnificativ	Interacţiunea Abuz X Gen
Abuz emoţional	F(1, 323) = 19.47	<0.001	0.057	Da	Nu
Abuz fizic	F(1, 323) = 58.61	<0.001	0.155	Da	F(1, 323) = 4.78, p = 0.029
Abuz sexual	F(1, 319) = 12.48	<0.001	0.038	Da	Nu
Neglijare emoţională	F(1, 323) = 25.22	<0.001	0.073	Da	Nu
Gen (efect principal)	-	<0.05	-	Da	-

Notă. η^2 = eta pătrat parţial.

Suport social perceput de la părinţi (Tabel 2.7). Au avut efecte principale semnificative statistic: abuzul emoţional ($F(1, 323) = 19.47$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.057$), abuzul fizic ($F(1, 323) = 58.61$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.155$), abuzul sexual ($F(1, 319) = 12.48$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.038$), şi neglijarea emoţională ($F(1, 323) = 25.22$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.073$). De asemenea, genul a avut efect principal semnificativ în toate modelele, dar interacţiunea AbuzXGen a fost semnificativă statistic doar în cazul abuzului fizic ($F(1, 323) = 4.78$, $p = 0.029$). Altfel spus, fetele şi băieţii cu istoric de abuz emoţional, sexual sau neglijare emoţională nu diferă în percepţia lor privind suportul social de la părinţi, dar raportează că percep mai puţin suport social comparativ cu cei care nu au fost expuşi la CAN. Fetele cu istoric de abuz fizic percep că primesc mai puţin suport

social de la părinţi, comparativ cu băieţii cu istoric de abuz fizic, care raportează că primesc mai mult suport social de la părinţi ($t(78) = 2.871$, $p = 0.005$). Diferenţa observată poate reprezenta o vulnerabilitate particulară a fetelor cu experienţa de abuz fizic în ceea ce priveşte percepţia suportului social de la părinţi.

Tabel 2.8 Rezultatele analizelor ANOVA privind influenţa tipului de abuz şi a genului asupra percepţiei suportului social din partea cadrelor didactice (SScd)

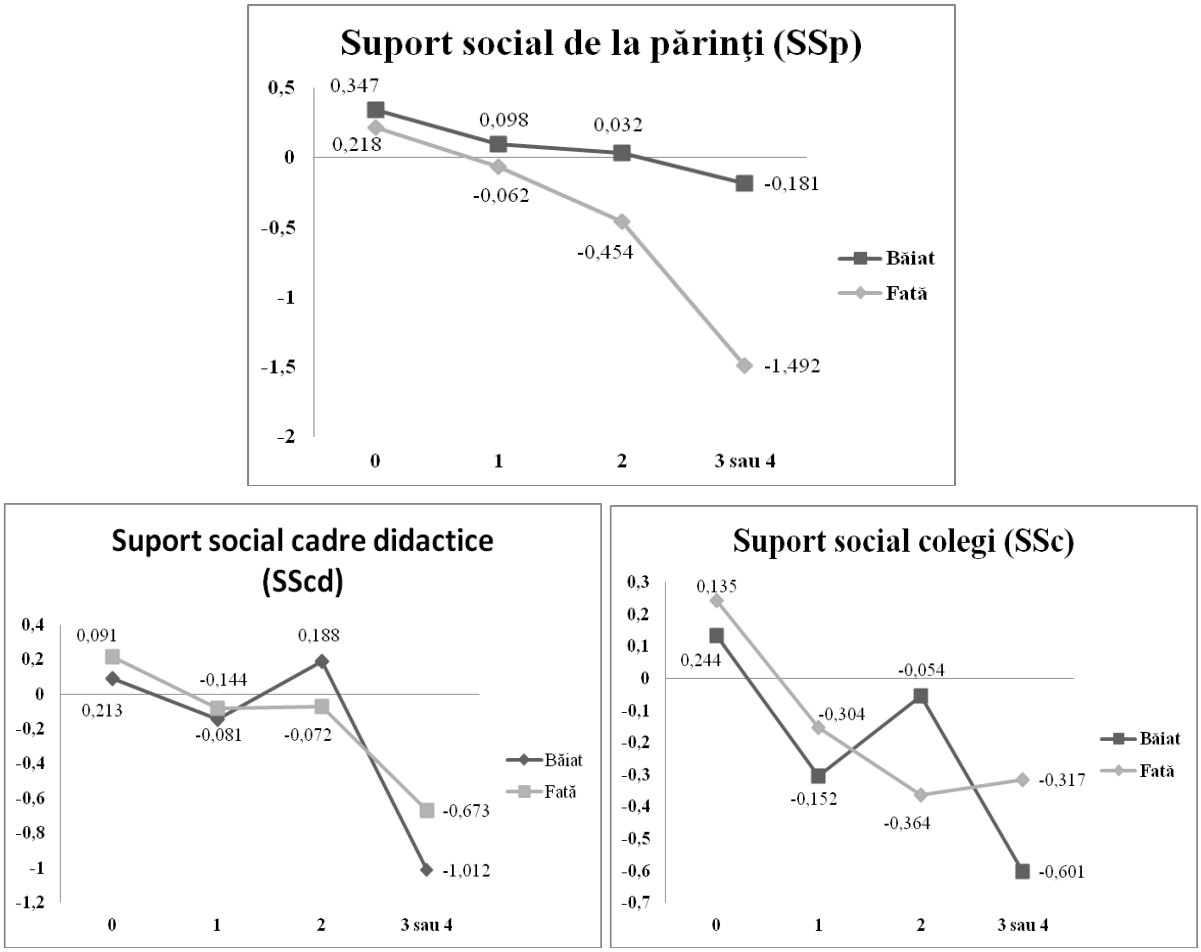
Tipul de abuz	F(1, df)	p	ηp^2	Efect principal semnificativ	Interacţiunea Abuz X Gen
Abuz emoţional	F(1, 317) = 19.26	<0.001	0.057	Da	Nu
Abuz fizic	F(1, 317) = 9.56	0.002	0.029	Da	Nu
Neglijare emoţională	F(1, 317) = 12.30	<0.001	0.037	Da	Nu
Gen (efect principal)	-	-	-	Nu	-

Suport social perceput de la cadrele didactice (Tabel 2.8). Au avut efecte principale semnificative statistic: abuzul emoţional ($F(1, 317) = 19.26$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.057$), abuzul fizic, ($F(1, 317) = 9.56$, $p = 0.002$, $\eta p^2 = 0.029$) şi neglijarea emoţională ($F(1, 317) = 12.30$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.037$). Abuzul sexual şi genul nu au avut efecte principale semnificative. Specific, fetele şi băieţii cu istoric de abuz emoţional, fizic şi neglijare emoţională au raportat că percep mai puţin suport social de la cadrele didactice faţă de cei fără istoric. Nu s-au obţinut diferenţe semnificative statistic pentru cei din grupul cu abuz sexual, dar acest lucru se poate datora şi numărului mic de adolescenţi care au raportat prezenţa acestei experienţe abuzive.

Tabel 2.9 Rezultatele analizelor ANOVA privind influenţa tipului de abuz şi a genului asupra percepţiei suportului social din partea colegilor (SSc)

Tipul de abuz	F(1, df)	p	ηp^2	Efect principal semnificativ	Interacţiunea Abuz X Gen
Abuz emoţional	F(1, 320) = 8.54	<0.05	0.026	Da	Nu
Abuz fizic	F(1, 320) = 19.15	<0.001	0.056	Da	Nu
Abuz sexual	F(1, 316) = 8.09	<0.05	0.025	Da	Nu
Neglijare emoţională	F(1, 323) = 25.22	<0.001	0.073	Da	Nu
Gen (efect principal)	-	-	-	Nu	-

Suport social de la colegi (Tabel 2.9). Au avut efecte principale semnificative statistic: abuzul emoţional ($F(1, 320) = 8.54$, $p < 0.05$, $\eta p^2 = 0.026$), abuzul fizic ($F(1, 320) = 19.15$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.056$), abuzul sexual ($F(1, 316) = 8.09$, $p < 0.05$, $\eta p^2 = 0.025$) şi neglijarea emoţională ($F(1, 323) = 25.22$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.073$). Efectul principal al genului şi efectul de interacţiunea AbuzXGen nu au fost semnificative statistic. Fetele şi băieţii care au raportat prezenţa oricărui tip de abuz, percep că primesc mai puţin suport social de la colegi.



Figură 2.4 Media scorurilor la MSPSS, SSc şi SScd în funcţie de gen şi scor ACE

Expunerea la abuz multiplu. Numărul de experienţe abuzive - scor ACE ($F(4, 302) = 5.69$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.181$), cât şi genul ($F(1, 302) = 5.47$, $p = 0.01$, $\eta^2 = 0.021$) au avut efecte principale semnificative asupra suportului social din partea cadrelor didactice. În Figura 2.4 sunt prezentate mediile la suportul social perceput de la părinţi, colegi şi cadre didactice, în funcţie de numărul de experienţe abuzive (0 – abuz/neglijare absent, 1 – un tip, 2 – două tipuri, 3 – 4 tipuri). După cum se poate observa, pe măsură ce numărul de experienţe abuzive creşte, media suportului social perceput de la părinţi scade semnificativ. Fetele percep mai puţin suport social de la părinţi, dar diferenţele de gen nu sunt semnificative statistic. Suportul social de la cadrele didactice şi de la colegi urmează aceeaşi pantă descendentă ca şi în cazul suportului social de la părinţi (Figură 2.4). Rezultatele sunt detaliate în Tabel A2.13.

Faptul că adolescenţii din grupul *AP* percep că au un nivel mai scăzut al suportului social se poate datora unui nivel scăzut real al suportului sau unor distorsiuni cognitive în percepţia suportului social. În literatura de specialitate [220], prezenţa abuzului a fost asociată cu o serie de comportamente disruptive în mediul şcolar, ce pot afecta desfăşurarea orelor de curs, ducând la epuizarea emoţională a cadrului didactic şi la comportamente de respingere din partea colegilor.

Prin urmare, cadrul didactic, dar şi colegii adolescentului abuzat/neglijat, îl pot percepe pe acesta ca fiind un elev problemă şi pot ajunge să îl excludă din grupurile formate la nivel de clasă, activităţi sau pot ajunge să îl victimizeze verbal şi fizic. Comportamentul de revictimizare în mediul şcolar al adolescenţilor cu CAN se poate asocia cu exacerbarea consecinţelor negative ale expunerii la CAN şi cu o performanţă şcolară scăzută. Adolescentul intră astfel într-un cerc vicios al violenţei, iar în absenţa unui suport social real şi a unor intervenţii de specialitate, dificultăţile cu care se confruntă se pot accentua, fiind asociate, în timp cu o motivaţie scăzută pentru îndeplinirea sarcinilor şcolare şi, în cazuri severe, cu un risc crescut de abandon şcolar.

Rezultatele la Subscala MOTSCA (motivaţia academică scăzută), Subscala DIFCON (dificultăţi de concentrare/atenţie) şi Scala de adaptare şcolară (SAS)

Scop: explorarea diferenţelor în ceea ce priveşte subscalele MOTSCA, DIFCON şi SAS în rândul adolescenţilor, în funcţie de prezenţa/absenţa abuzului, tipul de abuz, numărul de abuzuri raportate şi gen.

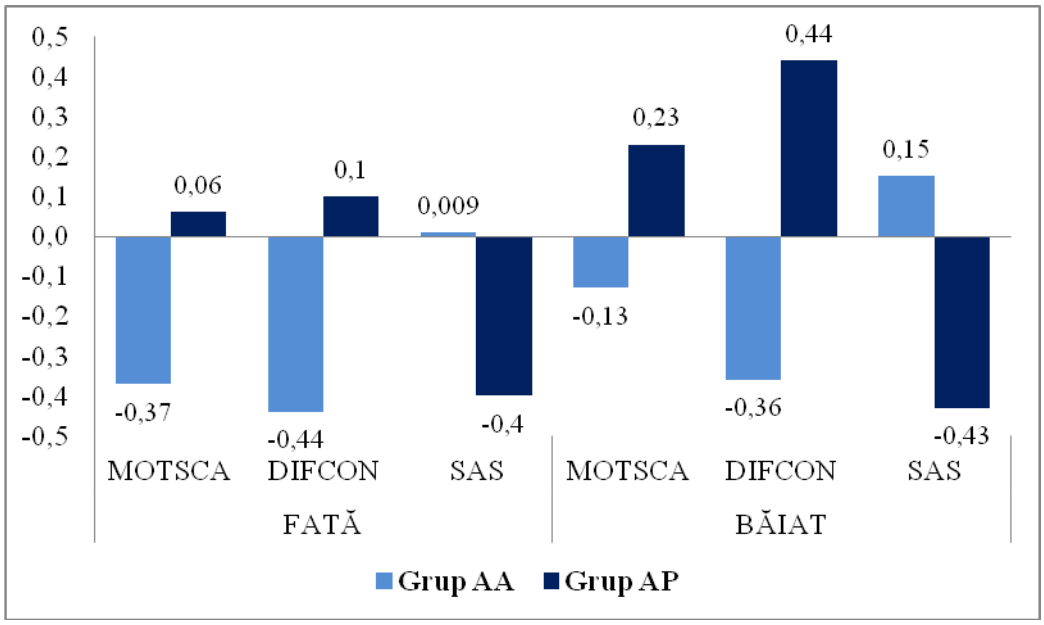
Comparaţii între AA şi AP. Adolescenţii din grupul *AP* au raportat scoruri mai mari faţă de cei din grupul *AA* la subscalele MOTSCA – motivaţia academică scăzută ($F(1,322) = 34.29$, $p < 0.001$) şi DIFCON – dificultăţi de concentrare/atenţie ($F(1, 322) = 84.03$, $p < 0.001$), Tabel 2.10. Altfel spus, adolescenţii din grupul *AP* prezintă un nivel redus sau absent al motivaţiei intrinseci de a avea reuşite şcolare şi au o nevoie puternică de încurajare exterioară. Scoruri mari la subscala DIFCON indică dificultăţi de atenţie şi concentrare în activităţile din timpul orei şi în îndeplinirea altor sarcini şcolare, o atitudine visătoare şi o lipsă a comportamentelor relevante pentru activităţile şcolare.

Tabel 2.10 Rezultatele comparaţiilor AP vs AA la MOTSCA, DIFCON şi SAS

Variabile măsurate	Abuz/neglijare Absent (AA)			Abuz/neglijare Prezent (AP)			F	*p*
	M	*SD*	*95% CI*	*M*	*SD*	*95% CI*		
MOTSCA	-0.29	0.94	-0.43- -0.14	0.32	0.95	0.17-0.48	34.29	<0.001
DIFCON	-0.42	0.85	-0.55- -0.29	0.48	0.93	0.33-0.63	84.03	<0.001
SAS	0.25	0.88	0.11-0.38	-0.28	1.04	-0.45- -0.12	25.29	<0.001

Adolescenţii din grupul *AP* au avut medii semnificativ mai mici la *SAS* faţă de adolescenţii din grupul *AA* ($F(1, 321) = 25.29$, $p < 0.001$), Tabel 2.10. Fetele au raportat scoruri mai mici la MOTSCA şi DIFCON, comparativ cu băieţii (Figură 2.5, Tabel A2.14), dar diferenţele nu au fost statistic semnificative (Tabel A2.14). Fetele au avut tendinţa de a raporta scoruri mai mari la adaptarea şcolară, dar nu am găsit diferenţe semnificative statistic de gen în cadrul grupurilor *AA* şi *AP*. Prin urmare, se poate deduce că adolescenţii din grupul *AP*, care au

raportat scoruri mai mici la adaptarea şcolară, au o satisfacţie redusă în mediul şcolar, percep că sarcinile şcolare le generează un nivel crescut de stres şi nu consideră că performanţa le este evaluată într-un sens pozitiv de către cadrele didactice.

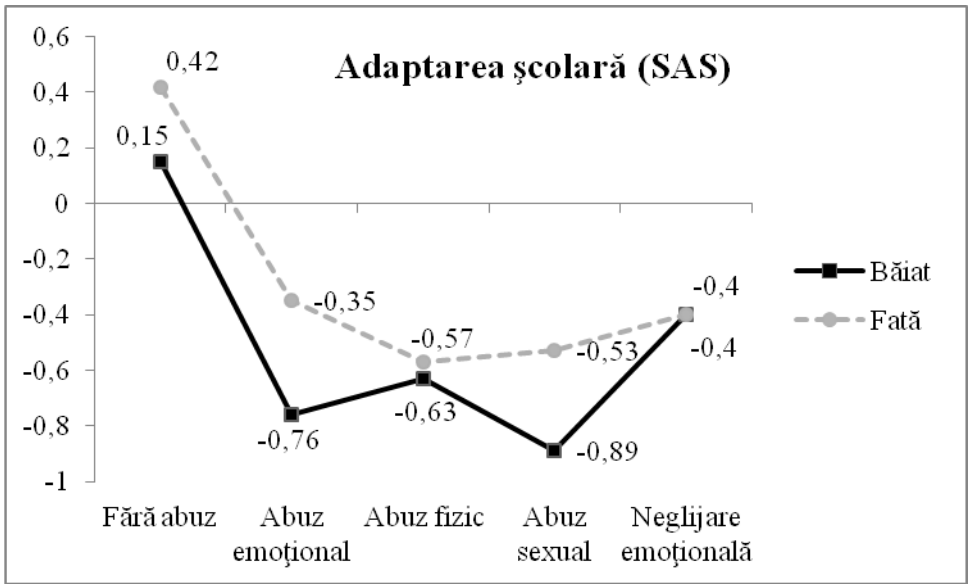


Figură 2.5 Mediile la MOTSCA, DIFCON şi SAS în funcţie de experienţa de abuz/neglijare şi gen

Comparaţii în funcţie de tipul de abuz şi gen la scala SAS. Adolescenţii care au raportat abuz emoţional ($F(1, 323) = 26.41$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.082$), abuz fizic ($F(1, 323) = 44.26$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.114$), abuz sexual ($F(1, 319) = 15.87$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.048$) şi neglijare emoţională ($F(1, 323) = 16.50$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.043$) au raportat scoruri mai mici la SAS, comparativ cu adolescenţii fără experienţe de abuz şi neglijare (vezi Tabel A2.15). Aceste rezultate scot în evidenţă asocierea negativă dintre expunerea la abuz şi neglijare şi adaptare şcolară, motivaţie academică şi dificultăţi de concentrare/atenţie. În Figura 2.6 sunt prezentate mediile la chestionarul SAS, în funcţie de gen, în scoruri standard Z. Se poate observa că scorurile la SAS scad semnificativ, în prezenţa oricărui tip de abuz, dar diferenţele nu par a fi semnificative statistic în funcţie de tipul de abuz.

În ceea ce priveşte diferenţele de gen, fetele fără abuz, dar şi cele cu istoric de abuz emoţional sau fizic au raportat scoruri mai mari la SAS comparativ cu băieţii din aceeaşi categorie, dar diferenţele nu au atins pragul de semnificaţie statistică. Acest rezultat poate indica faptul că fetele manifestă o reziliență mai ridicată în plan academic, fiind mai orientate spre performanţă academică şi recunoaştere socială. Pe de altă parte, băieţii cu istoric de abuz par să manifeste un nivel mai scăzut de implicare în sarcinile şcolare, ceea ce poate reflecta mecanisme de coping extern (de exemplu: evitarea sau amânarea sarcinilor şcolare, comportament opozant)

ca reacţie la stresul emoţional produs de experienţa de abuz.

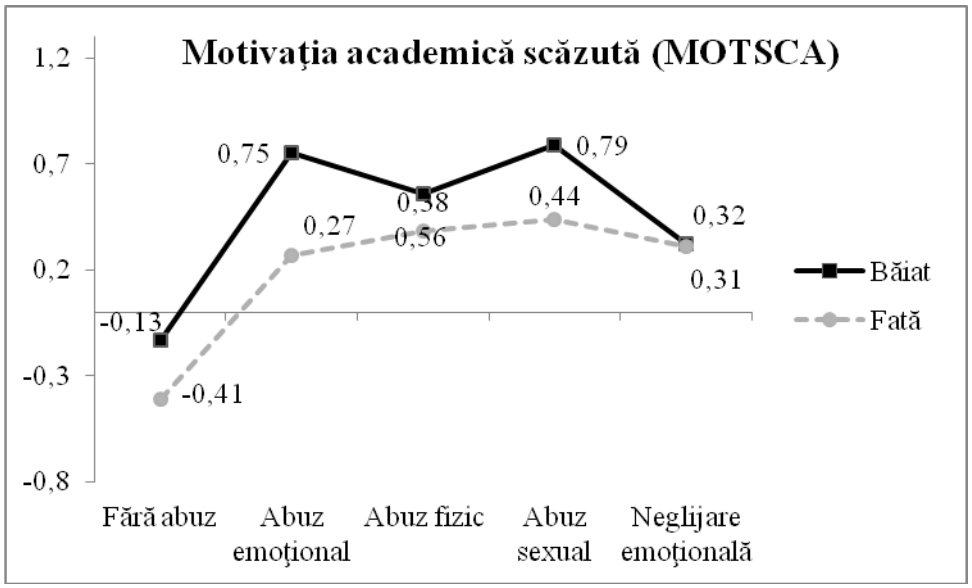


Figură 2.6 Mediile la Scala SAS în funcţie de gen şi tipul de abuz, în scoruri standard Z

Comparaţii în funcţie de tipul de abuz şi gen – Subscala MOTSCA. Abuzul emoţional ($F(1, 322) = 19.80$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.058$), abuzul fizic ($F(1, 322) = 25.63$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.074$), abuzul sexual ($F(1, 318) = 11.92$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.036$) şi neglijarea emoţională ($F(1, 322) = 9.70$, $p < 0.05$, $\eta p^2 = 0.029$) au avut un efect principal semnificativ asupra scorurilor de la subscala MOTSCA (vezi Tabel 2.16 din Anexa 2). Aceste rezultate arată că prezenţa oricărui tip de abuz este asociată cu scoruri mai mari la subscala MOTSCA, atât pentru fete, cât şi pentru băieţi. Specific, fetele şi băieţii cu istoric de abuz şi neglijare au raportat scoruri mai mari la motivaţia academică scăzută. Coeficienţii de mărime a efectului (ηp^2) sugerează efecte de mărime medie pentru abuzul fizic şi emoţional şi efecte de mărime mică pentru abuzul sexual şi neglijarea emoţională.

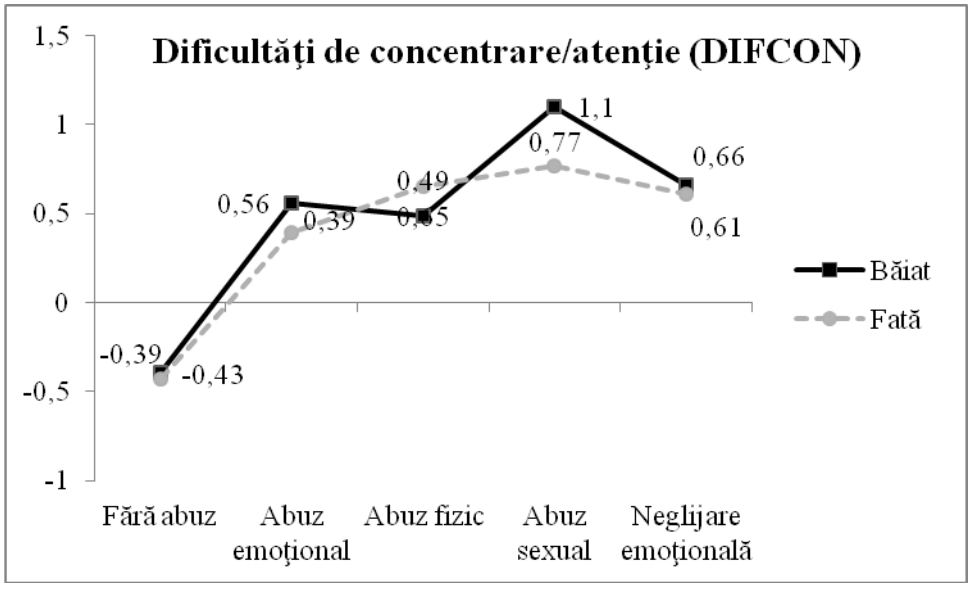
În general, fetele au avut tendinţa de a raporta scoruri mai mici la MOTSCA comparativ cu băieţii (Figură 2.7); totuşi, diferenţele de gen au atins semnificativitatea statistică doar în cazul abuzului emoţional ($t(76) = -2.08$, $p = 0.041$), băieţii expuşi la abuz emoţional au raportat scoruri mai mari la MOTSCA comparativ cu fetele expuse la acelaşi tip de abuz. Aceste rezultate indică faptul că abuzul emoţional este asociat mai puternic cu motivaţia academică scăzută în cazul băieţilor, dar nu şi în cazul fetelor. Această diferenţă de gen ar putea fi explicată prin particularităţile socializării emoţionale: băieţii tind să îşi reprime emoţiile pentru a evita să pară vulnerabili în faţa celorlalţi, ceea ce poate favoriza internalizarea mesajelor negative, a respingerii şi diminuarea stimei de sine, ceea ce se poate asocia cu scăderea motivaţiei pentru învăţare. În schimb, fetele caută mai frecvent sprijin social, îşi exteriorizează trăirile în relaţiile

sociale şi astfel îşi descarcă tensiunea emoţională, conducând la creşterea motivaţiei.



Figură 2.7 Mediile la MOTSCA în funcţie de gen şi tipul de abuz, în scoruri standard Z

Comparaţii în funcţie de tipul de abuz şi gen – Subscala DIFCON. Abuzul emoţional ($F(1, 323) = 22.01$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.064$), abuzul fizic, $F(1, 323) = 39.40$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.109$, abuzul sexual, ($F(1, 319) = 29.47$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.085$) şi neglijarea emoţională ($F(1, 323) = 43.19$, $p < 0.001$, $\eta p^2 = 0.118$) au avut un impact negativ semnificativ asupra scorurilor la subscala DIFCON (Tabel A2.17). În ceea ce priveşte mărimea efectului, toate cele patru forme de abuz şi neglijare au prezentat efecte de mărime medie. Cele mai pronunţate asocieri cu dificultăţile de concentrare/atenţie au fost observate în cazul neglijării emoţionale şi al abuzului fizic, urmate de abuzul sexual şi cel emoţional.



Figură 2.8 Mediile la DIFCON în funcţie de gen şi tipul de abuz, în scoruri standard Z

Genul nu a avut un efect principal semnificativ, fetele şi băieţii raportând scoruri similare în funcţie de experienţa de abuz. Absenţa unor diferenţe de gen semnificative indică faptul că fetele şi băieţii sunt afectaţi într-o măsură comparabilă, ceea ce confirmă caracterul general al impactului expunerii la abuz şi neglijare asupra funcţionării cognitive. Însă, după cum se poate observa şi în Figura 2.8, băieţii raportează scoruri uşor mai mari în cazul abuzului sexual, dar asta se poate datora şi numărului mic de băieţi care au raportat acest tip de abuz.

Tabel 2.11 Diferenţele în adaptarea şcolară, în funcţie de variabilele socio-demografice

Variabile independente	Niveluri variabile independente	M	SD	F	*p*
Gen	Băieţi	7.87	1.95	**4.62**	***0.032***
	Fete	8.33	1.88		
Clasa	a VII-a	7.95	2.01	2.89	*0.057*
	a VIII-a	8.16	1.85		
	a IX-a	8.46	1.90		
Locuinţă	Ambii părinţi	8.23	1.89	.221	*0.889*
	Mama	8.16	1.81		
	Tatăl	6.01	1.69		
	Părinte natural şi vitreg	8.50	1.95		
	Alţii (bunici, iubit/iubită)	7.71	2.28		
Statut angajare părinţi	Ambii angajaţi	8.18	1.87	.301	*0.741*
	Mama sau tatăl angajaţi	8.02	2.07		
	Fără loc de muncă	8.23	1.75		
Statut socio-economic (FAS III)	Scăzut	8.36	1.77	.812	*0.446*
	Mediu	8.06	1.97		
	Ridicat	8.30	1.82		

Notă. M = media, SD = abaterea standard, F = rezultatul la testul ANOVA unifactorial, *p* – pragul de semnificaţie statistică.

Relaţia dintre variabilele socio-demografice şi adaptarea şcolară (SAS). În Tabelul 2.11 sunt prezentate rezultatele analizelor statistice ce au fost derulate pentru a identifica relaţia dintre variabilele socio-demografice şi adaptarea şcolară. Rezultatele analizei de varianţă ANOVA unifactorială au arătat că sunt diferenţe semnificative statistic în funcţie de gen. Rezultatele indică diferenţe semnificative în funcţie de gen ($F(1, 321) = 4.62$, $p = 0.032$), fetele raportând scoruri mai mari la adaptarea şcolară ($M = 8.33$, $SD = 1.88$), comparativ cu băieţii ($M = 7.87$, $SD = 1.95$). Acest rezultat sugerează că fetele au tendinţa să se implice mai mult în activităţile şcolare, sunt mai orientate spre dobândirea de cunoştinţe şi atingerea unei performanţe academice şi dedică mai mult efort construirii şi consolidării unor relaţii pozitive cu cadrele didactice.

În ceea ce priveşte celelalte variabile socio-demografice analizate – locuinţă, status angajare părinţi şi statut socio-economic (FASIII)- nu s-au înregistrat diferenţe statistic semnificative. Acest lucru poate sugera că adaptarea şcolară este influenţată mai puţin de factorii

care ţin de contextul familial şi material şi mai mult de factorii interni (de exemplu factorii motivaţionali, emoţionali, cognitivi) şi de experienţele directe din mediul şcolar. De asemenea, acest rezultat poate fi o caracteristică a eşantionului analizat, care face parte din mediul rural, unde diferenţele socio-economice nu sunt atât de mari cât să atingă semnificativitate statistică.

Sumarizând, **Ipoteza 1** a fost susţinută în mare măsură de datele cercetării. Rezultatele au evidenţiat existenţa unor diferenţe semnificative statistic între adolescenţii cu istoric de abuz şi neglijare (*AP*) şi cei fără astfel de experienţe (*AA*) în ceea ce priveşte funcţionarea psihosocială şi adaptarea şcolară. Adolescenţii expuşi la CAN au raportat o implicare semnificativ mai frecventă în bullying, atât din postura de agresor, cât şi din cea de victimă, precum şi în cyberbullying prin mesaje şi imagini. De asemenea, adolescenţii cu istoric de CAN au prezentat niveluri mai ridicate ale problemelor emoţionale, comportamentale, de hiperactivitate şi ale dificultăţilor de relaţionare cu covârstnicii, precum şi scoruri mai mari pentru anxietate/depresie, însingurare/depresie, acuze somantice şi probleme sociale. În paralel, aceştia au raportat şi niveluri mai scăzute ale suportului social perceput de la părinţi, colegi şi cadre didactice.

În ceea ce priveşte adaptarea şcolară, adolescenţii cu istoric de CAN au raportat scoruri semnificativ mai mici comparativ cu cei fără astfel de experienţe, atât în comparaţia generală dintre grupurile AA şi AP, cât şi în analizele pentru fiecare formă de abuz şi neglijare, indicând un nivel mai redus al adaptării şcolare. Totodată, toate formele de abuz şi neglijare analizate au fost asociate cu scoruri semnificativ mai ridicate la subscalele privind dificultăţile de concentrare/atenţie (DIFCON) şi motivaţia academică scăzută (MOTSCA).

Ipoteza 2: Suportul social perceput de la părinţi, cadre didactice, colegi şi genul vor modera, pe rând, relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară. Mai exact, asocierea dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară va fi semnificativ mai puternică în cazul adolescenţilor care raportează niveluri scăzute de suport social comparativ cu cei care raportează niveluri ridicate de suport social.

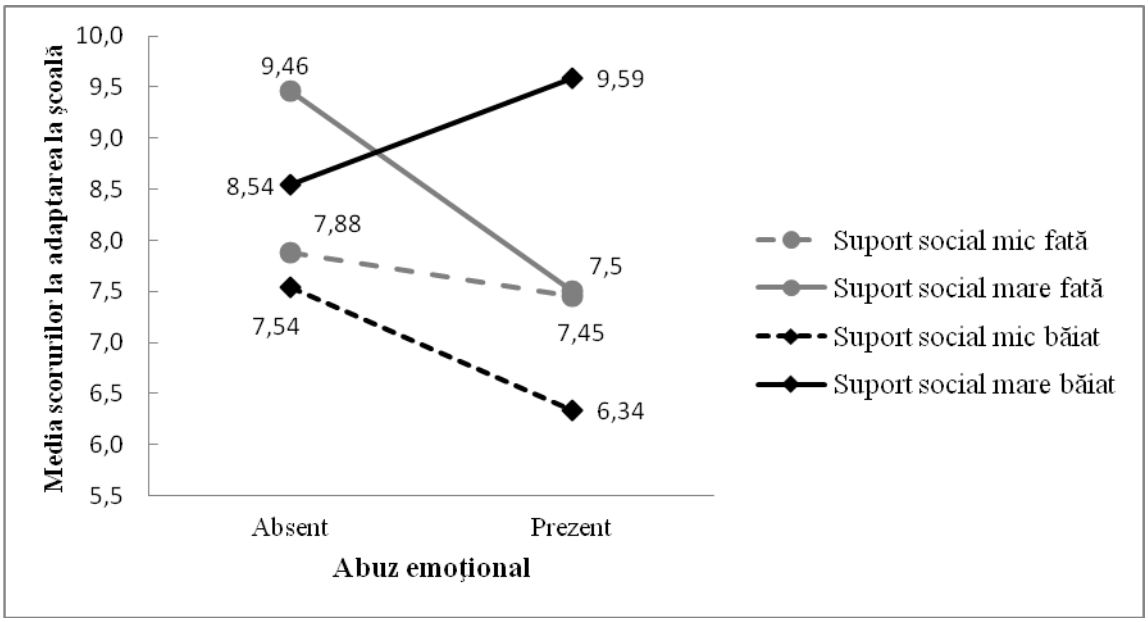
Analiza de moderare evaluează în ce măsură legătura dintre două variabile este afectată de nivelurile unei a treia variabile, care preia rolul de moderator. În lucrarea de faţă s-a evaluat măsura în care relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară este afectată de nivelul suportului social (mic, mare) şi gen. Această ipoteză s-a testat cu ajutorul extensiei PROCESS (versiunea 3.4.1.), propusă de către Andrew F. Hayes [142], din care s-a ales Modelul 3 de moderare-moderată.

A priori s-a calculat numărul de participanţi necesari pentru a rula modelele statistice, cu valoarea prestabilită la mărimea medie a efectului ($f^2 = 0.15$), puterea statistică de 0.80 şi pragul

de semnificaţie statistică, α = .05, din care a rezultat că este necesar un număr minim de 76 de adolescenţi. Prin urmare, s-au rulat analizele statistice în care variabilele predictor au fost abuzul emoţional, abuzul fizic şi neglijarea emoţională, abuzul sexual fiind indicat de un număr prea mic de adolescenţi. În continuare sunt prezentate trei modele de regresie semnificative statistic la nivel global, dintre care două au evidenţiat interacţiuni triple semnificative între expunerea la abuz, suport social perceput şi gen.

Modelul 1: Rolul moderator al suportului social perceput de la colegi în relaţia dintre expunerea la abuz emoţional şi adaptarea şcolară, în funcţie de gen

Acest model a fost semnificativ statistic ($F(7, 316) = 10.36$, $p < 0.001$, $R^2 = .186$), indicând faptul că variabilele incluse explică aproximativ 18.6% din varianţa adaptării şcolare (Tabel A2.18). Interacţiunea triplă dintre abuzul emoţional, suportul social perceput din partea colegilor şi genul este semnificativă statistic ($b = 0.77$, $SE = 0.26$, $t = 2.92$, $p = 0.0037$, IC95% [0.251; 1.289]). Acest rezultat indică faptul că efectul moderator al suportului social perceput din partea colegilor diferă semnificativ în funcţie de gen.



Figură 2.9 Ilustrarea efectului interacţiunii dintre expunerea la abuz emoţional, suportul social din partea colegilor şi gen asupra adaptării şcolare

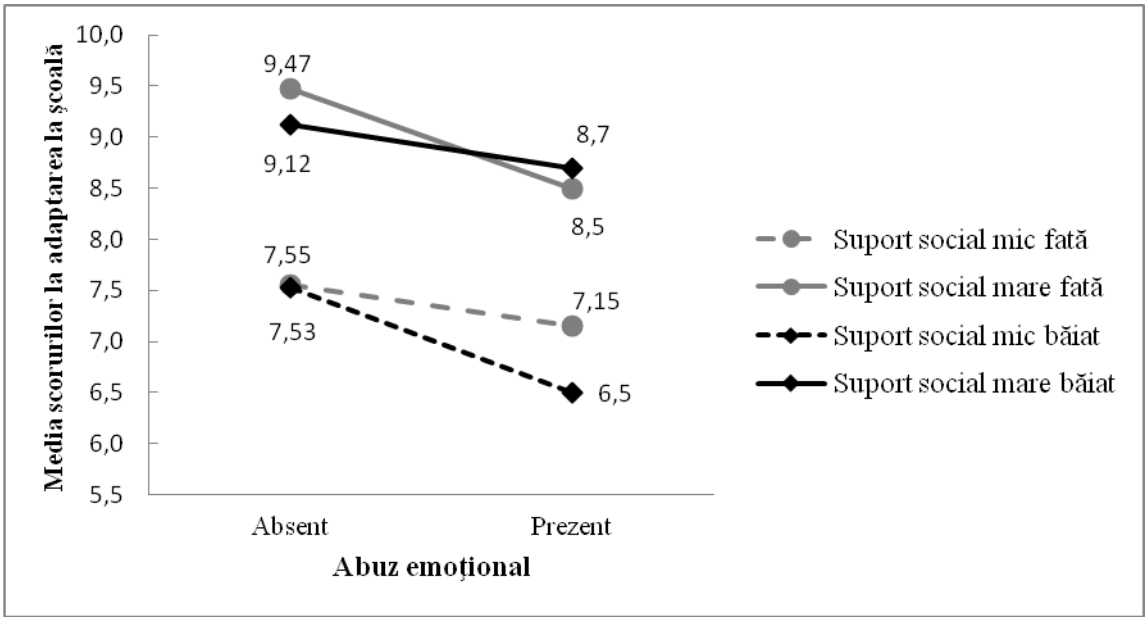
În cazul fetelor, interacţiunea dintre abuzul emoţional şi suportul social perceput din partea colegilor a fost semnificativă statistic (b = -0.31, p = 0.015). Analiza efectelor condiţionale a evidenţiat asocieri negative semnificative între expunerea la abuz emoţional şi adaptarea şcolară la niveluri ridicate ale suportului social perceput din partea colegilor (b = -2.005, SE = 0.52 $p < 0.001$), dar asocierea nu a fost semnificativă statistic la un nivel scăzut al suportului social. Acest tipar sugerează faptul că, în cazul fetelor, un nivel ridicat al suportului

social perceput de la colegi este asociat cu o accentuare a diferenţei în adaptarea şcolară între adolescentele cu istoric de abuz şi cele fără. Dar acest lucru nu înseamnă că un nivel scăzut al suportului social perceput din partea colegilor afectează negativ adaptarea şcolară a fetelor.

În cazul băieţilor, interacţiunea dintre abuzul emoţional şi suportul social perceput din partea colegilor a fost semnificativă statistic (b = 0.45, p = 0.048). Expunerea la abuz emoţional a fost asociată cu o adaptare şcolară semnificativ mai redusă numai în prezenţa unui nivel scăzut al suportului social perceput de la colegi (b = -1.22, p = 0.024), în timp ce la niveluri ridicate ale suportului social această asociere nu a fost semnificativă statistic. Altfel spus, în cazul băieţilor, un nivel ridicat al suportului social perceput din partea colegilor pare să aibă un rol protector, conducând la mai puţine dificultăţi în adaptarea şcolară pentru cei cu istoric de abuz.

În ansamblu, rezultatele indică că suportul social din partea colegilor are un posibil rol protector mai pronunţat în rândul băieţilor, în timp ce, la fete, influenţa acestuia este mai complexă şi este posibil să fie explicată prin alţi factori emoţionali sau relaţionali. În ansamblu, rezultatele evidenţiază particularităţile de gen în rolul moderator al suportului social din partea colegilor, subliniind necesitatea promovării unui climat de sprijin între colegi, în special pentru băieţii expuşi la abuz emoţional.

Modelul 2: Rolul moderator al suportului social perceput de la cadrele didactice în relaţia dintre expunerea la abuz emoţional şi adaptarea şcolară, în funcţie de gen



Figură 2.10 Ilustrarea efectului interacţiunii dintre expunerea la abuz emoţional, suport social din partea cadrelor didactice şi gen asupra adaptării şcolare

Modelul de moderare-moderată a fost semnificativ din punct de vedere statistic (F(7, 313) = 17.07, p < 0.001, R^2 = .276), explicând aproximativ 27.6% din varianţa adaptării şcolare

(Tabel A2.19). Interacţiunea triplă dintre abuzul emoţional, suportul social perceput din partea cadrelor didactice şi genul este semnificativă statistic (b = 0.30, SE = 0.14, t = 2.18, p = 0.030, IC95% [0.024; 0.576]). Această constatare indică faptul că rolul de moderator al suportului social perceput din partea cadrelor didactice în relaţia dintre expunerea la abuz emoţional şi adaptarea şcolară diferă în funcţie de gen.

Analiza efectelor condiţionale şi reprezentarea grafică a modelului (Figură 2.10) sugerează existenţa unor tipare distincte în cazul fetelor şi al băieţilor. Specific, rezultatele au arătat că în prezenţa unui nivel scăzut al suportului social perceput de la cadrele didactice, expunerea la abuz emoţional este asociată cu un nivel mai redus al adaptării şcolare (b = -1.03, SE = .12, p < 0.001) în rândul băieţilor. În schimb, la un nivel ridicat al suportului social perceput, diferenţele în adaptarea şcolară sunt mai mici între băieţii expuşi la abuz emoţional şi cei neexpuşi. Acest tipar este compatibil cu ipoteza unui posibil rol compensator al suportului social perceput din partea cadrelor didactice, fără a permite stabilirea unei relaţii cauzale.

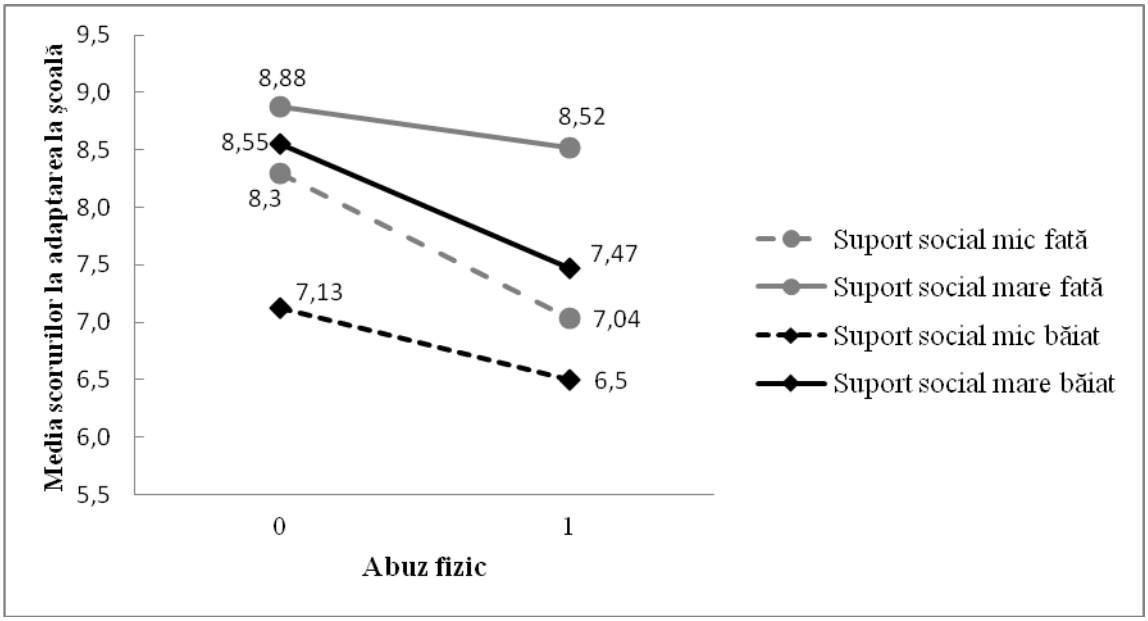
În cazul fetelor, reprezentarea grafică evidenţiază un tipar diferit. Deşi nivelurile ridicate ale suportului social perceput din partea cadrelor didactice sunt asociate cu scoruri mai mari ale adaptării şcolare, diferenţa negativă dintre scorurile raportate de fetele cu istoric de abuz emoţional şi cele fără istoric se menţine şi este mai pronunţată în condiţiile unui suport social ridicat (b = - 0.97, SE = .14, p < 0.001). Acest rezultat sugerează că, deşi suportul social din partea cadrelor didactice este o resursă relaţională importantă, nu este asociat cu aceeaşi atenuare a diferenţelor în adaptarea şcolară observată în cazul băieţilor. Particularităţile observate în rândul fetelor ar putea reflecta influenţa altor factori socioemoţionali şi relaţionali precum încrederea în propria persoană, calitatea relaţiilor cu adulţii sau modalităţile de valorificare a suportului social perceput, aspecte care nu au fost incluse în prezenta teză.

În ansamblu, rezultatele evidenţiază particularităţile de gen în rolul moderator al suportului social perceput din partea cadrelor didactice în relaţia dintre expunerea la abuz emoţional şi adaptarea şcolară. Tiparul observat în cazul băieţilor este compatibil cu un posibil rol protector al suportului social perceput din partea cadrelor didactice, în timp ce, în cazul fetelor asocierea negativă dintre expunerea la abuz emoţional şi adaptarea şcolară se menţine şi în condiţiile unui nivel ridicat al suportului perceput. Aceste constatări subliniază relevanţa relaţiei elev-cadru didactic şi susţin includerea unor componente orientate spre consolidarea acestei relaţii în intervenţiile psihoeducaţionale destinate adolescenţilor cu istoric de abuz emoţional. Totodată, diferenţele identificate sugerează importanţa unei abordări diferenţiate în funcţie de gen, care să ţină cont de particularităţile modului în care suportul social perceput din partea cadrelor didactice se asociază cu adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de abuz

emoţional.

Modelul 3: Rolul de moderator al suportului social perceput de la părinţi în relaţia dintre expunerea la abuz fizic şi adaptarea şcolară, în funcţie de gen

Acest model de moderare a fost statistic semnificativ ($F(7, 315) = 12.44$, $p < 0.001$, $R^2 = .217$), explicând 2.17% din varianţa adaptării şcolare (Tabel A2.20). Dintre termenii de interacţiune analizaţi, doar interacţiunea dintre suportul social perceput de la părinţi şi gen a fost semnificativă statistic ($b = -.62$, $SE = .15$, $p < 0.001$). Acest rezultat sugerează că asocierea dintre suportul social perceput de la părinţi şi adaptarea şcolară diferă în funcţie de gen, în condiţiile specificate de către model. Totuşi, semnificaţia acestei interacţiuni nu este suficientă pentru a susţine existenţa unui efect de moderare al relaţiei dintre expunerea la abuz fizic şi adaptarea şcolară.



Figură 2.11 Ilustrarea efectului interacţiunii dintre expunerea la abuz fizic, suport social din partea părinţilor şi gen asupra adaptării şcolare

Analiza efectelor condiţionale a evidenţiat o asociere negativă semnificativă între expunerea la abuz fizic şi adaptarea şcolară în cazul fetelor care raportează un nivel scăzut al suportului perceput de la părinţi ($b = -1.25$, $SE = .34$, $p < 0.001$). Această constatare indică faptul că fetele cu istoric de abuz fizic prezintă scoruri estimate mai reduse ale adaptării şcolare comparativ cu fetele fără istoric, în condiţiile unui suport social scăzut.

În cazul băieţilor care percep un nivel ridicat al suportului social perceput de la părinţi, asocierea dintre expunerea la abuz fizic şi adaptarea şcolară a fost, de asemenea, negativă şi semnificativă statistic ($b = -1.08$, $SE = .42$, $p = 0.011$). Acest rezultat sugerează că experienţele de abuz fizic sunt asociate cu dificultăţi de adaptare şcolară chiar şi atunci când băieţii raportează

un nivel ridicat al suportului perceput de la părinţi. Prin urmare, datele nu permit formularea concluziei că un nivel ridicat al suportului perceput de la părinţi atenuează în mod semnificativ asocierea dintre abuzul fizic şi adaptarea şcolară în cazul băieţilor.

În ansamblu, rezultatele evidenţiază relevanţa expunerii la abuz fizic, a suportului perceput de la părinţi şi a genului în explicarea variaţiei adaptării şcolare. Totodată, asocierea dintre suportul parental şi adaptarea şcolară pare să prezinte particularităţi în funcţie de gen. Aceste constatări susţin necesitatea integrării contextului familial în evaluarea şi sprijinirea adolescenţilor cu istoric de abuz fizic, precum şi dezvoltarea unor intervenţii psihoeducaţionale adaptate nevoilor individuale şi relaţionale ale acestora.

În concluzie, **Ipoteza 2** a fost confirmată parţial de rezultatele analizelor statistice. Cele trei modele de regresie au fost semnificative statistic la nivel global, însă dovezi privind moderarea-moderată a relaţiei dintre expunerea la abuz şi adaptarea şcolară au fost identificate în cazul suportului social perceput din partea colegilor şi din partea cadrelor didactice, în interacţiune cu genul adolescenţilor. Mai exact, interacţiunile triple semnificative statistic din primele două modele au evidenţiat că rolul moderator al suportului social perceput în relaţia dintre expunerea la abuz şi adaptarea şcolară diferă în funcţie de gen.

În cazul băieților, rezultatele au evidențiat un tipar compatibil cu un posibil rol protector al suportului social perceput din partea colegilor și al cadrelor didactice. Astfel, asocierea negativă dintre expunerea la abuz emoțional și adaptarea școlară a fost mai pronunțată în condițiile unui suport social perceput scăzut și s-a atenuat la niveluri ridicate ale acestuia. Această constatare sugerează că relațiile pozitive din mediul școlar ar putea reprezenta o resursă relațională importantă pentru băieții cu istoric de abuz emoțional, contribuind la crearea unor condiții favorabile integrării și adaptării școlare. Totuși, rezultatele nu permit stabilirea unei relații cauzale și nici identificarea mecanismelor psihologice prin care suportul social ar putea exercita această funcție.

În cazul fetelor, relația dintre suportul social perceput din mediul școlar, expunerea la abuz emoțional și adaptarea școlară a prezentat un tipar diferit. Deși nivelurile ridicate ale suportului perceput din partea colegilor și a cadrelor didactice au fost asociate cu scoruri mai bune ale adaptării școlare în anumite condiții ale modelelor, asocierea negativă dintre expunerea la abuz emoțional și adaptarea școlară s-a menținut și a fost mai pronunțată la niveluri ridicate ale suportului perceput. Aceste rezultate nu indică faptul că sprijinul colegilor sau al profesorilor ar avea un efect nefavorabil asupra adolescentelor cu istoric de abuz emoţional, ci sugerează că rolul său în relația dintre experiențele de abuz emoțional și adaptarea școlară poate fi diferit de cel observat în cazul băieților.

Diferențele identificate între fete și băieți pot fi discutate în raport cu particularitățile dezvoltării socioemoționale, ale relațiilor interpersonale și ale modalităților de valorificare a resurselor de sprijin în adolescență. Este posibil ca încrederea interpersonală, imaginea de sine, sentimentul de apartenență și calitatea relațiilor cu persoanele semnificative să contribuie la explicarea acestor diferențe. Cu toate acestea, asemenea mecanisme nu au fost investigate direct în cadrul modelelor statistice și necesită verificare în cercetări ulterioare.

În ceea ce privește suportul social perceput din partea părinților, rezultatele au evidențiat o interacțiune semnificativă statistic între suportul parental și gen, sugerând că asocierea dintre suportul parental perceput și adaptarea școlară prezintă particularități în funcție de gen. Totuși, rezultatele raportate nu au oferit dovezi suficiente pentru a susține că suportul parental moderează relația dintre expunerea la abuz fizic și adaptarea școlară. Prin urmare, acest model contribuie la înțelegerea relevanței contextului familial pentru adaptarea școlară, fără a confirma mecanismul de protecție presupus inițial.

În ansamblu, rezultatele susțin importanța resurselor de sprijin social percepute de adolescenți și evidențiază necesitatea analizării diferențiate a rolului acestora în funcție de sursa suportului, tipul experiențelor de abuz și gen. Din perspectiva intervențiilor psihoeducaționale, constatările subliniază relevanța promovării unui climat școlar caracterizat prin relații de încredere, acceptare și susținere între elevi și cadre didactice. În același timp, intervențiile destinate adolescenților cu istoric de abuz și neglijare ar trebui să includă strategii de dezvoltare a competențelor socioemoționale, de consolidare a sentimentului de siguranță și apartenență școlară și de facilitare a accesului la resurse de sprijin adecvate nevoilor individuale. Particularitățile de gen observate recomandă adaptarea intervențiilor, fără a presupune că anumite forme de sprijin sunt necesare exclusiv fetelor sau băieților.

Ipoteza 3: Problemele de sănătate mintală, suportul social perceput de la cele trei surse, expunerea la bullying/ cyberbullying/ bătăi, motivaţia academică scăzută şi dificultăţi de atenţie/concentrare vor media legătura dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară. Mai exact, expunerea la CAN este asociată cu mai multe probleme de sănătate mintală, implicarea mai frecventă în bullying/cyberbullying/bătăi, motivaţie şcolară scăzută şi dificultăţi de concentrare/atenţie, care la rândul lor sunt asociate cu niveluri scăzute ale adaptării şcolare.

Analiza de mediere are rolul de a pune în evidenţă acele mecanisme (mediatori) care ar putea explica relaţia dintre o variabilă independentă şi o variabilă dependentă. În acest studiu s-a investigat măsura în care suportul social, problemele de sănătate mintală, implicarea în bullying /cyberbullying /bătăi, motivaţia academică scăzută şi dificultăţile de concentrare/atenţie, pot juca

rolul de mecanism prin care s-ar putea explica nivelul adaptării şcolare în rândul adolescenţilor ce raportează experienţe de abuz şi neglijare emoţională. S-a testat această ipoteză cu ajutorul extensiei PROCESS (versiunea 3.4.1.), din care s-a ales Modelul 4, un model de mediere în paralel (în ecuaţie de mediere pot fi introduşi maxim 10 mediatori). În urma implementării analizelor statistice, au rezultat cinci modele semnificative statistic, dar doar o parte dintre variabile au mediat relaţia dintre expunerea la abuz şi adaptarea şcolară.

În această etapă a cercetării, variabila predictor a fost scorul ACE binar (0-abuz/neglijare absent, 1-abuz/neglijare prezent), care a permis o comparare directă între adolescenţii cu şi fără experienţe de CAN. Această abordare este justificată de nevoia de evidenţiere a impactului global al expunerii la abuz şi neglijare asupra adaptării şcolare, prin evitarea suprapunerilor între tipurile de abuz şi cu focalizarea atenţiei asupra mecanismelor psihosociale comune. Scorul binar are rolul de a facilita interpretarea efectelor de mediere şi de a accentua relevanţa practică a concluziilor prin delimitarea clară a grupurilor de risc.

Modelul 1, în care mediatorii au fost implicarea în bullying /cyberbullying /bătăi, a fost semnificativ statistic ($F(6, 309) = 8.58$, $p < 0.001$, $R^2 = .143$), explicând aproximativ 14.3% din varianţa adaptării şcolare (Tabel 2.12). Dintre variabilele analizate, implicarea în bullying din postura de agresor a fost singurul mediator statistic semnificativ (b = -.08 , SE = .04, 95%CI [-.187, -.005]), ceea ce indică un efect de mediere negativ. Rezultatele sugerează că experienţa de CAN din copilărie pot conduce, în adolescenţă, la creşterea probabilităţii de implicare în comportamente agresive – bullying (agresor), iar aceste comportamente, la rândul lor, diminuează nivelul de adaptare şcolară. Cu alte cuvinte, implicare în bullying din postura de agresor funcţionează ca un mecanism de externalizare a tensiunilor emoţionale generate de abuz şi neglijare, în lipsa altor strategii eficiente de reglare a emoţiilor negative. Însă, în plan şcolar, implicarea în bullying din postura de agresor este asociată cu dificultăţi de integrare socială, conflicte şi scăderea motivaţiei şcolare, ceea ce poate explica scorurile mici la adaptarea şcolară.

Tabel 2.12 Rezultate *Model 1* mediere: ACE, bullying/cyberbullying/bătăi (mediatori), adaptarea şcolară

Mediator	Efect VI →mediator (*a*)	Efect unic mediator (*b*)	Efect indirect (*ab*)	BC 95%	
				CI_{min}	CI_{max}
Bătăi	.03(.13)	-.25(.08)*	-.008(.03)	-.086	.067
Bullying agresor	**.42(.12)****	**-.19(.09)***	**-.08(.04)**	**-.187**	**-.005**
Bullying victimă	.22(.10)*	-.15(.11)	-.03(.02)	-.092	.010
Cyberbullying mesaj	.12(.06)	-.09(.18)	-.01(.02)	-.063	.026
Cyberbullying poze	.08(.03)*	-.11(.32)	-.009(.02)	-.070	.044

Notă. Toţi coeficienţii pentru calea a, b şi ab sunt coeficienţi nestandardizaţi cu eroarea standard corespunzătoare în paranteze (SE pentru a şi B, BootSE pentru ab). Modelul total a fost semnificativ statistic, $F(6, 309) = 8.58$, $p < 0.001$, $R^2 = 0.143$, p <0 .001; **$p < 0.001$; *$p < 0.05$.

De asemenea, implicarea din postura de agresor poate fi înţeleasă ca o strategie compensatorie de recâştigare a controlului şi puterii pierdute în relaţiile cu persoanele care perpetuează abuzul şi neglijarea asupra adolescenţilor. Astfel că, implicarea în bullying este practic un mediator comportamental între expunerea la CAN şi adaptarea şcolară, iar aceste rezultate subliniază importanţa programelor de prevenţie în mediul şcolar axate pe dezvoltarea abilităţilor de reglare emoţională şi rezolvarea non-violentă a conflictelor.

Tabel 2.13 Rezultate *Model 2* mediere: ACE, SDQ (mediator), adaptarea şcolară

Mediator Subscale SDQ	Efect VI →mediator (*a*)	Efect unic mediator (*b*)	Efect indirect (*ab*)	BC 95%	
				CI_{min}	CI_{max}
Probleme emoţionale	.53(.10)**	-.16(.11)	-.08(.06)	-.233	.038
Probleme comportamentale	**.47(.11)****	**-.34(.11)***	**-.16(.07)**	**-.316**	**-.041**
Probleme de hiperactivitate	**.60(.10)****	**-.30(.11)***	**-.18(.07)**	**-.347**	**-.049**
Probleme cu covârsnicii	.46(.11)**	-.16(.11)	-.07(.05)	-.194	.023

Notă. Toţi coeficienţii pentru calea a, b şi ab sunt coeficienţi nestandardizaţi cu eroarea standard corespunzătoare în paranteze (SE pentru a şi B, BootSE pentru ab). Modelul total a fost semnificativ statistic, $F(5, 317) = 16.48$, $p < .001$, $R^2 = .206$, $p < 0.001$; $^{**}p < 0.001$; $^{*}p < 0.05$.

Modelul 2, în care mediatorii au fost subscalele chestionarului SDQ - probleme emoţionale, probleme comportamentale, probleme de hiperactivitate şi probleme cu covârstnicii, a fost semnificativ statistic ($F(5, 317) = 16.48$, $p < 0.001$, $R^2 = .206$), explicând aproximativ 20.6% din varianţa adaptării şcolare (Tabel 2.13). Dintre variabilele analizate, problemele comportamentale ($b = -.16$, Boot*SE* = .07, 95%CI [-.316, -.041]) şi problemele de hiperactivitate ($b = -.18$, Boot*SE* = .18, 95%CI [-.347, -.049]) s-au dovedit a fi mediatori semnificativi ai relaţiei dintre expunere la CAN şi adaptarea şcolară.

Aceste rezultate sugerează că experienţele de CAN afectează adaptarea şcolară în principal prin perturbarea reglării comportamentale şi emoţionale. Problemele comportamentale pot fi înţelese ca o formă de externalizare a distresului emoţional generat de expunerea la abuz şi neglijare – adolescenţii expuşi la aceste experienţe au tendinţa de a dezvolta adesea o hiperactivitate a sistemului de răspuns la stres, care se poate asocia cu agresivitate, impulsivitate sau opoziţionism – mecanisme care funcţionează ca strategii de protecţie, dar afectează negativ integrarea socială şi relaţiile sociale. În acelaşi timp, problemele de hiperactivitate reflectă dificultăţile în autoreglarea atenţiei şi a comportamentului, fapt ce poate reduce capacitatea de concentrare, planificare şi finalizare a sarcinilor academice, conducând la un nivel mai scăzut al adaptării şcolare. Cei doi mediatori care nu au fost statistic semnificativi, problemele emoţionale şi problemele cu covârstnicii, deşi relevanţi din punct de vedere clinic, ar putea fi consideraţi factori care au un impact indirect sau sunt moderaţi de alţi factori (de exemplu: suport social) în rolul lor în adaptarea şcolară.

Tabel 2.14 Rezultate *Model 3* mediere: ACE, ASEBA (mediator), adaptare şcolară

Mediator Subscale ASEBA	Efect VI →mediator (*a*)	Efect unic mediator (*b*)	Efect indirect (*ab*)	BC 95%	
				CI_{min}	CI_{max}
Anxietate/depresie	**.76(.10)****	**-.44(.15)***	**-.34(13)**	**-.620**	**-.091**
Însingurare/depresie	.58(.10)**	-.16(.14)	-.09(.09)	-.290	.068
Acuze somatice	.50(.10)**	-.04(.12)	-.02(.06)	-.096	.146
Probleme sociale	**.62(.10)***	**-.26(.11)***	**-.15(.08)**	**-.325**	**-.004**

Notă. Toţi coeficienţii pentru calea a, b şi ab sunt coeficienţi nestandardizaţi cu eroarea standard corespunzătoare în paranteze (SE pentru a şi b, BootSE pentru ab). Modelul total a fost semnificativ statistic, $F(5, 318) = 15.17$, $p < .001$, $R^2 = .193$, $^{**}p < 0.001$; $^{*}p < 0.05$.

Modelul 3, în care mediatorii incluşi au fost subscalele chestionarului ASEBA-YSR - anxietate/depresie, însingurare/depresie, acuze somatice şi probleme sociale, a fost semnificativ statistic ($F(5, 318) = 15.17$, $p < 0.001$, $R^2 = .193$), explicând 19.3% din varianţa adaptării şcolare (Tabel 2.14). Dintre mediatorii analizaţi, anxietate/depresie (b = -.34 , Boot*SE* = .13, 95%CI [-.620, -.091]) şi probleme sociale (b = -.15, Boot*SE* = .08, 95%CI [-.325, -.004]) au fost statistic semnificativi, indicând faptul că aceste variabile au mediat relaţia dintre expunerea la CAN şi nivelul adaptării şcolare.

Rezultatele sugerează că expunerea la CAN în copilărie afectează adaptarea şcolară în adolescenţă prin mecanisme emoţionale şi relaţionale, în special prin simptome de anxietate/depresie şi dificultăţi în interacţiunea socială cu covârstnicii. Dificultăţile emoţionale pot acţiona ca bariere psihologice care împiedică adolescenţii să se adapteze eficient la mediul şcolar prin reducerea implicării cognitive şi emoţionale în activităţile şcolare, precum şi prin evitarea acelor sarcini sociale sau academice percepute ca fiind stresante. Pe de altă parte, problemele sociale evidenţiază dimensiunea interpersonală a adaptării – adolescenţii expuşi la abuz şi neglijare tind să aibă teamă de respingere, să fie mai retraşi social sau să manifeste mai frecvent comportamente inadecvate de relaţionare – ceea ce în mediul şcolar poate conduce la dificultăţi de adaptare şcolară.

În ansamblu, rezultatele Modelului 3 evidenţiază că mecanismele emoţionale (anxietate, depresie) şi cele relaţionale (probleme sociale) sunt factori importanţi ce pot explica relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară. Iar, intervenţiile psihopedagogice, ar trebui să vizeze reducerea simptomelor emoţionale şi consolidarea competenţelor sociale, pentru a creşte nivelul adaptării şcolare în rândul adolescenţilor cu istoric de CAN.

Modelul 4, în care mediatorii incluşi au fost suportul social perceput de la părinţi, cadre didactice şi covârstnici, a fost statistic semnificativ ($F(4, 307) = 29.52$, $p < 0.001$, $R^2 = .278$), explicând 27.8% din varianţa adaptării şcolare (Tabel 2.15). Dintre variabilele analizate, suportul social perceput de la părinţi (b = -.20 , Boot*SE* = .07, 95%CI [-.375, -.080]) şi suportul social

perceput de la cadrele didactice (*b* = -.24 , Boot*SE* = .09, 95%CI [-.452, -.080]) au fost mediatori semnificativi ai relaţiei dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară.

Tabel 2.15 Rezultate *Model 4* mediere: ACE, suportul social perceput (mediator), adaptare şcolară

Mediator	Efect VI →mediator (*a*)	Efect unic mediator (*b*)	Efect indirect (*ab*)	BC 95%	
				CI_{min}	CI_{max}
Suport social părinţi	**-.54(.10)****	**.37(.09)****	**-.20(07)**	**-.375**	**-.080**
Suport social cadre didactice	**-.34(.11)***	**.71(.10)****	**-.24(.09)**	**-.452**	**-.080**
Suport social colegi	-.49(.11)**	.11(.10)	-.05(.05)	-.186	.038

Notă. Toţi coeficienţii pentru calea a, b şi ab sunt coeficienţi nestandardizaţi cu eroarea standard corespunzătoare în paranteze (SE pentru a şi b, BootSE pentru ab). Modelul total a fost semnificativ statistic, $F(4, 307) = 29.52$, $p < .001$, $R^2 = .278$, p < 0.001; **$p < 0.001$; *$p < 0.05$.

Rezultatele indică faptul că suportul social perceput de la părinţi şi cel din partea cadrelor didactice pot constitui mecanisme prin care experienţa de abuz şi neglijare se asociază cu adaptarea şcolară a adolescenţilor. Relaţiile pozitive cu adulţii semnificativi, membri ai familiei, oferă adolescenţilor un sentiment de siguranţă emoţională, reduc sentimentul de singurătate şi restabilesc încrederea în ceilalţi. La rândul său, suportul social primit de la cadrele didactice este o sursă de validare a competenţelor personale, reducând riscul de retragere emoţională sau de manifestare a unor comportamente problematice în mediul şcolar. Suportul social perceput de la colegi nu a atins semnificativitatea statistică, ceea ce poate fi explicat prin natura instabilă a relaţiilor cu covârstnicii din perioada adolescenţei, care pot fi simultan surse de suport, dar şi de stres. În ansamblu, Modelul 4 evidenţiază faptul că suportul social de la părinţi şi cadre didactice este un mecanism protector central care mediază legătura dintre expunere la CAN şi adaptarea şcolară. Rezultatele subliniază importanţa cultivării în practica educaţională a relaţiilor de sprijin între elevi, familie şi cadre didactice.

Tabel 2.16 Rezultate Model 5 mediere: ACE, MOTSCA/DIFCON (mediator), adaptare şcolară

Mediator	Efect VI →mediator (*a*)	Efect unic mediator (*b*)	Efect indirect (*ab*)	BC 95%	
				CI_{min}	CI_{max}
Motivaţia academică scăzută - MOTSCA	**.53(.10)****	**-1.59(.06)****	**-.84(17)**	**-1.21**	**-.513**
Dificultăţi de concentrare/atenţie - DIFCON	.79(.10)**	-.07(.06)	-.06(.05)	-.185	.050

Notă. Toţi coeficienţii pentru calea a, b şi ab sunt coeficienţi nestandardizaţi cu eroarea standard corespunzătoare în paranteze (SE pentru a şi b, BootSE pentru ab). Modelul total a fost semnificativ statistic, $F(3, 320) = 313.85$, $p < .001$, $R^2 = .746$, p < .001; **$p < 0.001$; *$p < 0.05$.

Modelul 5, în care mediatorii incluşi au fost subscalele chestionarului SMALSI, motivaţia academică scăzută (MOTSCA) şi dificultăţi de concentrare/atenţie (DIFCON), a fost statistic

semnificativ ($F(3, 320) = 313.85$, $p < 0.001$, $R^2 = .746$), explicând 74.6% din varianţa adaptării şcolare (Tabel 2.16). Dintre variabilele analizate doar MOTSCA a mediat semnificativ relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară ($b = -.53$, Boot$SE = .84$, 95%CI [-1.21, -.513], $p < 0.001$).

Aceste rezultate indică faptul că motivaţia academică scăzută reprezintă un mecanism central prin care expunerea la CAN afectează adaptarea şcolară. Din perspectivă psihologică, aceste rezultate pot fi explicate prin efectele cumulative ale experienţei de CAN asupra autoreglări şi sentimentului de competenţă personală. Adolescenţii care au fost expuşi la CAN tind să aibă o reprezentare negativă a propriei autoeficacităţi, prin urmare se implică mai puţin în realizarea şi finalizarea sarcinilor şcolare. De asemenea, experienţa de CAN se poate asocia cu diminuarea motivaţiei intrinseci şi orientarea spre o motivaţie extrinsecă, caracterizată de o lipsă a scopului şi sensului în activitatea şcolară, care conduce la dificultăţi de adaptare şcolară.

Faptul că dificultăţile de concentrare/atenţie nu au atins semnificativitatea statistică poate sugera că, deşi atenţia este adesea afectată de expunerea la CAN, impactul asupra adaptării şcolare este mediat principal de motivaţie, care are un rol integrator, afectând atât procesele cognitive, cât şi pe cele emoţionale ale învăţării. Altfel spus, probleme de concentrare/atenţie ar putea fi considerate consecinţe secundare ale demotivării, nu factori independenţi care duc la dificultăţi de adaptare şcolară.

În consecinţă, rezultatele acestui model evidenţiază faptul că motivaţia academică scăzută funcţionează ca un mediator-cheie între expunerea la CAN şi adaptarea şcolară, explicând de ce unii adolescenţi care au experienţe de CAN prezintă performanţe acăzute şi dezangajare şcolară, chiar şi atunci când nu au tulburări emoţionale evidente. Astfel că, în mediul şcolar ar trebui să se promoveze un climat motivaţional pozitiv, feedback-ul constructiv şi relaţiile de suport elev-cadru didactic, pentru a restabili interesul şi încrederea elevilor vulnerabili în procesul de învăţare.

Sumarizând toate rezultatele modelelor de mediere prezentate anterior, s-a confirmat parţial **Ipoteza 3**, evidenţiind faptul că relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară este explicată printr-un set complex de mecanisme psihosociale. Mediatorii semnificativi au inclus variabilele comportamentale (implicarea în bullying-agresor, probleme de comportament şi hiperactivitate), emoţionale şi relaţionale (anxietate/despresie, probleme sociale), precum şi cognitive şi motivaţionale (motivaţia academică scăzută). De asemenea, s-a evidenţiat şi rolul protector al suportului social de la părinţi şi cadre didactice în atenuarea efectelor negative ale experienţelor timpurii de CAN. Rezultatele susţin ideea că adaptarea şcolară a adolescenţilor expuşi la CAN este influenţată simultan de factori interni (emoţionali şi cognitivi) şi factori

externi (relaţionali şi suportivi), subliniind importanţa implementării abordărilor educaţionale integrative centrate pe diminuarea dificultăţilor emoţionale şi comportamentale, precum şi promovarea suportului social şi creşterea motivaţiei academice.

Ipoteza 4: Stresul parental şi suportul social primit de către părinţi corelează cu expunerea adolescenţilor la CAN, implicarea în bullying/cyberbullying şi acte de violenţă în şcoală, probleme de sănătate mintală şi adaptarea şcolară a adolescenţilor.

Rezultatele analizelor de corelaţie au evidenţiat o asociere negativă între stresul parental şi suportul social pe care percep că îl primesc părinţii, r = -0.66, $p < 0.001$ (Tabel A2.21). Cu alte cuvinte, suportul social are un rol protector, reducând presiunea şi epuizarea asociate rolului de părinte. În cazul unui nivel redus de suport, părinţii pot percepe responsabilităţile privind creşterea copiluilui ca fiind copleşitoare, fapt care se asociază cu creşterea nivelul de stres parental perceput.

În relaţia cu experienţele de CAN manifestate asupra propriilor copii, stresul parental a corelat pozitiv cu experienţa de abuz emoţional (r = 0.45, $p < 0.001$), abuz fizic (r = 0.39, $p < 0.001$) şi neglijare emoţională (r = 0.24, $p < 0.001$), dar corelaţia a fost nesemnificativă în cazul abuzului sexual (r = 0.10, p = 0.075), rezultate prezentate în Tabel A2.21. În schimb, suportul social primit de către părinţi a corelat negativ cu abuzul emoţional (r = -0.29, p = 0.075), abuzul fizic (r = -0.30, $p < 0.001$) şi neglijarea emoţională (r = -0.21, $p < 0.001$), dar corelaţia a fost nesemnificativă în cazul abuzului sexual (r = -0.09, p = 0.110). Această lipsă de semnificaţie statistică în cazul abuzului sexual poate fi explicată prin numărul mic de adolescenţi care au indicat prezenţa acestui tip de abuz, precum şi prin faptul că acest tip de abuz este adesea perpetuat de persoane din afara familiei. Rezultatele sugerează că un nivel ridicat de stres parental se asociază cu o o frecvenţă mai mare a abuzului emoţional, fizic şi neglijare emoţională, în timp ce suportul social pe care percep părinţii că îl primesc se asociază cu o frecvenţă mai redusă a CAN, conform cu relatările adolescenţilor.

În ceea ce priveşte violenţa în mediul şcolar, stresul parental a corelat pozitiv cu implicarea adolescenţilor în bullying din postura de agresor (r = 0.15, p = 0.011), victimă (r = 0.12, p = 0.041) şi în cyberbullying prin poze (r = 0.13, p = 0.027), rezultate prezentate în Tabel A2.22. Suportul social pe care percep părinţii că îl primesc a corelat semnificativ doar cu implicarea în bătăi în mediul şcolar (r = -0.14, p = 0.017). Rezultatele arată că un nivel crescut de stres parental este asociat cu o implicarea mai frecventă a adolescenţilor în toate formele de violenţă şcolară evaluate. Acest lucru ar putea fi explicat prin faptul că adolescenţii perpetuează în mediul şcolar comportamentele violente învăţate în mediul familial, deoarece nu au avut

oportunitatea de a învăţa strategii de reglarea emoţională şi gestionare a relaţiilor sociale potrivite pentru construirea şi menţinerea unor relaţii sociale sănătoase.

În ceea ce priveşte problemele de sănătate mintală, stresul parental a corelat pozitiv cu toate categoriile de probleme evaluate (Tabel A2.23): probleme emoţionale ($r = 0.16$, $p = 0.005$), probleme de comportament ($r = 0.23$, $p < 0.001$), probleme de hiperactivitate ($r = 0.23$, $p < 0.005$), probleme cu covârstnicii ($r = 0.21$, $p < 0.001$), anxietate/depresie ($r = 0.21$, $p < 0.001$), depresie/însingurare ($r = 0.22$, $p < 0.01$), acuze somatice ($r = 0.17$, $p < 0.05$), probleme sociale ($r = 0.25$, $p < 0.001$). În mod complementar, suportul social primit de către părinţi a corelat negativ cu toate aceste dimensiuni: probleme emoţionale ($r = -0.23$, $p < 0.001$), probleme de comportament ($r = -0.26$, $p < 0.001$), probleme de hiperactivitate ($r = -0.24$, $p < 0.001$), probleme cu covârstnicii ($r = -0.22$, $p < 0.001$), anxietate/depresie ($r = -0.23$, $p < 0.001$), depresie/însingurare ($r = -0.27$, $p < 0.001$), acuze somatice ($r = -0.14$, $p = 0.013$) şi probleme sociale ($r = -0.24$, $p < 0.001$).

Rezultatele indică faptul că un nivel ridicat de stres parental este asociat cu mai multe probleme de sănătate mintală în rândul adolescenţilor. Părinţii care au un nivel de stres ridicat pot fi mai puţin disponibili emoţional, mai impulsivi şi inconsecvenţi în comportamentele din mediul familial, ceea ce poate afecta climatul familial, dar şi siguranţa emoţională a copilului, care în timp duc la apariţia unor probleme de sănătate mintală. Pe de altă parte, acei părinţi care percep că au suport social sunt mai predispuşi să ofere un mediu familial stabil, ceea ce contribuie la echilibrul emoţional şi social al adolescenţilor.

În privinţa adaptării şcolare, stresul parental a corelat pozitiv cu motivaţia academică scăzută ($r = 0.17$, $p < 0.001$) şi dificultăţile de concentrare/atenţie ($r = 0.30$, $p < 0.001$), respectiv negativ cu adaptarea şcolară ($r = -0.17$, $p < 0.05$), rezultate prezentate detaliat în Tabel A2.24. Suportul primit de către părinţi a corelat negativ cu motivaţia academică scăzută ($r = -0.14$, $p = 0.017$) şi dificultăţi de concentrare/atenţie ($r = -0.25$, $p < 0.001$), însă nesemnificativ cu adaptarea şcolară ($r = 0.07$, $p = 0.215$). Rezultatele arată că un nivel ridicat al stresului parental este asociat cu niveluri mai scăzute ale adaptării şcolare, cu motivaţie academică scăzută şi dificultăţi de concentrare/atenţie în rândul adolescenţilor. Acest lucru se poate explica prin faptul că acei părinţi care au presiuni materiale sau emoţionale tind să ofere mai puţin sprijin educaţional şi afectiv adolescenţilor, ceea ce reduce şi interesul acestora faţă de activitatea şcolară. Lipsa unei corelaţii semnificative cu adaptarea şcolară poate indica faptul că influenţa suportului se manifestă mai ales prin variabile intermediare, precum motivaţia şi reglarea atenţiei.

În concluzie, **Ipoteza 4** a fost confirmată în ansamblu. Stresul parental este asociat cu o

frecvenţă mai ridicată a CAN (conform cu relatările adolescenţilor), iar suportul social primit de către părinţi se asociază cu o frecvenţă mai redusă a CAN. Stresul parental s-a asociat pozitiv cu implicarea în bullying şi cyberbullying, toate problemele de sănătate mintală evaluate, motivaţia academică scăzută şi dificultăţi de concentrare/atenţie şi negativ cu adaptarea şcolară. Părinţii care au un nivel de stres ridicat sunt mai predispuşi să transmită propriile îngrijorări adolescenţilor sau să nu dea suficientă atenţie simptomelor de sănătate mintală şi parcursului academic. Pe de altă parte suportul social perceput de către părinte a fost asociat negativ cu toate probleme de sănătate mintală evaluate, motivaţia academică scăzută şi dificultăţi de concentrare/atenţie, dar nu s-au găsit asocieri semnificative cu actele de bullying/cyberbullying şi adaptarea şcolară. Putem considera că atunci când părintele percepe că primeşte un suport social satisfăcător de la persoanele apropiate este mai predispus să îşi îndeplinească atribuţiile de părinte, lucru care se reflectă în sănătatea mintală şi adaptarea şcolară a adolescentului.

Ipoteza 5: Vor exista diferenţe statistic semnificative în funcţie de nivelul de învăţământ în ceea ce priveşte variabilele incluse în studiu şi metodele de coping utilizate de către cadrele didactice în situaţii de dezvăluire a CAN.

Rezultatele analizelor statistice (detaliate în Tabel A2.25, Tabel A2.26 şi Tabel A2.27) au indicat diferenţe semnificative statistic la o parte dintre subscalele chestionarului CARIS-R, în funcţie de nivelul la care activează cadrele didactice. În ceea ce priveşte subscala - *atitudine creştere copil*, s-au înregistrat diferenţe semnificative ($F(3,652) = 4.25$, $p < 0.05$) între consilierii şcolari ($M = 4.60$, $SD = 1.26$) şi cadrele didactice de la nivel liceu ($M = 5.52$, $SD = 2.12$). Această diferenţă sugerează că, cadrele didactice de la nivel liceu, tind să manifeste o toleranţă mai ridicată faţă de metodele de disciplinare severe şi punitive, comparativ cu consilierii şcolari, care par să adopte o perspectivă blândă şi centrată pe nevoile adolescentului. De asemenea, cadrele didactice din invăţământul liceal au raportat cele mai mari scoruri la subscala *atitudine realizare raport* ($M = 11.52$, $SD = 3.43$), ceea ce indică că acestea percep procesul de raportare a unui caz de abuz şi neglijare ca fiind dificil, consumator de timp, solicitant emoţional şi o responsabilitate secundară în activitatea didactică.

Consilierii şcolari au obţinut scoruri semnificativ mai mari ($F(3, 652) = 4.07$, $p < 0.05$) la subscala *control comportamental persoană* ($M = 13.74$, $SD = 3.55$), comparativ cu cadrele didactice de la nivel liceu ($M = 12.37$, $SD = 3.64$). Totuşi, la subscala *control comportamental cadru didactic*, consilierii şcolari au avut scoruri semnificativ mai mici ($M = 8.91$, $SD = 2.80$), comparativ cu cadrele didactice de la nivel gimnaziu ($M = 10.61$, $SD = 2.95$), ($F(3, 652) = 8.46$, $p < 0.001$). Aceste rezultate indică faptul că, consilierii şcolari au încredere mai mare în propriile

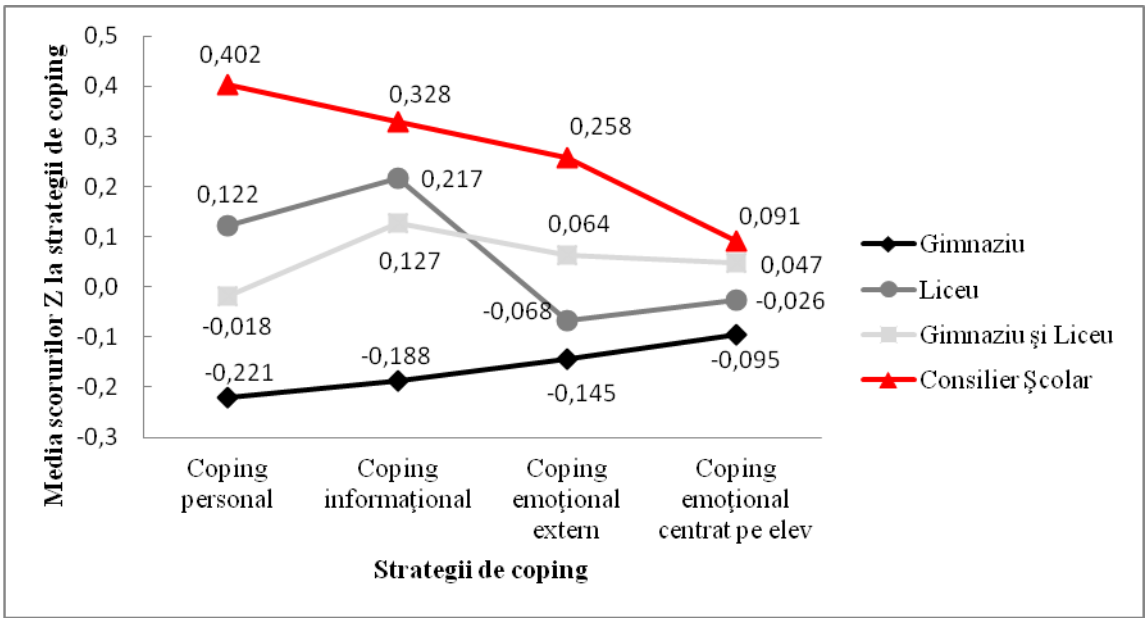
abilităţi de identificare şi intervenţie în cazurile de CAN, din postura de persoană care descoperă acest fenomen în mediul şcolar. Însă, din rolul formal de cadru didactic, consilierii şcolari întâmpină dificultăţi în identificarea şi intervenţia în cazurile de CAN. Această distincţie între percepţia controlului personal şi cea profesională evidenţiază o disonanţă între autoeficacitatea personală şi cea profesională a consilierilor şcolari, care sugerează că, deşi aceştia se simt pregătiţi să intervină ca indivizi, existenţa unor bariere instituţionale sau organizaţionale (de exemplu, lipsa de claritate în responsabilităţilor, volumul mare de muncă sau lipsa de instrumente specifice de evaluare) le pot reduce percepţia controlului profesional. În plan practic, aceste rezultate subliniază nevoia de clarificare şi consolidare a rolului consilierului şcolar în echipa multidisciplinară de protecţie a copilului faţă de CAN, prin facilitarea accesului la informaţii relevante din activitatea zilnică a adolescenţilor la risc.

Consilierii şcolari au răspuns corect la cea mai mare parte a întrebărilor din subscala *cunoştinţe* (M = 6.41, SD = 2.75), în comparaţie cu celelalte cadre didactice ($F(3, 652) = 16.74$, $p < 0.001$), rezultate detaliate în Tabel A2.27. Acest rezultat indică un nivel ridicat de familiaritate a consilierilor şcolari cu legislaţia, procedurile şi semnele asociate expunerii la CAN. În schimb, nivelul general de cunoştinţe al celorlalte cadre didactice s-a dovedit a fi limitat. Aproximativ 45.6% dintre respondenţi au spus că *nu ştiu* dacă sunt obligaţi să raporteze CAN, iar 47.9% au indicat că trebuie *să aibă dovezi concrete înainte de a face un raport,* ceea ce reflectă o neînţelegere a cadrului legal, potrivit căruia orice suspiciune de abuz trebuie semnalată autorităţilor competente. Mai mult, între 23.1% şi 65,5% dintre cadrele didactice au răspuns cu *nu ştiu* la întrebările privind legislaţia în vigoare, ceea ce indică lacune semnificative în formarea continuă a personalului didactic privind responsabilităţile legate de protecţia copilului în situaţie de CAN.

De asemenea, rezultatele au evidenţiat că, cadrele didactice debutante (1-5 ani experienţă), au scoruri mai ridicate la intenţia de a raporta CAN (M = 64.46), faţă de cadrele didactice cu o experienţă medie (5-15 ani: M = 59.85) şi cele cu o experienţă îndelungată (>16 ani: M = 61.42). Această tendinţă sugerează că, cadrele didactice tinere, prezintă o atitudine mai proactivă şi o sensibilitate mai mare faţă de problematica CAN, posibil datorită formării universitare recente, care este influenţată de politici educaţionale şi cursuri de formare ce pun accent pe protecţia şi drepturile copilului.

În ceea ce priveşte metodele de coping pe care cadrele didactice le folosesc atunci când identifică un caz de CAN în şcoală, s-au obţinut câteva diferenţe semnificative statistic relevante. În Figura 2.12 sunt prezentate grafic strategiile de coping, în funcţie de nivelul la care activează cadrele didactice. Consilierii şcolari au raportat medii mai mari la toate strategiile de coping,

comparativ cu celelalte categorii de cadre didactice. *Coping-ul personal*, manifestat prin comportamente de încurajare a elevului în timpul programului şcolar, fără a-l favoriza şi a declanşa antipatia celorlalţi colegi, este folosit preponderent de consilierii şcolari (*M* = 0.40, *SD* = 0.90), urmaţi de cadrele didactice de la liceu (*M* = 0.12, *SD* = 0.96), cadrele didactice de la gimnaziu şi liceu (*M* = -0.01, *SD* = 0.97) şi cadrele didactice din gimnaziu (*M* = -0.22, *SD* = 1.09). *Coping-ul informaţional*, la care un scor mare presupune că un cadru didactic nu strânge dovezi pentru a susţine suspiciunea de abuz şi neglijare, au raportat medii mari, consilierii şcolari (*M* = 0.32, *SD* = 1.12), cadrele didactice din liceu (*M* = 0.21, *SD* = 1.06) şi cadrele didactice din gimnaziu şi liceu (*M* = 0.12, *SD* = 0.89), iar în extremă sunt cadrele didactice din gimnaziu (*M* = -0.18, *SD* = 0.88). Reiese că, cadrele didactice din gimnaziu sunt mai înclinate să adune dovezi care să confirme suspiciunea de abuz şi neglijare, comparativ cu celelalte cadre didactice. *Coping-ul emoţional extern*, care presupune accentuarea faptului că nu este vina copilului şi căutarea de ajutor la autorităţile competente, este folosit preponderent de consilierii şcolari (*M* = 0.25, *SD* = 0.95) şi cel mai puţin de către cadrele didactice din gimnaziu (*M* = -0.14, *SD* = 1.06). Ultimul tip de coping, *coping-ul emoţional centrat pe elev*, este folosit de toate cadrele didactice.



Figură 2.12 Strategiile de coping folosite de către cadrele didactice

Cadrele didactice de la nivel gimnaziu au raportat scoruri semnificativ mai mici la subscale *coping informaţional* (*M* = 7.56, *SD* = 3.04), dar şi la subscale *coping personal* (*M* = 7.37, *SD* = 2.29), comparativ cu consilierii şcolari (*M* = 9.33, *SD* = 3.87; *M* = 8.68, *SD* = 1.90) şi cadrele didactice de la nivel liceu (*M* = 8.95, *SD* = 3.64; *M* = 8.09, *SD* = 2.02). Diferenţele au fost statistic semnificative pentru *coping-ul informaţional* ($F(3, 652) = 7.66$), $p < .00$ şi pentru *coping-ul personal* ($F(3, 652) = 9.86$, $p < 0.001$).

Coping-ul informaţional însumează comportamente precum căutarea de dovezi, mărturii sau clarificări suplimentare înainte de a raporta un caz de CAN. Scorurile mai scăzute în rândul cadrelor didactice din gimnaziu indică precauţie şi ezitantare în implicarea imediată, cu o preferinţă spre confirmarea suspiciunilor înainte de a acţiona. Această atitudine ar putea fi explicată şi prin nesiguranţa cadrelor didactice privind procedurile legale, teama de a face acuzaţii nefondate sau lipsa formării specifice în identificarea semnelor timpurii ale expunerii la CAN. Această strategie de coping ar putea fi catalogată ca fiind una defensivă, menită să reducă anxietatea asociată responsabilităţii profesionale de a raporta.

În ceea ce priveşte *coping-ul personal*, care reflectă comportamente empatice de sprijin direct faţă de elev (precum încurajarea, normalizarea situaţiei, oferirea de suport emoţional, creearea unui cadru sigur în mediul şcolar), cadrele didactice de la nivel gimnazial au raportat scoruri semnificativ mai mici comparativ cu celelalte categorii de cadre didactice. Acest rezultat sugerează o implicare emoţională redusă, prin păstrarea distanţei afective faţă de adolescentul-victimă. O posibilă explicaţie pentru această opţiune ar putea fi faptul că aceste cadre didactice lucrează cu preadolescenţi – o categorie de vârstă vulnerabilă şi în plină dezvoltare emoţională şi comportamentală, ceea ce poate face mai dificilă diferenţierea între comportamente specifice vârstei şi semnele de CAN. De asemenea, în această etapă şcolară, presiunea pentru performanţă academică cade atât pe cadrele didactice, cât şi pe elevi, ceea ce lasă mai puţin spaţiu pentru implicarea socio-emoţională în viaţa adolescentului.

În concluzie, rezultatele obţinute au evidenţiat diferenţe relevante între categoriile de cadre didactice în ceea ce priveşte subscalele ce au măsurat atitudini, cunoştinţe, control comportamental perceput şi strategii de coping. Prin urmare, **Ipoteza 5** a fost confirmată statistic. Consilierii şcolari s-au remarcat printr-un nivel mai ridicat al cunoştinţelor şi al controlului comportamental personal, dar au raportat un nivel redus al controlului comportamental din postura de cadru didactic, ceea ce sugerează existenţa unor bariere instituţionale care pot diminua eficienţa profesională a acestora. Cadrele didactice de la nivel liceal tind să manifeste atitudini mai permisive faţă de disciplinarea severă a elevilor şi percep procesul de raportare a cazurilor de CAN ca fiind dificil şi consumator de timp.

În ceea ce priveşte strategiile de coping, cadrele didactice de la nivel gimnazial au raportat niveluri mai scăzute ale coping-ului informaţional şi personal, ceea ce denotă tendina de a fi precauţi şi de a se implica mai puţin emoţional în situaţiile de CAN. În contrast, consilierii şcolari şi cadrele didactice de la nivel liceu au manifestat o abordare mai echilibrată a cazurilor de CAN, bazată pe empatie şi suport emoţional, dar şi o mai bună cunoaştere a cadrului legal. În ansamblu, rezultatele sugerează că nivelul de formare profesională, experienţa şi contactul direct

cu elevii pot influenţa semnificativ modul în care cadrele didactice percep şi reuşesc să gestioneze cazurile de CAN. Prin urmare, aceste constatări subliniază necesitatea dezvoltării unor programe de formare continuă pentru cadrele didactice, care să aibă drept scop final consolidarea unei culturi insituţionale de protecţie a copilului. Aceste programe nu ar trebui să presupună doar cunoştinţe tehnice, ci şi formarea de atitudini reflexive şi empatice, care să le permită cadrelor didactice şi consilierilor şcolari să acţioneze prompt, responsabil şi corect în faţa oricărei suspiciuni de abuz şi neglijare.

Ipoteza 6: Va exista o asociere semnificativă între variabilele socio-demografice, experienţa personală de CAN, participarea la programe de formare şi prezenţa sau lipsa raportării cazurilor de CAN.

O treime dintre cadrele didactice (34%) au indicat că au raportat cel puţin un caz de CAN în toată cariera lor. Dintre aceştia, 83% aveau cel puţin un copil, 76.4% lucrau în mediul urban, şi 45.3% au fost expuşi abuzului/neglijării în copilăria proprie. A fost o asociere statistic semnificativă între nivelul la care activau cadrele didactice şi experienţa anterioară de raportare CAN ($\chi 2(5) = 39.41$, $p < 0.001$), indice de asociere moderat (V Cramer = .24). Consilierii şcolari (57.7%) au avut cea mai mare rată a raportări, urmaţi de cadrele didactice de la nivel gimnazial (31.1%) şi cei nivel liceal (28.7%). Mediul de proveniență nu s-a asociat semnificativ cu istoricul de raportare CAN ($\chi 2(2) = 1.13$, $p = 0.329$).

Mai puţin de jumătate dintre cadrele didactice (46.3%) au indicat că nu au raportat cel puţin un caz de CAN, deşi ştiau de existenţa acestuia. Nivelul la care cadrele didactice activau a fost asociat semnificativ statistic cu lipsa raportării ($\chi 2(6) = 21.56$, $p < 0.001$), indice de asociere moderat (V Cramer = .18). Majoritate dintre cei care au indicat că nu au raportat lucrau la nivel liceu (48.4%) şi gimnaziu (23%). Consilierii şcolari au avut cel mai mic procent la neraportarea cazurilor (12.5%). De asemenea, am găsit o asociere semnificativă între experienţa proprie de abuz şi neglijare şi lipsa raportării, constatată şi statistic ($\chi 2(1) = 19.71$, $p < 0.001$), indice de asociere moderat (V Cramer = .17). Altfel spus, cadrele didactice care au fost expuse la abuz şi neglijare în copilăria proprie au indicat într-un procent mai mic că nu au raportat CAN (23%), comparativ cu cadrele didactice fără experienţă proprie de CAN (77%). Motivele indicate de către cadrele didactice pentru lipsa raportării au fost: *lipsa dovezilor concrete* (39.1%), urmat de „*nu am întâlnit un astfel de caz*" (32.5%), *lipsa de încredere în autorităţile statului* (20.4%) şi *frica de repercursiuni* (6.6%).

În ceea ce priveşte pregătirea profesională a cadrelor didactice pentru gestionarea cazurilor de CAN, doar 20.1% dintre acestea au participat la cursuri de formare furnizate de

asociaţii şi universităţi. Majoritatea dintre cei care au indicat participarea au fost consilieri şcolari (34.8%), urmaţi de cadre didactice de la nivel liceu (34.1%) şi gimnaziu (15.9%). Este important de menţionat că 7.4% dintre cadrele didactice au indicat că au învăţat pe cont propriu cum să ajute elevii expuşi la CAN, citind cărţi de specialitate sau studii.

Conform cu rezultatele analizelor statistice prezentate anterior, **Ipoteza 6** a fost confirmată statistic. Din rezultate a reieşit că, cadrele didactice care au istoric de CAN, sunt mai predispuse să raporteze situaţiile de abuz şi neglijare, iar consilierii şcolari au raportat cele mai multe cazuri. Primul loc la motivele pentru neraportarea unui caz l-a ocupat *„lipsa dovezilor”*, deşi legea stipulează clar că nu sunt responsabile cadrele didactice să confirme suspiciunile unui caz de CAN. Mai mult, preluarea rolului de detectiv poate duce la revictimizarea adolescentului şi la accentuarea consecinţelor negative.

De asemenea, un număr mic de cadre didactice au participat la cursuri de formare privind gestionarea eficientă a cazurilor de CAN din şcoala în care activau. Acest lucru s-ar putea explica prin disponibilitatea redusă a cursurilor care abordează aceste teme sensibile, interesul scăzut al cadrelor didactice de a se implica, plasarea responsabilităţii pe umerii serviciilor sociale sau faptul că nu au întâlnit în şcoală astfel de cazuri. O altă explicaţie ar fi evitarea unor situaţii cu potenţial traumatic, deoarece cadrul didactic percepe că nu are suficiente resurse personale pentru a gestiona corespunzător CAN.

Ipoteza 7: Participarea la programe de formare, experienţa în raportare CAN, cunoştinţele, atitudinile, normele subiective şi controlul comportamental perceput vor fi predictori semnificativi ai intenţiei de a raporta cazuri severe şi mai puţin severe de CAN.

Pentru a investiga măsura în care factorii incluşi în cercetare se asociază cu intenţia cadrelor didactice de a raporta cazurile de CAN (sever şi mai puţin sever), s-a derulat o analiză de regresie multiplă ierarhică, în care s-au folosit variabilele predictor: participarea la programe de formare, experienţa în raportare CAN, cunoştinţe, atitudini, norme subiective şi control comportamental perceput. În cadrul acestei analize, s-au derulat patru modele statistice şi s-a folosit Teoria Comportamentului Planificat (TCP) ca model pentru introducerea variabilelor. Toate asumpţiile au fost îndeplinite pentru realizarea analizei de regresie.

În Tabelul A2.28 sunt prezentate detaliat rezultatele analizelor statistice. Modelul total de regresie a fost semnificativ statistic ($F(10, 645) = 34.47$, $p < 0.001.$, $R^2 = .34$). În *Modelul 1* putem observa că participarea la cursuri de formare, experienţa anterioară în raportarea CAN şi cunoştinţele au contribuit semnificativ la intenţia de a raporta CAN ($F(3, 652) = 10.78$, $p < 0.001$, $R^2 = .04$).

În *Modelul 2*, adăugarea în ecuaţie a celor patru subscale privind atitudinile cadrelor didactice a dus la o creştere semnificativă a R^2 de .17 ($F(4, 648) = 35.63$, $p < 0.001$). Subscalele *atitudine creştere copil* şi *atitudine realizare raport* au fost predictori în sens negativ, subscala *atitudine responsabilitate profesională* a fost un predictor pozitiv, iar predictorul *atitudine pedepsire abuzator* nu a fost semnificativ statistic. Altfel spus, cadrele didactice care consideră că metodele negative de disciplinare ale copiilor nu sunt potrivite pentru educarea acestora, că realizarea unui raport spre autorităţile competente nu este o activitate obositoare emoţional şi costisitoare din punct de vedere al timpului şi se simt responsabile de ocrotirea şi protejarea copiilor, au o intenţie mai puternică de a raporta CAN.

În *Modelul 3*, pe lângă variabilele adăugate anterior, s-au adăugat şi cele două subscale privind *norme subiective,* ceea ce a dus la o creştere cu .06 a R^2 ($F(2, 646) = 27.94$, $p < 0.001$). Doar subscala *norme subiective directe* a fost predictor semnificativ al intenţiei de a raporta. Altfel spus, cadrele didactice care consideră că persoanele importante pentru ele s-ar aştepta ca ele să raporteze CAN sunt mai înclinate să realizeze un raport.

În ultimul model, *Modelul 4*, s-au adăugat subscalele privind *controlul comportamental perceput*, ceea ce a dus la o creştere cu .06 a R^2. În acest model se poate observa că predictorii intenţiei de a raporta CAN care au rămas statistic semnificativi sunt: *atitudine creştere copil*, *atitudine responsabilitate profesională* şi *controlul comportamental persoană*. Cadrul didactic, care este cel mai predispus la a se implica şi raporta cazurile de CAN, nu aprobă metodele disciplinare agresive şi punitive de educare a copilului, consideră că este responsabil să protejeze interesele copilului şi are încredere în capacităţile personale de a gestiona situaţiile de CAN întâlnite în mediul şcolar.

În concluzie, **Ipoteza 7** a fost parţial confirmată deoarece doar o parte dintre predictorii propuşi au fost statistic semnificativi. Specific, intenţia cadrelor didactice de a se implica şi raporta CAN poate fi influenţată de atitudinile privind creşterea copiilor, atitudinile privind responsabilitatea profesională de a interveni şi control comportamental personal.

2.6. Concluzii la capitolul 2

1. Rezultatele studiului de constatare au arătat că abuzul emoţional este cea mai frecventă formă de abuz raportată, urmată de abuz fizic şi cel sexual. Fetele au raportat mai frecvent decât băieţii prezenţa abuzului emoţional şi a neglijării emoţionale.
2. Adolescenţii cu istoric de CAN au raportat, comparativ cu cei fără istoric: o implicare mai crescută în comportamente de *bullying* şi *cyberbullying*, atât din rolul de agresor, cât şi din cel de victimă şi scoruri mai ridicate la dificultăţile emoţionale, comportamentale şi sociale;

niveluri mai scăzute ale *suportului social perceput din partea părinţilor, colegilor* şi *cadrelor didactice*, existând însă diferenţe în funcţie de tipul de abuz şi gen; scoruri semnificativ mai mici la *adaptarea şcolară* şi scoruri mai mari la *motivaţia academică scăzută* şi *dificultăţi de concentrare/atenţie*.

3. Rezultatele analizelor de moderare moderată au evidenţiat că rolul *suportului social perceput din partea colegilor* şi al *cadrelor didactice* în relaţia dintre expunerea la abuz emoţional şi adaptare şcolară diferă semnificativ în funcţie de gen. În ceea ce priveşte suportul social perceput de la părinţi, rezultatele au evidenţiat diferenţe de gen în asocierea acestuia cu adaptarea şcolară, fără a confirma însă un rol moderator semnificativ în relaţia dintre expunerea la abuz fizic şi adaptarea şcolară.
4. Analizele de mediere în paralel au identificat efecte indirecte semnificative statistic prin implicarea în *bullying din postura de agresor, probleme comportamentale, probleme de hiperactivitate, anxietate/depresie, probleme sociale, suportul social perceput de la părinţi, suportul social perceput de la cadrele didactice* şi *motivaţia academică scăzută.* Aceste rezultate sugerează existenţa mai multor căi psihosociale prin care experienţele de CAN sunt asociate cu adaptare şcolară, fără a permite stabilirea unor mecanisme cauzale pe baza analizelor realizate.
5. La nivel parental, un nivel ridicat de *stres parental* s-a asociat cu o frecvenţă mai mare a comportamentelor de CAN, în timp ce *suportul social perceput* de către părinţi a reprezentat un factor de protecţie pentru sănătatea mintală şi adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN.
6. Rezultatele privind raportarea cazurilor de CAN au evidenţiat diferenţe în funcţie de categoria profesională şi nivelul de învăţământ: consilierii şcolari au raportat mai frecvent cazurile de CAN, urmaţi de cadrele didactice de la nivel gimnazial. În ceea ce priveşte strategiile de coping utilizate în situaţiile de identificare a cazurilor de CAN, cadrele didactice din gimnaziu au raportat scoruri mai mici la coping informaţional şi personal comparativ cu consilierii şcolari şi cadrele didactice din liceu.
7. Rezultatele analizei de regresie ierarhică a scos în evidenţă câţiva predictori ai intenţiei cadrelor didactice de a raporta CAN precum: atitudinea privind creşterea copiilor, atitudinea privind responsabilitatea profesională şi control comportamental perceput în calitate de persoană. Aceste rezultate subliniază relevanţa factorilor atitudinali şi a percepţiei propriei capacităţi de acţiune în explicarea intenţiei declarate de raportare.
8. În ansamblu, rezultatele evidenţiază faptul că expunerea la abuz şi neglijare are efecte complexe asupra dezvoltării psihosociale şi adaptării şcolare a adolescenţilor, iar suportul

social primit de la părinţi, cadre didactice şi colegi poate avea un rol compensator.

9. Pe baza rezultatelor studiului constatativ a fost elaborat *programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională* destinat adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare. Programul urmăreşte consolidarea resurselor de suport social, dezvoltarea competenţelor de autoreglare emoţională şi susţinerea motivaţiei academice, precum şi pe formarea cadrelor didactice pentru identificarea şi gestionarea situaţiilor de CAN.

3. IMPLEMENTAREA ŞI EVALUAREA EFICIENŢEI PROGRAMULUI MULTINIVELAR DE CONSILIERE PSIHOEDUCAŢIONALĂ

3.1 Generalităţi despre programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională

Elaborarea programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională s-a realizat în acord cu rezultatele studiilor realizate în etapa de constatare şi direcţiile de intervenţie prezentate în literatura de specialitate. Programul este multinivelar deoarece au fost implicaţi adolescenţii cu istoric de CAN, părinţii acestora, cadrele didactice şi colegii de clasă. Prin implicarea acestor categorii de participanţi, programul urmăreşte optimizarea funcţionării emoţionale şi social a adolescenţilor, consolidarea resurselor de sprijin din mediul familial şi şcolar şi îmbunătăţirea adaptării şcolare.

Scopul acestei etape a fost elaborarea, implementarea şi evaluarea preliminară a eficienţei programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională destinat adolescenţilor cu istoric de CAN, ce a urmărit reducerea simptomelor asociate problemelor de sănătate mintală, a frecvenţei implicării în acte de violenţă în mediul şcolar, prin activarea resurselor personale, optimizarea funcţionării psihosociale, dezvoltarea abilităţilor de gestionare a emoţiilor şi comportamentelor, respectiv consolidarea abilităţilor de utilizare a suportului social din partea părinţilor, cadrelor didactice şi colegilor, în vederea creşterii nivelului adaptării şcolare şi a motivaţiei, precum şi diminuarea dificultăţilor de concentrare/atenţie.

S-a pornit de la următoarea ***ipoteză generală***: participarea la un program multinivelar de consiliere psihoeducaţională se va asocia cu reducerea simptomelor asociate dificultăţilor de sănătate mintală, creşterea adaptării şcolare şi a motivaţiei, diminuarea dificultăţilor de concentrare/atenţie şi consolidarea suportului social perceput de la părinţi, colegi şi cadre didactice, în rândul adolescenţilor cu istoric de abuz emoţional, fizic şi neglijare emoţională.

Obiectivele demersului formativ şi de control au fost:

1. Elaborarea şi structurarea programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională, prin stabilirea obiectivelor, conţinuturilor, metodelor şi activităţilor de intervenţie adresate adolescenţilor cu istoric de CAN, părinţilor acestora, cadrelor didactice şi colegilor de clasă;
2. Implementarea şi evaluarea preliminară a eficienţei programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională;
3. Formularea concluziilor şi elaborarea unor recomandări pentru părinţi, cadre didactice şi specialiştii din domeniu, pe baza rezultatelor obţinute în etapa formativă şi de control.

La baza programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională au stat tehnici şi

metode de intervenţie preluate din terapia cognitiv-comportamentală (TCC) – sensibilă la traumă. Elementele cheie din TCC sunt: psihoeducaţia, învăţarea unor strategii de coping, expunerea graduală, procesarea cognitivă şi implicarea persoanelor de referinţă (părinţi, persoane de încredere ce pot oferi suport social adecvat). Printre tehnicile cognitiv-comportamentale se numără disputarea gândurilor disfuncţionale, restructurarea cognitivă, tehnici de management al stresului şi de relaxare.

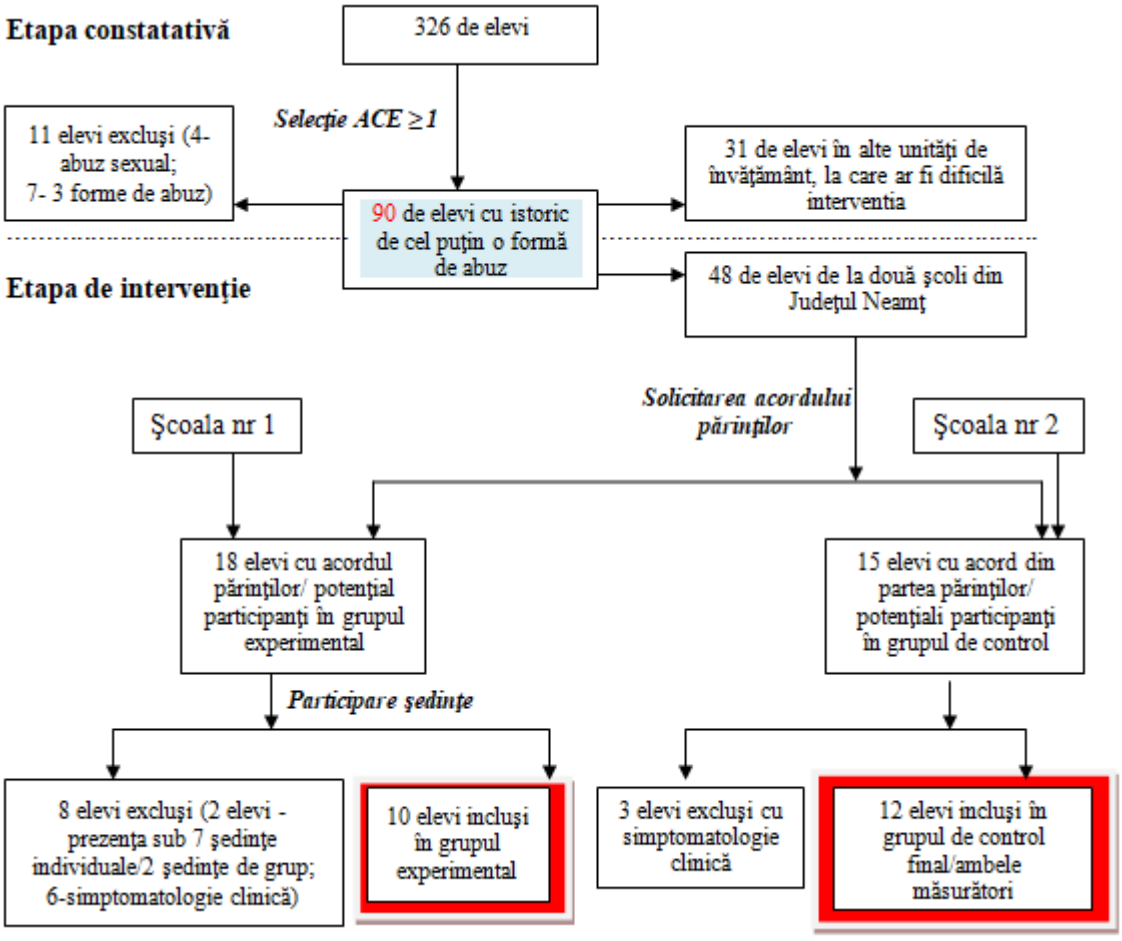
În intervenţie s-a folosit şi modelul PERMA din psihologia pozitivă (propus de Martin Seligman) şi teoria rezilienţei (propusă de Ann Masten). Acronimul PERMA vine de la: P – emoţii pozitive (engl. *positive emotions*), E – angajament (engl. *engagement*), R – relaţii (engl. *relationships*), M – semnificaţie (engl. *meaning*), A – împlinire (engl. *accomplishment*). În şedinţele de consiliere, cultivarea elementelor din modelul PERMA au fost fundamentală pentru creşterea stării de bine şi a satisfacţiei cu viaţa, contribuind la dezvoltarea stării de bine şi a sentimentului de împlinire personală. Rezilienţa face referire la capacitatea unei persoane de a face faţă evenimentelor adverse pe care le întâlneşte pe parcursul vieţii. Variabilele din literatura de specialitate care contribuie la cultivarea rezilienţei sunt: factorii biologici (moştenirea genetică şi reacţia la stres), factorii psihosociali (conştiinţa de sine; abilităţi de autoreglare a emoţiilor, gândurilor, comportamentelor; abilităţi de rezolvare a problemelor; optimism; autoeficacitate; conexiunea interpersonală/spiritualitate) şi variabile care ţin de instituţiile din care persoanele fac parte (familie, comunitate, şcoală).

De asemenea, programul elaborat în această teză vine în întâmpinarea unor lacune identificate în literatura de specialitate prin: abordarea multinivelară care implică toţi participanţii la actul educaţional (elevi, părinţi, cadre didactice), cu scopul de a contura un mediu suportiv şi colaborativ, esenţial pentru recuperarea şi dezvoltarea adolescenţilor vulnerabili; extinderea sferei de intervenţie, combinând consilierea educaţională individuală cu activităţi de consiliere colectivă axate pe prevenirea violenţei în mediul şcolar, consolidarea relaţiilor colegiale şi dezvoltarea empatiei – aspecte esenţiale pentru reducerea revictimizării în mediul şcolar a elevilor vulnerabili şi creşterea adaptării şcolare a acestora; introducerea şi contextualizarea modelelor de intervenţie validate internaţional în mediul educaţional românesc, în acord cu principiile *SAMHSA* [268, 269] şi *NCTSN* (engl. National Child Traumatic Stress Network) [214, 215], care subliniază importanţa recunoaşterii semnelor de vulnerabilitate apărute în urma expunerii la evenimente adverse, de către persoanele care au contact direct cu copiii; prevenirea retraumatizării în mediul şcolar şi crearea unui climat educaţional sigur şi suportiv; îmbinarea principiilor consilierii cognitiv-comportamentale cu strategii educaţionale sensibile la experienţe adverse, care au fost personalizate în funcţie de nevoile fiecărui elev.

Programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională a fost realizat în conformitate cu *Ordinul nr. 5555 din 7 octombrie 2011 pentru aprobarea Regulamentului privind organizarea şi funcţionarea centrelor judeţene de resurse şi asistenţă educaţională,* în care se specifică atribuţiile consilierului şcolar, *Fişa postului consilierului şcolar-CJRAE Neamţ* şi *Codul Deontologic/Etic al profesorului consilier şcolar*. Scopul a fost de a realiza un program care să vină în întâmpinarea nevoilor consilierilor şcolari, în privinţa adresării situaţiilor de CAN din mediul şcolar, la vârsta adolescenţei.

3.2 Caracteristicile participanţilor din grupul de control şi grupul experimental

Grupul de adolescenţi. Participanţii la grupul de control (GC_a) şi grupul experimental (GE_a) au fost selectaţi dintre cei 326 de adolescenţi, care au participat la studiul constatativ, în două etape. În prima etapă s-au aplicat câteva criterii de selecţie (Figură 3.1).



Figură 3.1 Paşii urmăriţi în selectarea eşantionului de elevi din grupul experimental şi grupul de control

Primul criteriu a făcut referire la variabila abuz, astfel că au fost selectaţi doar adolescenţii care au raportat prezenţa a cel puţin o formă de abuz (emoţional, fizic) sau neglijare

emoţională - am reţinut 90 de adolescenţi pentru a participa la etapa formativă şi de control. Al doilea criteriu a făcut referire la şcoala de proveniență şi scorurile la scalele ce au măsurat problemele de sănătate mintală (am selectat doar pe cei cu nivel subclinic), în urma căruia au fost eliminaţi 31 de adolescenţi din alte unităţi de învăţământ (la care intervenţia consilierului şcolar ar fi fost dificilă) şi 11 adolescenţi cu simptomatologie complexă (4 cu abuz sexual şi 7 cu abuz multiplu - ce au fost referiţi spre alţi specialişti). După prima etapă de selecţie, eşantionul final a constat din 48 de adolescenţi (din două şcoli), pentru care s-a cerut acordul părinţilor pentru participarea la şedinţe de consiliere individuală. Părinţii au fost contactaţi prin intermediul profesorilor diriginţi sau telefonic şi au fost chemaţi la şcoală pentru a purta o discuţie cu consilierul şcolar. Fiecare părinte a primit formularul de acord şi o declaraţie GDPR privind protecţia datelor cu caracter personal (Anexa 5). De asemenea, părinţilor li s-a explicat rolul consilierii individuale şi condiţiile de realizare a şedinţelor.

Dintre părinţii incluşi în eşantionul de interes, 18 părinţi din Şcoala nr. 1 şi 15 părinţi din Şcoala nr. 2 au semnat acordurile de participare la şedinţele de consiliere individuală, iar 15 părinţi au refuzat. Motivele pentru refuz au fost următoarele: refuzul adolescentului de a participa din cauza stigmatului legat de participarea la şedinţe de consiliere şcolară, neîncrederea în consilierul şcolar, preferinţa pentru specialişti din afara şcolii, negarea nevoii de consiliere, plecarea la muncă în străinătate a părinţilor şi imposibilitatea de a superviza elevul, experienţe negative cu alţi psihologi. Elevii din Şcoala nr.1 au fost incluşi în grupul experimental (GE_a), iar elevii din Şcoala nr. 2 au fost incluşi în grupul de control (GC_a). Adolescenţii din grupul de control urmând să participe la intervenţie după finalizarea etapei formative şi de control.

În a doua etapă s-au analizat răspunsurile elevilor la chestionarele completate pentru constituirea a două grupuri omogene, grupul de control şi grupul experimental. Adolescenţii din cele două grupuri s-au evidenţiat şi prin: a) scoruri la nivel subclinic la chestionarele privind simptomele emoţionale, comportamentale, sociale şi somatice (obţinute la chestionarele SDQ şi ASEBA); b) scoruri medii sau sub medie la chestionarele privind suportul social perceput de la părinţi, colegi şi cadre didactice, precum şi la variabilele adaptarea şcolară (SAS), motivaţie academică scăzută (MOTSCA) şi dificultăţi de concentrare/atenţie (DIFCON).

Grupul experimental şi de control – adolescenţi: În urma implementării celor două etape au rezultat două grupuri: GE_a format din 10 adolescenţi (5 băieţi şi 5 fete) şi GC_a format din 12 adolescenţi (5 băieţi şi 7 fete), care au fost omogene din punct de vedere al variabilelor măsurate în această cercetare (Tabel A4.1).

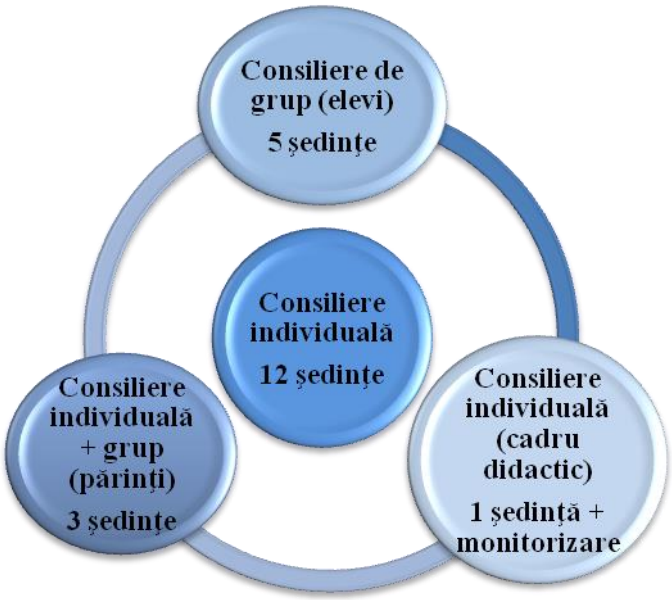
Grupul experimental şi de control - părinţi. În grupul experimental (GE_p) şi grupul de control (GC_p) au fost incluşi părinţii adolescenţilor ce au participat sau nu la programul de

intervenţie. Grupul experimental a fost alcătuit din 10 mame, cu vârsta cuprinsă între 34 şi 42 de ani (M = 37.2, SD = 4.12). Din grupul de control au făcut parte 12 mame, cu vârsta cuprinsă între 36 şi 43 de ani (M = 36.5, SD = 1.94). Între GE_p şi GC_p nu s-au găsit diferenţe semnificative statistic în ceea ce priveşte variabilele socio-demografice (Tabel A4.2).

Grupul experimental şi de control - cadre didactice a fost format din diriginţii claselor evaluate şi alţi profesori care au dorit să participe şi aveau ore la clasele vizate. În grupul experimental (GE_{cd}) au fost incluse 7 cadre didactice (dintre care 5 au fost diriginţii claselor), cu vârsta între 24 şi 56 de ani (M = 42.2, SD = 12.77). În grupul de control (GC_{cd}) au fost incluse 9 cadre didactice (dintre care 5 au fost diriginţii claselor), cu vârsta între 31 şi 56 ani (M = 42.56, SD = 8.96). Omogenitatea grupurilor este prezentată în Tabel A4.3.

3.3. Elaborarea şi implementarea programului multinivelar

Implementarea programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională s-a desfăşurat pe parcursul a 7 luni (septembrie – martie) şi a inclus şedinţe individuale şi de grup, organizate pe patru niveluri de intervenţie (Figură 3.2).



Figură 3.2 Reprezentarea grafică a programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională

1. Nivelul I – Adolescenţii cu istoric de CAN: au participat la 12 şedinţe de consiliere individuală (50 minute, faţă în faţă sau online – Google Meet). *Scop:* dezvoltarea competenţelor socio-emoţionale şi a capacităţii de reglare emoţională în vederea optimizării adaptării şcolare.
2. Nivelul II – Părinţii: 1-2 şedinţe individuale (50-130 minute) şi două şedinţe de grup (la clasă

şi la nivelul şcolii). *Scop*: optimizarea funcţionării parentale prin reducerea nivelului de stres parental şi consolidarea suportului social perceput, în vederea dezvoltării unei relaţii părinte-adolescent echilibrate şi suportive.

3. Nivelul III – *Cadre didactice*: o şedinţă de formare adresată tuturor cadrelor didactice din şcoală; şedinţe periodice pe tot parcursul programului, în care s-au furnizat materiale informative şi s-a monitorizat evoluţia adolescenţilor implicaţi în program. *Scop*: dezvoltarea competenţelor profesionale ale cadrelor didactice în vederea identificării şi gestionării adecvate a situaţiilor de CAN din mediul şcolar.
4. Nivelul IV – *Colegii* de clasă ai adolescenţilor cu istoric de CAN: au participat la 5 şedinţe de consiliere de grup, realizate în sala de clasă – 3 şedinţe realizate în colaborare cu profesorii diriginţi (150 minute) şi 2 desfăşurate exclusiv cu consilierul şcolar (100 minute, autorul prezentei teze). *Scop:* consolidarea unui climat relaţional empatic şi suportiv la nivelul grupului-clasă, prin prevenirea excluderii sociale şi dobândirea unor abilităţi de reglare emoţională în rândul colegilor adolescenţilor cu istoric de CAN.

3.3.1 Consiliere individuală cu adolescenţii cu istoric de CAN

Obiectivul general: diminuarea simptomelor emoţionale, sociale şi comportamentale asociate expunerii la experienţe de abuz şi neglijare emoţională. Programul de intervenţie a respectat trei principii fundamentale necesare în lucrul cu adolescenţii afectaţi de expunerea la abuz şi neglijare:

1) *Siguranţă:* mediul în care şedinţele de consiliere se desfăşoară trebuie să îi satisfacă adolescentului nevoia de siguranţă, pentru ca acesta să poată dezvolta un ataşament sănătos cu un adult şi să-şi poată manifesta liber emoţiile;
2) *Conexiune:* este necesară pentru dezvoltarea relaţiei de consiliere şi pentru creşterea încrederii adolescentului în propria abilitate de a trece peste evenimentul traumatic şi de a-şi optimiza propria dezvoltare;
3) *Procesarea emoţiilor:* surprinde importanţa ghidării adolescentului în dezvoltarea unor strategii de autoreglare emoţională şi comportamentală, care să faciliteze adaptarea la mediul exterior şi la experienţele întâlnite în viaţa de zi cu zi.

Metodele şi tehnicile folosite în şedinţele de consiliere sunt:

1. *Tehnici de exprimare a emoţiilor* care includ identificarea şi numirea emoţiilor, identificarea situaţiilor care declanşează emoţii negative (ex. testarea, atitudinea cadrelor didactice, situaţii sociale), învăţarea şi exersarea unor strategii de reglare a emoţiilor.

2. *Managementul stresului* prin învăţarea unor tehnici de relaxare, oprirea gândurilor, implicarea în activităţi fizice şi evitarea procrastinării în sarcinile şcolare (ex. programarea activităţilor în funcţie de urgenţă şi importanţă).
3. *Psihoeducaţia* prin oferirea de informaţii despre drepturile copiilor, reacţii comune la evenimente negative şi normalizarea acestora, modalităţi de a cere ajutor de la instituţii specializate şi persoane apropiate.
4. *Îmbunătăţirea relaţiilor sociale* prin oferirea oportunităţii de a construi o relaţie bazată pe încredere, respect şi ataşament sănătos cu consilierul, fără a deveni dependent de acesta.
5. *Managementul comportamentelor de externalizare, dar şi a celor de risc* prin identificarea comportamentelor problematice şi a activităţilor/comportamentelor înlocuitoare.
6. *Metode expresive şi creative* prin scrierea expresivă ce ajută la construirea propriei poveşti şi la găsirea sensului şi semnificaţiei.
7. *Joc de rol* – util pentru exersarea unor tehnici învăţate în cadrul şedinţelor, cu rol în conştientizarea resurselor şi limitelor personale.
8. *Tehnici de comunicare* care ajută la îmbunătăţirea abilităţilor de exprimare verbală a emoţiilor, gândurilor, nevoilor şi dorinţelor.

Conţinutul detaliat al şedinţelor, în care se regăsesc informaţii privind obiectivele, activităţile, tehnicile şi fişele de lucru sunt prezentate în Anexa 3.

Model de şedinţă de consiliere

Şedinţa 1 – introducerea în programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională

Scop: construirea unui cadru de încredere, în care elevul să se simtă confortabil să împărtăşească experienţele de viaţă, gândurile şi sentimentele proprii.

Obiective:

- Reducerea fricii de a participa la consiliere individuală;
- Construirea unei relaţii de încredere şi stabilirea unui cadru sigur pentru consiliere;
- Prezentarea şi clarificarea scopului şi a obiectivelor programului de consiliere;
- Prezentarea rolului consilierului şcolar în sprijinirea socio-emoţională a adolescentului;
- Promovarea unui sentiment de încredere, control şi implicarea activă a adolescentului pe parcursul şedinţelor de consiliere

Materiale: Fişa de lucru 1 şi 2, markere colorate, tablă magnetică.

Temă: stabilirea unor obiective personale pe care adolescentul doreşte să le îndeplinească.

Activităţi desfăşurate:

1. Clarificarea cadrului consilierii psihoeducaţionale

Scop: reducerea anxietăţii asociate participării la consiliere şi crearea unui cadru prietenos şi securizant prin clarificarea principiilor de confidenţialitate şi a structurii programului.

Durata: 5 minute

Tehnica utilizată: expunerea structurată şi dialogul

Descrierea activităţii: consilierul explică succint ce înseamnă consilierea psihoeducaţională individuală, rolul acesteia în sprijinirea dezvoltării personale, elementele necesare pentru o bună desfăşurare a şedinţelor (confidenţialitate, respect reciproc, reguli), modul de desfăşurare a şedinţelor şi conţinutul programului (mapa adolescentului - *„Eu, în drumul meu spre succes!"* şi caietul - *Jurnal*). Adolescentul este încurajat să formuleze întrebări sau nelămuriri.

Efectele obţinute: diminuarea anxietăţii, creşterea sentimentului de siguranţă psihologică şi stabilirea punctelor cheie pentru dezvoltarea relaţiei de consiliere.

2. Explorarea resurselor personale

Scop: facilitarea cunoaşterii reciproce şi identificarea resurselor, intereselor şi valorilor personale ale adolescentului.

Durată: 15 minute

Tehnica utilizată: dialogul exploratoriu, auto-reflecţie ghidată, completarea fişei de lucru

Descrierea activităţii: consilierul completează împreună cu adolescentul Fişa 1 („Învăţăm unul despre altul"), care cuprinde întrebări despre activităţile preferate singur/ă şi cu prietenii/familia, interese şcolare, dorinţele personale şi percepţia de sine. Apoi se împărtăşesc informaţiile scrise, răspunsurile sunt discutate şi aprofundate prin întrebări deschise.

Observaţie: O alternativă la această activitate este *Jocul „M&M".* Consilierul are o pungă cu bomboane M&M şi îi spune elevului să îşi aleagă câteva culori. Fiecare culoare corespunde unei întrebări, la care va trebui să răspundă elevul (consilierul are deja pregătite aceste întrebări, în funcţie de informaţiile pe care doreşte să le afle).

Fişa de lucru 1 – Învăţăm unul despre altul

Citeşte propoziţiile de mai jos şi completează ceea ce ţi se potriveşte.

1. Ce îţi place să faci pentru a te relaxa?
2. Ce îţi place să faci cel mai mult cu prietenii tăi?
3. Ce îţi place să faci împreună cu familia?
4. Ce îţi place cel mai mult la şcoală?

5. Ce profesie doreşti să ai când vei fi adult? De ce?
6. Dacă ai putea să îţi pui trei dorinţe, care ar fi acelea?
7. Ce îţi place cel mai mult la tine?
8. Ce altceva crezi că ar trebui să mai ştiu despre tine?

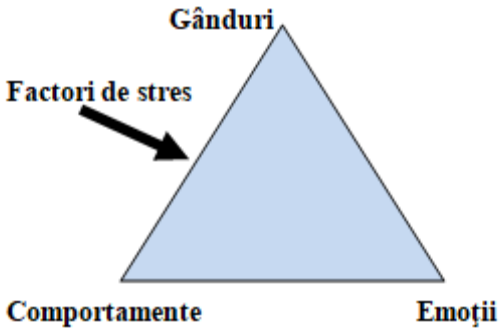
Efectele obţinute: consolidarea relaţiei de încredere şi a deschiderii emoţionale, precum şi identificarea emoţiilor, intereselor şi valorilor personale ale adolescentului relevante pentru procesul de intervenţie.

3. *Modelul ABC din consilierea cognitiv-comportamentală*

Scop: familiarizarea cu modelul ABC şi conştientizarea relaţiei dintre gânduri, credinţe şi consecinţe, precum şi iniţierea dezvoltării capacităţii de autoreglare emoţională.

Durată: 15 minute

Tehnica utilizată: psihoeducaţie cognitiv-comportamentală, exemplificare, auto-reflecţie ghidată.



Descrierea activităţii: consilierul desenează un triunghi pe Tabla magnetică, reprezentând cele trei componente ale modelului ABC: A – eveniment activator, B – credinţe/interpretări, C – consecinţe emoţionale şi comportamentale; explică relaţia de interdependenţă între acestea şi oferă un exemplu concret; apoi cere adolescenţilor să descrie cel puţin trei situaţii personale în care au observat legătura dintre modul în care au gândit, emoţiile trăite şi comportamentele pe care le-au manifestat.

Efectele obţinute: creşterea conştientizării relaţiei dintre eveniment-gânduri- consecinţe (emoţii şi comportamente) şi a responsabilităţii personale privind îmbunătăţirea autocontrolului şi a capacităţii de restructurare a propriilor gânduri.

4. *Identificarea dificultăţilor şi stabilirea obiectivelor*

Scop: identificarea dificultăţilor curente şi formularea obiectivelor individuale şi de intervenţie.

Durată: 15 minute

Tehnica utilizată: Matricea Eisenhower, dialogul reflexiv, prioritizarea.

Descrierea activităţii: consilierul cere adolescentului să descrie situaţiile dificile întâlnite zilnic, activităţile importante şi mai puţin importante, sarcinile planificate pe termen scurt şi lung, precum şi activităţile în care şi-ar dori să investească mai mult timp. Toate acestea sunt

plasate pe Matricea Eisenhower, în funcţie de indicatorii URGENT şi IMPORTANT (Fişa de lucru 2). Consilierul împreună cu adolescentul subliniază acele aspecte importante pentru adolescent, dar care vor fi regăsite şi în programul de consiliere psihoeducaţională.

Fişa de lucru 2 – Matricea Eisenhower

Urgent şi Important (acţionează acum)	**Important şi puţin urgent** (planifică)
Urgent şi Puţin Important (deleagă)	**Neimportant şi puţin urgent** (stop)

Efectele obţinute: creşterea gradului de conştientizare privind modul de gestionare a timpului, clarificarea priorităţilor personale, dezvoltarea responsabilităţii şi motivaţiei pentru atingerea obiectivelor stabilite.

La finalul şedinţei de consiliere, consilierul: recapitulează succint temele abordate în prima şedinţă; cere adolescentului să numească emoţiile pe care le resimte; oferă un feedback pozitiv adolescentului referitor la activitatea desfăşurată, cu scopul de a consolida încrederea acestuia în propriile resurse şi de a încuraja transferul celor învăţate în viaţa reală.

3.3.2 Consiliere individuală şi de grup cu părinţii adolescenţilor

Obiectivul general: creşterea nivelului de competenţă parentală prin reducerea nivelului stresului parental, valorificarea suportului social perceput şi dobândirea unor strategii eficiente de comunicare şi gestionare adaptativă a relaţiei părinte-adolescent.

Consilierea individuală cu părinţii a constat din 1-2 şedinţe, cu o durată cuprinsă între 50 şi 130 minute (în Anexa 3 este prezentat conţinutul detaliat al şedinţei de consiliere).

Obiective specifice:

- Familiarizarea cu procesul de consiliere şi prezentarea atribuţiilor consilierului: prezentarea pe scurt a obiectivelor şedinţelor de consiliere individuală cu elevii şi a beneficiilor pentru sănătatea mintală, adaptarea şcolară şi motivaţiei academice;
- Prezentarea schimbărilor care au loc în etapa adolescenţei la nivel emoţional, comportamental şi social, precum şi a dificultăţilor pe care le pot întâmpina elevii;
- Explicarea impactului pe care expunerea la abuz/neglijare/metode de disciplinare punitive îl poate avea asupra sănătăţii mintale a adolescentului, dar şi asupra relaţiei adolescent-părinte, cu accent pe abilităţile de comunicare;
- Învăţarea unor strategii eficiente pentru îmbunătăţirea relaţiei părinte-adolescent, printre care se numără: impunerea de limite sănătoase, negocierea cu argumente în luarea deciziilor, comunicarea asertivă, oferirea necondiţionată a suportului, participarea în viaţa şcolară a adolescentului fără a fi intruziv (menţinerea legăturii cu

cadrele didactice, participarea la şedinţe şi evenimente şcolare), participarea la deciziile de carieră (cu accent pe abilităţile adolescentului şi nu pe dorinţele neîndeplinite ale părintelui); păstrarea unui climat de siguranţă în familie;

- Exersarea unor strategii de relaxare şi management al stresului (relaxare progresivă musculară, planificarea folosind obiective pe termen scurt şi lung).

Consilierea de grup a părinţilor a constat din două lectorate realizate de către consilierul şcolar. *Primul lectorat* s-a desfăşurat la clasele de elevi din *GE,* a avut o durată de 50 de minute şi au participat între 10 şi 18 părinţi. *Obiectivul specific* - oferirea de informaţii privind: transformările psihice/sociale/comportamentale din perioada adolescenţei; rolul factorilor din familie (suportul social, atitudinea faţă de şcoală, responsabilităţi în gospodărie, violenţă) în adaptarea şcolară a adolescenţilor; motivaţia pentru învăţare; managementul comportamentelor violente apărute în mediul şcolar.

Al doilea lectorat a fost anunţat la nivel de şcoală şi au participat 87 de părinţi, care aveau copii în toate ciclurile de învăţământ. *Obiectivul specific:* prezentarea legislaţiei în vigoare privind actele de violenţă în mediul şcolar, bullying şi cyberbullying; prezentarea măsurilor de intervenţie implementate în şcoală în astfel de cazuri.

Efectele obţinute: a crescut nivelul de conştientizare al părinţilor privind nevoile emoţionale ale adolescenţilor; îmbunătăţirea comunicării părinte-adolescent şi a climatului familial; însuşirea unor strategii de gestionare eficientă a stresului şi a conflictelor, precum şi consolidarea colaborării familie-şcoală-cadre didactice-consilier şcolar.

3.3.3 Consiliere individuală şi de grup a cadrelor didactice

Obiectivul general: consolidarea suportului social oferit adolescenţilor cu istoric de CAN, prin îmbunătăţirea abilităţilor cadrelor didactice de a identifica, înţelege şi interveni adecvat nevoilor acestora.

În paralel cu programele de consiliere realizate cu adolescenţii şi părinţii acestora, s-au realizat şi două tipuri de activităţi de consiliere cu cadrele didactice: consiliere de grup, realizată la primul Consiliu profesoral din anul şcolar şi şedinţe periodice de consiliere individuală şi monitorizare pe tot parcursul implementării programului (6 tematici sunt prezentate în Anexa 3).

Obiective operaţionale:

- Recunoaşterea reacţiilor emoţionale, cognitive şi comportamentale regăsite la adolescenţii expuşi la CAN, precum şi înţelegerea impactului pe care aceste experienţe îl pot avea asupra adaptării şcolare şi relaţiei cadru didactic-adolescent.
- Dezvoltarea competenţelor de comunicare empatică şi suportivă, care să conducă la

susţinerea elevilor expuşi la CAN şi la prevenirea retraumatizării acestora.

- Însuşirea strategiilor de gestionare şi reducere a comportamentelor de bullying şi cyberbullying în mediul şcolar.
- Promovarea unui climat educaţional pozitiv (sigur şi incluziv), precum şi consolidarea colaborării consilier şcolar-cadru didactic-părinte în susţinerea adolescenţilor cu istoric de CAN.

Activităţi desfăşurate:

I. **Consilierea de grup** – au participat toate cadrele didactice din şcoala în care s-a derulat programul de consiliere psiho-educaţională şi a presupus:

- Familiarizarea cu textul *Procedurii Operaţionale privind Stabilirea Modalităţilor de prevenire, identificare, semnalare şi intervenţie în situaţiile de violenţă fizică, psihologică şi sexuală, bullying şi cyberbullying*. În textul procedurii sunt prezentate definiţii ale termenilor de abuz emoţional, fizic şi sexual, bullying şi cyberbullying; semnele şi simptomele formelor de abuz şi violenţă în mediul şcolar; obligaţiile legale ale persoanelor care descoperă un caz şi metodele de intervenţie legale, precum şi componenţa echipei de intervenţie la nivel de şcoală.
- Oferirea accesului la un fişier (Google Drive), cu materiale pentru activitatea la clasă:

1) Trei proiecte de lecţie pe tematica bullying/cyberbullying/violenţă în mediul şcolar;
2) Planuri de lecţii pentru activităţi pe teme specifice precum autocunoaşterea, coeziunea în grupul clasă, stiluri de comunicare şi strategii de rezolvare a conflictelor, abilitatea de a spune NU în situaţii de constrângere socială;
3) Ordinul nr. 4 343 din 27 mai 2020 privind aprobarea normelor metodologice de aplicare a prevederilor art. 7 alin. (1^1), art. 56^ 1 şo ale pct. 6^1 din anexa la Legea educaţiei naţionale nr. 1/2011, privind violenţa psihologică-bullying;
4) Prezentări despre bullying/cyberbullying publicate de alte instituţii CJRAE din ţară;
5) Ghidul de prevenire a bullying-ului - „Să trăim frumos";
6) Ghidul profesorului realizat de Asociaţia Daphne privind strategiile pentru o clasă fără bullying; filmuleţe educaţionale: libertate vs delincvenţă, spune NU bullying-ului.

II. **Consilierea individuală** a cadrelor didactice, care au făcut parte din GE_{cd}, în care s-au abordat următoarele subiecte: semnele şi simptomele expunerii la CAN în etapa adolescenţei, strategii de motivare a adolescentului pentru reuşita academică, proceduri de raportare a cazurilor de CAN, strategii de menţinere a unui climat pozitiv în clasă şi prevenirea

revictimizării în mediul şcolar prin prevenirea bullying-ului/cyberbullying-ului şi a altor acte de violenţă în şcoală (informaţiile detaliate sunt prezentate în Anexa 3). Pentru a creşte motivaţia cadrelor didactice privind implementarea activităţilor, s-a menţinut legătura cu acestea pe tot parcursul programului de consiliere psihoeducaţională, cu scopul de a monitoriza comportamentul adolescenţilor din GE_a. S-au derulat un număr de 6 sesiuni scurte (20-25 minute) de consiliere individuală obligatorii, cu tematică specifică, dar şi alte sesiuni care au vizat problemele specifice care au apărut în cadrul clasei. Informaţiile sensibile privind istoricul de abuz nu au fost comunicate cadrelor didactice.

Efectele obţinute: a crescut nivelul de conştientizare a responsabilităţii faţă de fenomenul de CAN şi s-au îmbunătăţit competenţele de comunicare şi intervenţie empatică în cazul adolescenţilor vulnerabili. De asemenea, cadrele didactice au fost mai motivate să promoveze un climat educaţional pozitiv şi sigur în şcoală.

3.3.4 Consilierea de grup (colectivă) realizată la clasă

Obiectivul general al programului de consiliere realizat cu colegii adolescentului a fost: reducerea prevalenţei comportamentelor de bullying, cyberbullying şi a actelor de violenţă în cadrul clasei prin dezvoltarea empatiei, a comportamentelor prosociale şi a strategiilor adaptative de reglare emoţională.

În **consilierea colectivă** se încurajează comunicarea, exersarea practică a unor abilităţi şi destăinuirea unor informaţii generale despre propria persoană. S-au ţinut activităţi de consiliere colectivă cu 5 clase (două clase de a VII-a, două clase de a VIII-a şi o singură clasă a IX-a; 103 elevi în total), din care făceau parte adolescenţii din GE_a.

Scop: reducerea riscului de revictimizare a adolescenţilor cu istoric de CAN prin dezvoltarea abilităţilor de reglare emoţională şi de gestionare non-violentă a relaţiilor şcolare în rândul colegilor de clasă.

Durată: 5 şedinţe de consiliere colectivă a câte 50 de minute (250 minute în total)

Activităţi realizate:

Şedinţele 1-3 cu *tema:* bullying/cyberbullying/violenţa în mediul şcolar – 150 minute (Anexa 3).

Obiectivele specifice:

- Recunoaşterea şi definirea fenomenului de bullying/cyberbullying prin identificarea formelor, caracteristicilor esenţiale şi diferenţelor dintre acestea şi violenţa şcolară.
- Identificarea şi înţelegerea rolurilor adolescenţilor implicaţi în situaţiile de bullying/cyberbullying şi a particularităţilor emoţionale, comportamentale şi sociale

ale fiecărui rol.

- Dezvoltarea comportamentelor de prevenţie şi intervenţie pozitivă, prin propunerea şi exersarea de soluţii concrete pentru stoparea acestor fenomene.

Efectele obţinute: reducerea comportamentelor de bullying/cyberbullying şi creşterea frecvenţei comportamentelor de prevenţie şi intervenţie în astfel de cazuri.

Şedinţele 4-5 *cu tema:* emoţii şi strategii de reglare emoţională – 100 minute (Anexa 3).

Obiective specifice:

- Recunoaşterea şi înţelegerea emoţiilor fundamentale prin identificarea gândurilor, reacţiilor fiziologice şi comportamentelor asociate acestora.
- Dezvoltarea competenţelor de reglare emoţională prin aplicarea modelului cognitiv ABCDE pentru corectarea gândurilor disfuncţionale.

Efectele obţinute: îmbunătăţirea abilităţilor de reglare emoţională.

3.4. Evaluarea eficienţei programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională

Pentru a evalua eficienţa programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională, s-au administrat, după implementarea programului, setul de chestionare utilizate iniţial, la *GC* şi *GE* urmate de analize statistice non-parametrice, deoarece eşantionul a avut sub 30 de participanţi: 1) verificarea omogenităţii grupurilor s-a realizat prin comparaţiile între $test_{GC}$ şi $test_{GE}$ cu testul $U_{Mann\text{-}Whitney}$ (care compară medianele a două eşantioane independente); 2) testul $Z_{Wilcoxon}$ a fost utilizat pentru eşantioane perechi (măsurători repetate) pentru comparaţiile *test-retest* pentru fiecare grup în parte (*GC, GE*); 3) comparaţiile valorilor obţinute la retestare, între *GC* şi *GE*, au fost realizate cu testul $U_{Mann\text{-}Whitney}$; 4) efectul pe care l-a avut intervenţia a fost evidenţiat prin calcularea indicatorului de mărime a efectului d Cohen, acesta ne arată cât de mare este diferenţa mediilor grupurilor în abateri standard; interpretarea acestui indicator s-a făcut în funcţie de următoarele valori: d > 0.2 = efect mic, d > 0.5 = efect mediu, d > 0.8 = efect mare. Rezultatele analizelor statistice au arătat că grupurile au fost omogene la aproape toate subscalele utilizate în această cercetare, cu excepţia suportului social perceput de la părinţi (Tabelele prezentate în Anexa 4). În continuare vor fi prezentate rezultatele implementării programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională pentru fiecare instrument de măsură utilizat.

Rezultatele post intervenţie la Chestionarul privind implicarea în bullying/cyberbullying şi bătăi

Scop: evaluarea asocierii dintre participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională şi implicarea în bullying, cyberbullying şi bătăi în mediul şcolar.

Ipoteză de lucru: participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională se va asocia cu o reducerea a implicării în bullying, cyberbullying şi bătăi; vor exista diferenţe semnificative statistic între GC_a şi GE_a.

Cele două subscale folosite au făcut referire la frecvenţa cu care adolescenţii se implică în actele de bullying (victimă sau agresor) şi cyberbullying (mesaje sau poze), în ultimele şase luni. Rezultatele *test-retest* pentru chestionarul privind implicarea în bullying/cyberbullying au arătat o scădere a mediei la ambele variabile în GE_a, dar o uşoară creştere pentru GC_a la cyberbullying, după cum se poate observa şi în Tabelul 3.1. Adolescenţii din grupul experimental s-au implicat mai puţin în comportamente de bullying şi cyberbullying, pe când adolsecenţii din grupul de control au continuat să se implice mai frecvent în astfel de comportamente în mediul şcolar.

Tabel 3.1. Valorile medii ale rezultatelor la implicarea în bullying, cyberbullying şi bătăi

Variabile	GE_a				GC_a				GE_{retest} vs GC_{retest}	
	M_{test}	M_{retest}	$z_{test\text{-}retest}$	p	M_{test}	M_{retest}	$z_{test\text{-}retest}$	p	z	p
Bullying	2.30	1.40	-2.041	0.041	2.08	2.00	-0.577	0.564	-0.882	0.456
Cyberbullying	1.70	1.30	-1.633	0.102	1.75	1.66	-1.001	0.371	-1.119	0.346
Bătăi	2.40	1.20	-2.414	0.016	1.75	2.33	1.734	0.083	-2.397	0.030

S-au obţinut rezultate semnificative statistic pentru GE_a, test-retest, doar pentru implicarea în *bullying* (z = -2.041, p = 0.041), cu o mărime a efectului mare (d = 0.81), dar nesemnificative pentru *cyberbullying* (z = -1.633, p = 0.102). De asemenea, în urma participării la program, adolescenţii au relatat că se implică mai rar în *bătăi în mediul şcolar* (z = -2.414, p = 0.016), mărimea efectului fiind una mare (d = 1.21). Altfel spus, conform cu relatările adolescenţilor, activităţile din cadrul programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională au dus la reducerea semnificativă a implicării în bullying în clasă şi a implicării în bătăi, dar nu şi la reducerea cyberbullying-ului, violenţa ce poate fi realizată în mediul online, unde cadrele didactice nu au acces şi nu pot controla răspândirea mesajelor şi imaginilor. Acest lucru se poate datora activităţilor din cadrul programului, dar şi monitorizării atente a fenomenului de bullying şi violenţei în şcoală de către cadrele didactice. Pentru a obţine un efect şi asupra cyberbullying-ului este necesară includerea în program şi a altor activităţi orientate spre modelarea identităţii online a elevilor şi reducerea violenţei perpetuate în mediul online.

În etapa *retest*, s-au identificat diferenţe statistic semnificative între GC_a (M = 2.33) şi GE_a (M = 1.20) la *implicarea în bătăi* (z = -2.397, p = 0.030), dar pentru *bullying* şi *cyberbullying* rezultatele au fost nesemnificative (Tabel 3.1). Aceste rezultate se pot datora: numărului prea mic de ore de consiliere realizate la clasă, în care s-au implementat activităţi de prevenţie pentru bullying şi cyberbullying; imposibilitatea de a monitoriza comportamentul în

mediul online al elevului; monitorizarea cu preponderenţă a actelor de violenţă evidente, precum bătăile între elevi şi omiterea formelor de violenţă subtile ce pot intra în sfera bullying-ului (de exemplu: răspândirea de zvonuri, marginalizarea selectivă, adresarea de jigniri în afara mediului şcolar, intimidarea) şi cyberbullying-ului (de exemplu: trimiterea în privat a unor mesaje/poze şi ştergerea conţinutului după ce destinatarul le-a văzut); dimensiunea insuficienă a eşantionului selectat. Deşi rezultatele nu sunt semnificative statistic, se poate observa că mediile sunt diferite, în sensul că adolescenţii din GE_a au medii mai mici la toate variabilele faţă de cei din GC_a, deci rezultatele indică o tendinţă favorabilă în grupul experimental.

În concluzie, rezultatele au evidenţiat o reducere semnificativă statistic a implicării în bullying şi bătăi în grupul experimental (GE_a), însă comparaţiile dintre grupuri la retestare au indicat rezultate semnificative numai în cazul implicării în bătăi. Pentru cyberbullying nu s-au identificat modificări semnificative statistic. În consecinţă, este necesar ca în acest program să fie incluse şi alte activităţi care să ţinească specific componentele cyberbullying-ului precum construirea unei identităţi online reale, atenţie sporită la imaginile şi mesajele care sunt transmise în mediul online, evitarea transmiterii datelor personale unor persoane necunoscute şi alte strategii menite să protejeze spaţiul privat al adolescenţilor.

Rezultatele post intervenţie la chestionarele SDQ şi ASEBA

Scop: evaluarea asocierii dintre participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională şi scorurile medii la chestionarele SDQ şi ASEBA.

Ipoteză de lucru: participarea la program se va asocia cu o reducere a scorurilor la chestionarul SDQ (probleme emoţionale, de comportament, hiperactivitate şi cu covârstnicii) şi la chestionarul ASEBA (anxietate/depresie, însingurare/depresie, acuze somatice, probleme sociale), pentru GE_a, dar nu şi pentru GC_a.

Rezultatele analizelor statistice au evidenţiat diferenţe semnificative *test-retest* în GE_a, la SDQ, cu o scădere a mediilor scorurilor la *probleme emoţionale* (z = -2.121, p = 0.034) şi *probleme comportamentale* (z = -2.873, p = 0.004). Pentru aceste două subscale, mărimea efectului a fost una mare ($d > .80$), ceea ce denotă că intervenţia a avut un efect principal semnificativ în reducerea problemelor emoţionale şi comportamentale. Altfel spus, adolescenţii au învăţat să îşi regleze mai eficient emoţiile şi comportamentele în mediul şcolar.

De asemenea, adolescenţii au raportat şi scoruri mai mici la *problemele cu covârstnicii* (z = -2.555, p = 0.011), dar mărimea efectului a fost medie (d = 0.63). Specific, reducerea scorurilor la subscala probeleme cu covârstnicii sugerează o ameliorare a dificultăţilor relaţionale raportat de adolescenţii din grupul experimental, ca urmare a participării la program.

În ceea ce priveşte *problemele de hiperactivitate*, nu s-au obţinut rezultate semnificative statistic (z = -0.378, p = 0.705), (vezi Tabelul 3.2). Altfel spus, în cadrul eşantionului investigat, programul de intervenţie implementat nu a dus la o reducere semnificativă statistic a manifestărilor asociate hiperactivităţii şi neatenţiei. O posibilă explicaţie poate fi faptul că problemele de hiperactivitate presupun intervenţii complexe şi constante, care depăşesc cadrul unor activităţi punctuale de consiliere. Comportamente precum dificultatea de menţinere a tenţiei, impulsivitatea, agitaţia psihomotorie sau dificultăţile în respectarea unor reguli setate de către cadrele didactice pot fi influenţate de mai mulţi factori printre care se numără particularităţile individuale ale adolescentului, situaţii din mediul familial, climatul clasei de elevi şi modul în care sunt structurate sarcinile şcolare.

În acest sens, este necesar ca într-o intervenţie viitoare să fie incluse activităţi care sunt adaptate specific nevoilor adolescenţilor care prezintă astfel de dificultăţi, cu implicarea cadrelor didactice în mediul şcolar. De exemplu, pentru adolescenţii cu dificultăţi de menţinere a atenţiei şi hiperactivitate se pot utiliza sarcini mai scurte, formulate clar şi etapizat, se pot alterna activităţile care solicită niveluri diferite de concentrare şi se pot introduce pauze scurte între sarcini diferite. De asemenea, cadrele didactice pot formula anticipat aşteptările pe care le au de la adolescent şi apoi pot oferi feedback pozitiv atunci când adolescentul reuşeşte să respecte regulile stabilite şi să îndeplinească sarcinile.

Tabel 3.2 Valorile medii ale rezultatelor la chestionarele SDQ şi ASEBA

Variabile	GE_a				GC_a				GE_{retest} vs GC_{retest}	
	M_{test}	M_{retest}	$z_{test\text{-}retest}$	p	M_{test}	M_{retest}	$z_{test\text{-}retest}$	p	z	p
P. emoţionale	5.80	3.80	-2.121	0.034	5.33	5.58	1.342	0.180	-3.459	0.001
P. comport.	4.60	2.70	-2.873	0.004	4.33	5.16	1.801	0.072	-3.836	<0.001
P. covârstnicii	5.60	2.80	-2.555	0.011	5.41	6.16	1.282	0.200	-3.668	<0.001
P. hiperactiv.	4.60	4.50	-0.378	0.705	4.83	4.91	0.264	0.792	-0.747	0.497
Anx./Depresie	11.50	7.40	-2.820	0.005	10.6	10.41	-0.647	0.581	-3.313	0.002
Însg./Depresie	8.30	5.70	-2.831	0.005	8.33	9.75	2.484	0.013	-3.185	0.001
Acuze som.	10.01	8.20	-2.565	0.010	9.10	9.10	-0.175	0.861	-0.589	0.582
P. sociale	8.90	5.80	-2.598	0.009	8.75	8.41	-1.242	0.214	-2.737	0.006

O altă direcţie de intervenţie ar putea consta în implicarea familiei în gestionarea problemelor de hiperactivitate ale adolescentului. Concret, părinţii ar putea fi implicaţi prin stabilirea şi monitorizarea unor obiective comportamentale individualizate, precum finalizarea unor sarcini şcolare într-un interval stabilit, respectarea unui orar/rutine de învăţare, monitorizarea comportamentelor de abandon al sarcinilor sau folosirea tehnologiei într-un interval prestabilit. Desigur, familia poate fi implicată cu succes atunci când relaţia părinte-adolescent este una suportivă, bazată pe încredere şi sprijin reciproc în îndeplinirea obiectivelor

educaţionale.

La toate subscalele din chestionarul ASEBA s-a observat o scădere a scorurilor, ceea ce înseamnă că simptomele au scăzut în intensitate după participarea la program la GE_a. O mărime a efectului mare (d = 0.87) s-a obţinut pentru subscala *anxietate/depresie*, subliniind scăderea simptomelor (z = -2.820, p = 0.005). În ceea ce priveşte subscala *însingurare/depresie* şi subscala *acuze somatice* s-au obţinut mărimi medii ale efectului, d = 0.56, respectiv d = 0.57. Pentru subscala *probleme sociale*, mărimea efectului a fost una mică (d = 0.43), cu o scădere uşoară a scorurilor (z = -2.598, p = 0.009) raportate de către adolescenţi. La GC_a am obţinut rezultate semnificative *test-retest* la subscala *însingurare/depresie* (z = 2.484, p = 0.013), adolescenţii raportând scoruri semnificativ mai mari în etapa de retestare (M = 9.75, SD = 2.41), faţă de etapa de testare (M = 8.33, SD = 1.87). Din analiza scorurilor şi a abaterilor standard a reieşit că simptomatologia unuia dintre adolescenţi din GC_a a atins pragul clinic pentru această subscală, ceea ce a dus la o medie mai ridicată în retest.

În etapa *retest*, am identificat diferenţe statistic semnificative între GC_a şi GE_a la trei dintre subscalele chestionarului SDQ. Altfel spus, adolescenţii din grupul GE_a au raportat scoruri mai mici la *probleme emoţionale* (z = -3.459, p = 0.001), *probleme de comportament* (z = -3.836, p < .001) şi *probleme cu covârstnicii* (z = -3.668, p < .001). La subscala *probleme de hiperactivitate* nu am obţinut rezultate semnificative statistic (z = -0.747, p = 0.497), însemnând că intervenţia implementată nu a avut efect semnificativ şi sunt necesare alte strategii care să ţintească specific hiperactivitatea/neatenţia (de exemplu: training atenţional, strategii implementate în clasa de elevi în timpul orelor, etc.).

La chestionarul ASEBA, rezultatele statistic semnificative dintre GC_a şi GE_a au fost obţinute la subscalele *anxietate/depresie* (z = -3.313, p = 0.002), *însingurare/depresie* (z = -3.185, p = 0.001) şi *probleme sociale* (z = -2.737, p = 0.006). Pentru subscala *acuze somatice* nu am obţinut rezultate statistic semnificative (z = -0.589, p = 0.582), GC_a (M = 9.10, SD = 2.97) şi GE_a (M = 8.20, SD = 2.33) au avut mediile scorurilor apropiate la retestare. Niciun scor la subscala *acuze somatice* nu a trecut pragul de subclinic, dar scoruri mai mari au fost raportate de către fetele din clasa a VIII –a în ambele grupuri, ceea ce se poate datora momentului evaluării (cu 2 luni înainte de examenul de evaluarea naţională) sau a eficienţei scăzute a programului de intervenţie pe această componentă.

Sumarizând rezultatele prezentate anterior, se poate concluziona că participarea la programul de consiliere psihoeducaţională a fost asociată cu o evoluţie favorabilă a funcţionării psihosociale a adolescenţilor din GE_a, conform cu rezultatele obţinute la chestionarele SDQ şi ASEBA. Modificările rezultate în etapa de testare şi cea de retestare sunt orientate predominant

spre diminuarea problemelor emoţionale, comportamentale şi sociale.

În ceea ce priveşte chestionarul SDQ, cele mai importante efecte au fost observate pentru problemele emoţionale şi comportamentale, dar efecte medii pentru problemele cu covârstnicii şi efecte nesemnificative pentru problemele de hiperactivitate/neatenţie. Prin urmare, această ultimă componentă, probleme de hiperactivitate/neatenţie, necesită intervenţii complementare, orientate spre dezvoltarea autoreglării, controlului atenţional şi gestionării comportamentului elevului în contextele şcolare.

Rezultatele la chestionarul ASEBA susţin aceeaşi tendinţă generală. Participarea la program a fost asociată cu o scădere a scorurile la toate subscalele. Cel mai important efect a fost identificat pentru anxietate/depresie, urmat apoi de efecte medii pentru însingurare/depresie şi de acuze somatice. În ceea ce priveşte problemele sociale, efectul a fost mai redus, dar semnificativ statistic, ceea ce indică necesitatea implementării şi a altor strategii care să vină în întâmpinarea dificultăţilor de integrare socială (de exemplu: includerea unor şedinţe de grup în cadrul programului).

Compararea directă în etapa de retestare a GC_a şi GE_a consolidează aceste rezultate. La SDQ, adolescenţii din GE_a au prezentat scoruri semnificativ mai mici la toate subscalele, cu excepţia subscalei pentru probleme de hiperactivitate/neatenţie. Iar la ASEBA, diferenţele au fost semnificative statistic, cu excepţia celor de la subscala acuze somatice.

Prin urmare, datele susţin eficienţa programului de consiliere psihoeducaţională, dar aceste rezultate trebuie interpretate în termenii unei asocieri între participarea la program şi ameliorarea simptomelor de sănătate mintală, evitând atribuirea exclusivă şi cauzală a tuturor modificărilor intervenţiei.

Rezultatele post intervenţie la subscalele MSPSS, SSc şi SScd

Scop: evaluarea asocierii dintre participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională şi nivelul suportului social perceput de la părinţi, colegi şi cadre didactice.

Ipoteză de lucru: participarea la program se va asocia cu o creştere a scorurilor la suportul social perceput de la părinţi, cadre didactice şi colegi în GE_a, dar nu şi în GC_a.

Rezultatele analizelor statistice au arătat diferenţe statistic semnificative *test-retest* în GE_a la subscala *MSPSS*, cu un efect mediu (d = 0.58), adolescenţii raportând o creştere uşoară a *suportului social perceput de la părinţi* ($z = 2.694$, $p = 0.007$). S-au obţinut diferenţe semnificative *test-retest* şi la subscala SS_c ($z = 2.333$, $p = 0.020$), dar efectul a fost unul mic ($d = 0.34$), suportul social de la colegi a crescut într-o mai mică măsură ca urmare a participării la program. În cazul *suportului social perceput de la cadrele didactice*, participarea la program a

avut un efect mare (d = 1.40), cu o creştere semnificativă a scorurilor la GE_a în retest (M = 10.50, SD = 1.50), faţă de test (M = 7.30, SD = 2.86). Participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională a condus la o schimbare semnificativă a percepţiei suportului social de la cadrele didactice, dar a avut un efect mai mediu spre mic asupra suportului social perceput de la părinţi şi colegi (Tabel 3.3). În ceea ce priveşte GC_a nu am obţinut rezultate statistic semnificative test-retest.

Tabel 3.3 Valorile medii ale rezultatelor la subscalele MSPSS, SS_c şi SS_{cd}

Variabile	GE_a				GC_a				GE_{retest} vs GC_{retest}	
	M_{test}	M_{retest}	$z_{test\text{-}retest}$	p	M_{test}	M_{retest}	$z_{test\text{-}retest}$	p	z	p
MSPSS	15.80	18.10	2.694	0.007	14.83	14.16	-1.579	0.114	2.355	0.017
SS_c	8.80	9.90	2.333	0.020	9.00	9.08	0.322	0.748	0.631	0.539
SS_{cd}	7.30	10.50	2.576	0.010	8.16	8.00	-0.520	0.603	2.008	0.042

În etapa *retest*, s-au obţinut rezultate statistic semnificative între GC_a şi GE_a la *subscala MSPSS* (z = 2.355, p = 0.017) şi SS_{cd} (z = 2.008, p = 0.042). Altfel spus, adolescenţii au perceput că părinţii şi cadrele didactice au manifestat mai multe comportamente prin care îşi arătau susţinerea şi suportul. În schimb, nu s-a obţinut o diferenţă statistic semnificativă între GE_a şi GC_a la subscala SS_c (z = 0.631, p = 0.539), ceea ce înseamnă că nivelul suportului social perceput din partea colegilor nu s-a modificat.

Absenţa diferenţelor la *retest* în cazul *suportului social perceput din partea colegilor* poate fi explicată prin natura relaţiilor colegiale şi prin faptul că membrii clasei de elevi nu au fost informaţi cu privire la istoricul de CAN al adolescenţilor vulnerabili. Deşi colegii de clasă au participat la activităţi colective de prevenire a violenţei şi dezvoltarea competenţelor socioemoţionale, acestea au vizat climatul general al clasei, fără a urmări explicit acordarea suportului social unui anumit adolescent. De asemenea, suportul social din partea colegilor este influenţat de calitatea relaţiilor preexistente şi de contextul social din clasă, factori asupra cărora s-a intervenit foarte puţin în cadrul programului. Prin urmare, deşi s-a observat o creştere modestă test-retest a suportului social perceput de la colegi, aceasta nu a fost suficientă pentru a genera diferenţe semnificative în etapa de retest, rezultatul fiind consistent cu design-ul şi obiectivele intervenţiei.

În concluzie, activităţile din programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională au fost asociate cu o creşterea a suportului social perceput de la cele trei surse, cu un efect mai crescut asupra suportului social perceput de la cadrele didactice şi un efect mediu spre mic la suportul social perceput de la părinţi şi de la colegii de clasă, in grupul experimental (GE_a). În ceea ce priveşte comparaţiile la retest (GE_a vs GC_a), participarea la program s-a asociat cu

scoruri semmnificativ mai mari pentru suportul social perceput de la părinţi şi cadre didactice, dar nu şi de la colegi pentru GE_a.

Rezultate post intervenţie la subscalele MOTSCA, DIFCON şi SAS

Scop: evaluarea asocierii dintre participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională şi motivaţia academică scăzută, dificultăţi de concentrare/atenţie şi adaptarea şcolară.

Ipoteză de lucru: participarea la program se va asocia cu o scădere a scorurilor la subscalele MOTSCA (motivaţia academică scăzută) şi DIFCON (dificultăţi de concentrare/atenţie) şi o creşterea scorurilor la SAS (adaptarea şcolară), în GE_a, dar nu şi în GC_a.

Rezultatele comparaţiilor *test-retest* în GE_a au fost statistic semnificative pentru toate subscalele (Tabel 3.4): la *subscala MOTSCA*, adolescenţii au raportat scoruri mai mici (z = -2.829, p = 0.005), cu o mărime a efectului mare (d = 1.69); la *subscala DIFCON* au raportat tot scoruri mai mici (z = -2.836, p = 0.005), dar cu o mărime a efectului mică (d = 0.46); la *subscala SAS*, rezultatele analizelor au arătat o îmbunătăţire a scorurilor la adaptarea şcolară (z = 2.821, p = 0.005), cu o mărime a efectului medie (d = 0.56). Altfel spus, adolescenţii din GE_a, în urma participării la program, au manifestat o reducere semnificativă a nivelului motivaţiei academice scăzute sau a dificultăţilor asociate acestei dimensiuni, s-au ameliorat moderat dificultăţile de atenţie/concentrare şi s-a îmbunătăţit adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN.

Tabel 3.4 Valorile medii ale rezultatelor la MOTSCA, DIFCON şi SAS

Variabile	GE_a				GC_a				GE_{retest} vs GC_{retest}	
	M_{test}	M_{retest}	$z_{test\text{-}retest}$	p	M_{test}	M_{retest}	$z_{test\text{-}retest}$	p	z	p
MOTSCA	30.2	17.8	-2.829	.005	27.3	26.5	-0.755	0.450	-3.212	0.001
DIFCON	31.0	28.0	-2.836	.005	26.5	25.1	-0.052	0.540	0.749	0.427
SAS	6.90	10.4	2.821	.005	6.58	6.75	0.520	0.603	3.361	0.001

În contrast, nu s-au obţinut rezultate statistic semnificative test-retest pentru GC_a (p > 0.005), aspect care sugerează stabilitatea scorurilor în absenţa intervenţiei şi confirmă efectul specific al participării la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională.

În etapa retest, comparaţiile între GC_a şi GE_a au fost semnificative statistic pentru subscala MOTSCA (z = -3.212, p = 0.001), adolescenţii din GE_a (M = 17.80, SD = 4.77) au avut scoruri semnificativ mai mici faţă de cei din GC_a (M = 26.5, SD = 6.29). Adolescenţii din GE_a au raportat scoruri mai mici la motivaţie academică scăzută faţă de cei din GC_a.

Deşi comparaţiile *test-retest* pentru GE_a au fost semnificative în cazul *subscalei DIFCON*, acestea au fost nesemnificative în comparaţia GC_a-GE_a la retest (z = 0.749, p = 0.427).

Aceste rezultate sugerează că, deşi adolescenţii din GE_a au înregistrat un progres individual moderat în această dimensiune, magnitudinea acesteia nu a fost suficientă pentru a diferenţia semnificativ GE_a de GC_a. Participarea la program a avut mai degrabă un efect modest asupra dificultăţilor de concentrare/atenţie. Însă, putem presupune şi că această dimensiune psihologică are o stabilitate ridicată la această vârstă.

De asemenea, adolescenţii din GE_a au avut scoruri semnificativ mai mari la *adaptarea şcolară* faţă de cei din GC_a (z = 3.361, p = 0.001) (Tabel 3.4). Diferenţa semnificativă între grupuri la etapa retest confirmă eficienţa programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională în îmbunătăţirea adaptării şcolare, un aspect esenţial al dezvoltării psihosociale a adolescenţilor.

În concluzie, rezultatele analizelor statistice ne arată că programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională s-a asociat cu un efect mare asupra motivaţiei academice scăzute, dar cu un efect mic asupra dificultăţilor de concentrare/atenţie, în cazul adolescenţilor cu istoric de CAN. De asemenea, adolescenţii din GE_a au raportat şi scoruri mai mari la adaptarea şcolară, adică percep mai puţin stres legat de sarcinile şcolare, au un nivel de satisfacţie mai ridicat şi consideră că profesorii au o părere mai bună despre performanţa lor academică.

Rezultatele post intervenţie la chestionarele aplicate părinţilor: PSS şi MPSS

Scop: evaluarea asocierii dintre participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională şi nivelul de stres parental, precum şi suportul social perceput de către părinţi.

Ipoteză de lucru: participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională se va asocia cu o scădere a scorurilor la chestionarul privind stresul parental (PSS) şi o creşterea a scorurilor la chestionarul privind suportul social perceput de părinţi (MPSS).

Tabel 3.5 Valorile medii ale rezultatelor la subscalele PSS şi MSPSS

Variabile	GE_p				GC_p				GE_{retest} vs GC_{retest}	
	M_{test}	M_{retest}	$z_{test\text{-}retest}$	p	M_{test}	M_{retest}	$z_{test\text{-}retest}$	p	z	p
PSS	53.5	38.8	-2.812	.005	50.8	47.5	-1.826	.068	2.529	0.011
MSPSS	32.6	38.0	2.807	.005	25.2	25.8	0.954	.340	-2.779	0.004

Asumpţia omogenităţi grupurilor GE_p şi GC_p, în etapa de testare, a fost îndeplinită doar pentru *scala PSS*. În cazul *subscalei MSPSS*, am obţinut diferenţe statistic semnificative între GE_p şi GC_p (z = -2.015, p = 0.044). Specific, părinţii din GC_p au raportat un nivel uşor mai ridicat al suportului social primit din partea persoanelor semnificative, dar niveluri similare de stres cu cele ale părinţilor din GE_p (Tabel 3.5).

S-au obţinut rezultate semnificative statistic pentru GE_p, *test-retest*, pentru ambele

măsurători. Părinţii din GE_p, în urma participării la programul de intervenţie, au raportat scoruri mai mici la *PSS* (z = -2.812, p = 0.005), cu o mărime a efectului mare (d = 2.08), şi scoruri mai mari la *MSPSS* (z = 2.807, p = 0.005), cu o mărime a efectului medie (d = 0.77). Altfel spus, participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională a fost asociată cu reducerea nivelului stresului perceput de către părinţi, ca urmare a învăţării şi exersării strategiilor de management ale stresului. În ceea ce priveşte suportul social perceput de către părinţi, părinţii din GE_p au raportat un nivel mai ridicat al suportului social perceput.

În etapa *retest*, comparaţiile între GC_p şi GE_p au arătat că în urma participării la program, au scăzut scorurile la *PSS* (z = 2.529, p = 0.011) şi au crescut scorurile la *MSPSS* (z = -2.779, p = 0.004). Altfel spus, părinţii din GE_p au raportat un nivel mai scăzut de stres şi un nivel mai ridicat al suportului social perceput de la cei semnificativi. Rezultatele în cazul suportului social ar trebui interpretate cu precauţie, deoarece grupele nu au fost omogene în etapa de testare. Totuşi este încurajator că s-a obţinut un efect semnificativ al intervenţiei.

În concluzie, participarea la un program multinivelar de consiliere psihoeducaţională, care le-a oferit părinţilor un spaţiu în care să fie ascultaţi şi înţeleşi, precum şi oportunitatea de a învaţă despre schimbările specifice adolescenţei, impactul expunerii la CAN asupra relaţiei părinte-adolescent şi strategii de gestionare a stresului şi de comunicare asertivă, a contribuit la diminuarea nivelului de stres parental şi la creşterea percepţiei asupra suportului social perceput din partea persoanelor semnificative.

Rezultate post intervenţie la chestionarul aplicat cadrelor didactice: CARIS-R

Scop: evaluarea asocierii dintre participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională şi factorilor ce pot influenţa intenţia cadrelor didactice de a se implica şi raporta CAN.

Ipoteză de lucru: participarea la program se va asocia cu modificări semnificative la toate subscalele chestionarului CARIS-R în GE_{cd}, dar nu şi în GC_{cd}.

Rezultatele comparaţiilor *test-retest* au arătat că, cadrele didactice din GE_{cd} au raportat în etapa de retestare scoruri semnificativ mai mari la următoarele subscale: *atitudini privind responsabilitatea realizării unui raport* (z = 2.060, p = 0.039), *control comportamental persoană* (z = 2.232, p = 0.026), *control comportamental cadru didactic* (z = 2.070, p = 0.038), *cunoştinţe* (z = 2.401, p = 0.016) şi *coping personal* (z = 2.371, p = 0.018) (Tabel 3.6). Astfel că, în urma participării la programul de intervenţie, cadrele didactice au considerat într-o mai mare măsură că sunt responsabile să raporteze CAN, s-au simţit mai încrezătoare în privinţa identificării situaţiilor de CAN (ca persoană şi cadru didactic), şi-au îmbunătăţit nivelul de cunoştinţe şi au

învăţat cum să ofere suport unui elev victimă CAN, fără a scoate în evidenţă circumstanţele speciale ale acestuia.

Rezultate semnificative test-retest au fost obţinute şi pentru subscala *atitudinea privind realizarea unui raport* (z = -2.214, p = 0.027), care denotă faptul că după intervenţie, cadrele didactice, percep într-o mai mică măsură că realizarea unui raport este dificilă şi consumatoare de timp. De asemenea, scoruri mai mici s-au înregistrat şi la subscala *coping informaţional* (z = -2.120, p = 0.034), ce denotă că, cadrele didactice, au înţeles că nu este sarcina lor să colecteze informaţii care să confirme suspiciunea de abuz, ci a autorităţilor.

Tabel 3.6 Valorile medii ale rezultatelor la subscalele chestionarului CARIS-R

Variabile	GE_{cd}				GC_{cd}				GE_{retest} vs GC_{retest}	
	M_{test}	M_{retest}	$z_{test-retest}$	p	M_{test}	M_{retest}	$z_{test-retest}$	p	z	p
A. creştere copil	5.85	4.42	-1.891	0.059	4.88	4.55	-1.342	0.180	-0.699	0.485
A. pedps. abuzator	21.28	22.85	1.801	0.071	26.11	27.00	1.342	0.180	2.090	0.037
A. respons. rap.	21.42	23.14	2.060	0.039	21.55	21.88	1.118	0.447	-1.484	0.138
A. realiz. rap	11.28	8.14	-2.214	0.027	9.44	10.33	1.604	0.109	1.763	0.078
CC. persoană	11.42	13.71	2.232	0.026	14.00	14.33	1.732	0.083	0.546	0.585
CC. cadru	11.42	13.85	2.070	0.038	9.66	9.33	-1.342	0.180	-2.734	0.006
Cunoştinţe	2.85	9.14	2.401	0.016	4.44	4.44	-	-	-2.672	0.008
C. emoţ centrat elev	13.71	14.42	1.342	0.180	14.66	14.00	-1.342	0.180	-0.387	0.699
C. emoţional extern	21.14	21.17	1.001	0.317	21.55	21.88	1.001	0.317	0.539	0.606
C. informaţional	21.42	17.42	-2.120	0.034	22.33	22.77	1.342	0.180	2.723	0.006
C. personal	8.71	13.14	2.371	0.018	9.33	9.88	1.002	0.318	-2.193	0.031

Rezultate statistic nesemnificative la *test-retest*, am obţinut pentru subscalele: *atitudine creştere copil, atitudine pedepsire abuzator, coping emoţional centrat pe elev* şi *coping informaţional extern*. Acest lucru se datorează faptului că în eşantionul selectat, cadrele didactice au raportat majoritar că: 1) nu sunt de acord cu pedepsele abuzive în educarea copilului; 2) abuzatorii trebuiesc pedepsiţi aspru pentru faptele lor; 3) folosesc preponderent, în situaţiile de dezvăluire, coping-ul emoţional extern (căutarea de resurse pentru elev) şi coping-ul centrat pe elev (normalizarea dezvăluirii, reducerea sentimentului de vinovăţie şi oferirea de suport). De aceea, nu ne-am aşteptat la modificări semnificative statistic la aceste variabile.

În etapa *retest*, comparaţiile între GC_{cd} şi GE_{cd} au evidenţiat că sunt diferenţe semnificative între cele două grupuri la subscalele: *atitudine pedepsirea abuzator* – cadrele didactice din GC_{cd} au raportat scoruri mai mari; *control comportamental cadru didactic* – cadrele didactice din GE_{cd} au raportat scoruri mai mari; *cunoştinţe* – scoruri mai mari pentru GE_{cd}; *coping informaţional* – scoruri mai mici pentru GE_{cd} şi *coping personal* – scoruri mai mari

pentru GE_{cd}; alte diferenţe nu au fost semnificative statistic. În urma participării la programul de intervenţie, cadrele didactice din GE_{cd} spre deosebire de cele din GC_{cd} au raportat într-o mai mare măsură că abuzatorii trebuiesc aspru pedepsiţi, au simţit mai mult control asupra identificării CAN din postura de cadru didactic, au dobândit mai multe cunoştinţe şi au înţeles că rolul lor este să susţină victimele CAN, iar rolul autorităţilor competente de a căuta dovezi ale abuzului şi neglijării.

În concluzie, rezultatele evidenţiază efectele benefice ale participării la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională asupra cadrelor didactice din grupul experimental. În urma intervenţiei, cadrele didactice au manifestat un nivel mai ridicat al responsabilităţii privind raportarea cazurilor de CAN (comparaţia test-retest la GE_{cd}), s-au perceput ca fiind mai pregătite să gestioneze astfel de cazuri în mediul şcolar şi au dobândit atât cunoştinţe relevante, cât şi metode de coping eficiente pentru cazurile de dezvăluire. Absenţa unor modificări semnificative la anumite subscale poate fi explicată prin niveluri iniţial ridicate ale acestora, care reflectă competenţele şi abilităţile specifice pe care un cadru didactic care intervine în CAN ar trebui să le aibă şi să le manifeste în mediul şcolar.

3.5. Concluzii la Capitolul 3

Analiza rezultatelor prelucrării statistice a datelor obţinute în etapele test-retest, ne permit să emitem următoarele concluzii referitoare la eficienţa implementării programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională, la care au participat adolescenţii cu istoric de abuz şi/sau neglijare, părinţii acestora, colegii de clasă şi cadrele didactice:

1. Rezultatele au evidenţiat o evoluţie favorabilă a implicării în comportamente agresive în grupul experimental. Cele mai consistente rezultate s-au înregistrat în cazul *implicării în bătăi*, unde rezultatele au fost semnificative test-retest, dar şi în etapa de retestare. În cazul bullying-ului, reducerea semnificativă test-retest nu a fost însoţită de diferenţe semnificative între grupuri la retestare. În ceea ce priveşte cyberbullying-ul, deşi media scorurilor a scăzut, modificările nu au atins pragul semnificaţiei statistice. În ansamblu, rezultatele sugerează că participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională a fost asociată cu reducerea implicării în comportamente agresive directe, în timp ce rezultatele privind bullying-ul şi cyberbullying-ul sunt mai puţin concludente.
2. În urma implementării programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională s-au obţinut diferenţe semnificative statistic între scorurile adolescenţilor din GE_a şi GC_a. Specific, adolescenţii din grupul experimental (GE_a) au raportat scoruri semnificativ mai mici la *probleme emoţionale, comportamentale, cu covârstnicii, anxietate/depresie,*

însingurare/depresie şi *probleme sociale*. Aceste rezultate au fost susţinute şi de diferenţele semnificative dintre grupul experimental şi de control la retestare. În cazul *acuzelor somatice* şi *problemelor de hiperactivitate*, rezultatele nu au arătat semnificativitate statistică. Aceste constatări sugerează că programul a fost asociat cu îmbunătăţiri ale unor dimensiuni ale funcţionării emoţionale, comportamentale şi sociale, în timp ce rezultatele privind hiperactivitatea şi acuzele somatice necesită o interpetare mai prudentă.

3. Adolescenţii din GE_a au raportat în *retest* creşteri semnificative statistic ale *suportului social perceput de la părinţi, colegi* şi *cadre didactice*, între testare şi retestare. Totuşi, diferenţele între GE_a şi GC_a la retestare au fost semnificative numai pentru suportul social perceput de la părinţi şi cadre didactice. Aceste rezultate sugerează că programul a fost asociat cu consolidarea resurselor de sprijin percepute de către adolescenţi, în special în relaţiile cu părinţii şi cadrele didactice. În ceea ce priveşte suportul social perceput de la colegi, rezultatele indică necesitatea explorării unor strategii suplimentare de intervenţie şi a evaluării efectelor acestora pe termen lung.
4. Participarea la programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională a fost asociată cu îmbunătăţirea *adaptării şcolare* şi reducerea scorurilor privind *motivaţia academică scăzută* şi *dificultăţi de concentrare/atenţie*. Pentru adaptare şcolară şi motivaţia acdemică scăzută au fost identificate şi diferenţe semnificative statistic între cele două grupuri la retestare. În schimb, reducerea dificultăţilor de concentrare/atenţie a fost semnificativă numai în comparaţia test-retest din GE_a. aceste rezultate evidenţiază relevanţa intervenţiilor orientate spre adaptarea şcolară şi motivaţia acdemică, în timp ce reducerea dificultăţilor de concentrare/atenţie poate necesita intervenţii suplimentare şi evaluări ulterioare.
5. Părinţii din grupul experimental (GE_p), au raportat scoruri mai mici la *stresul parental* şi scoruri mai mari al *suportul social* perceput din partea persoanelor semnificative. Acest lucru se poate datora relaţiei de consiliere deoarece s-au simţit ascultaţi şi înţeleşi, învăţării unor strategii de relaxare şi de comunicare cu copiii-adolescenţi şi conştientizării că metodele punitive de disciplinarea pe care le-au folosit sau încă le folosec nu fac decât să deterioreze relaţia cu proprii copii.
6. În ceea ce le priveşte pe cadrele didactice din GE_{cd}, participarea la intervenţie a condus la creşterea sentimentului de responsabilitate privind intervenţia şi raportarea CAN, creşterea nivelului de încredere şi control în privinţa identificării situaţiilor de CAN (ca persoană şi cadru didactic) şi îmbunătăţirea nivelului cunoştinţelor.

CONCLUZII GENERALE ŞI RECOMANDĂRI

1. Abuzul şi neglijarea sunt teme de actualitate în literatura de specialitate, cu consecinţe ce se pot manifesta la toate nivelurile de dezvoltare, cu atât mai mult în adolescenţă, când schimbările biologice sunt intense şi creşte presiunea părinţilor şi cadrelor didactice pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor şcolare. Adolescenţii petrec o parte importantă a timpului în mediul şcolar, unde cadrele didactice şi colegii pot observa manifestări asociate expunerii la CAN, iar accesul la intervenţii de sprijin poate fi facilitat.
2. Adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de CAN este insuficient explorată în literatură, dar studiul constatativ a adus un aport semnificativ prin: analiza unei serii de factori de risc (familie - stresul parental; adolescent – probleme de sănătate mintală, implicarea în bullying/cyberbullying şi acte de violenţă, motivaţia academică scăzută, dificultăţi de concentrare/atenţie) şi de protecţie (părinţi– suport social; adolescent – suport social perceput de la părinţi, covârstnici şi cadre didactice) ce pot juca rol de mediator/moderator în relaţia dintre expunerea la CAN şi adaptarea şcolară; 2) descrierea factorilor care se asociază cu intenţia cadrelor didactice de a se implica şi raporta CAN (în România), conform cu Teoria Comportamentului Planificat.
3. Din etapa constatativă a reieşit că adolescenţii cu istoric de abuz şi neglijare raportează mai frecvent implicarea în bullying, cyberbullying şi bătăi, au mai multe difultăţi asociate cu probleme de sănătate mintală, mai ales cei polivitimizaţi, şi percep că primesc mai puţin suport social de la părinţi, cadre didactice şi colegi. De asemenea, s-a evidenţiat că rolul *suportului social perceput din partea colegilor* şi *cadrelor didactice* în relaţia dintre expunerea la abuz emoţional şi adaptare şcolară diferă semnificativ în funcţie de gen. În ceea ce priveşte suportul social perceput de la părinţi, rezultatele au evidenţiat diferenţe de gen în asocierea acestuia cu adaptarea şcolară, fără a confirma însă un rol moderator semnificativ în relaţia dintre expunerea la abuz fizic şi adaptarea şcolară
4. Analizele de mediere în paralel au identificat efecte indirecte semnificative statistic prin implicarea în *bullying din postura de agresor, probleme comportamentale, probleme de hiperactivitate, anxietate/depresie, probleme sociale, suportul social perceput de la părinţi, suportul social perceput de la cadrele didactice* şi *motivaţia academică scăzută.* Aceste rezultate sugerează existenţa mai multor căi psihosociale prin care experienţele de CAN sunt asociate cu adaptare şcolară, fără a permite stabilirea unor mecanisme cauzale pe baza analizelor realizate.
5. Părinţii care au raportat un nivel ridicat de stres parental au fost mai predispuşi la a perpetua

CAN, în timp ce suportul social perceput de către aceştia poate fi un factor de protecţie, prin reducerea probabilităţii de perpetuare a CAN;

6. Câţiva predictorii ai intenţiei cadrelor didactice de a raporta cazuri severe şi mai puţin severe de CAN care au reieșit din această cercetare sunt atitudinea privind creşterea copiilor, atitudinea privind responsabilitatea profesională, atitudinea privind realizarea unui raport CAN şi control comportamental perceput în calitate de persoană.
7. Implementarea programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională a dus la: a) adolescenţi - un nivel crescut al suportului social perceput de la părinţi, colegi şi cadre didactice; mai puţine probleme emoţionale, comportamentale, sociale şi somatice, anxietate/depresie şi însingurare/depresie; o frecvenţă scăzută a implicării în bullying şi bătăi; scoruri mai ridicate la adaptarea şcolară; scoruri mai scăzute pentru motivaţia academică scăzută şi dificultăţi concentrare/neatenţie; b) părinţi – reducerea nivelului de stres parental şi creşterea nivelului suportului social perceput de la ceuei semnificativi; c) cadre didactice – responsabilitate mai crescută în privinţa implicării şi raportării CAN, un nivel mai ridicat al controlului comportamental perceput, modificări ale strategiilor de coping utilizate în situaţiile de dezvăluire a CAN, precum şi creşterea nivelului de cunoştinţe privind CAN.

Recomandări pentru implementare:

Pornind de la rezultatele cercetării, pot fi formulate o serie de recomandări pentru valorificarea practică a informaţiilor teoretice şi empirice prezentate în această lucrare, structurate pe mai multe niveluri:

La nivelul părinţilor şi al familiei, se recomandă dezvoltarea unor programe de psihoeducaţie şi informare parentală, orientate spre conştientizarea consecinţelor expunerii la abuz şi neglijare asupra funcţionării psihosociale şi adaptării şcolare a adolescenţilor. Aceste programe pot urmări dezvoltarea unor strategii de gestionare eficiente a stresului parental, îmbunătăţirea comunicării părinte-adolescent, promovarea unor practici parentale nonviolente şi consilidarea relaţiilor de sprijin şi încredere în cadrul familiei.

La nivelul cadrelor didactice, informațiile teoretice și empirice prezentate în lucrare pot fi integrate în ghiduri de bune practici și în programe de formare continuă, în vederea consolidării competențelor de identificare, gestionare și raportare a suspiciunilor de abuz și neglijare întâlnite în mediul școlar. Chestionarul CARIS-R poate fi utilizat pentru evaluarea inițială a unor factori asociați intenției cadrelor didactice de a raporta cazuri de abuz și neglijare, facilitând elaborarea unor programe de formare adaptate nevoilor specifice fiecărei instituții de învățământ. De

asemenea, se recomandă promovarea unor practici educaționale bazate pe comunicare suportivă, empatie și dezvoltarea unui climat școlar sigur și incluziv.

La nivelul consilierilor școlari și al specialiștilor din domeniul psihologiei, metodele și instrumentele de evaluare utilizate în cercetare pot contribui la realizarea unei evaluări multidimensionale a factorilor individuali, familiali și școlari asociați adaptării școlare și funcționării socioemoționale a adolescenților cu istoric de abuz și neglijare. Programul multinivelar de consiliere psihoeducațională elaborat în cadrul cercetării poate constitui un punct de plecare pentru dezvoltarea și implementarea unor intervenții adaptate nevoilor adolescenților, orientate spre reducerea dificultăților emoționale și comportamentale, consolidarea suportului social perceput, creșterea motivației academice și îmbunătățirea adaptării școlare, cu respectarea competențelor profesionale și a particularităților fiecărui caz.

La nivel instituțional și școlar, rezultatele cercetării privind importanța suportului social perceput pot fundamenta dezvoltarea unor programe de prevenție și intervenție orientate spre consolidarea relațiilor de sprijin dintre adolescenți, părinți, colegi și cadre didactice. Se recomandă, de asemenea, consolidarea colaborării dintre unitățile de învățământ, serviciile de consiliere școlară și instituțiile cu atribuții în protecția copilului, în vederea identificării timpurii a situațiilor de vulnerabilitate și asigurării unor intervenții coordonate.

Sugestii pentru cercetări viitoare:

1. Replicarea rezultatelor cercetării pe eșantioane mai mari și diverse din punct de vedere geografic și socio-demografic, pentru a permite verificarea stabilităţii rezultatelor şi creșterea posibilităţilor de generalizare a rezultatelor.
2. Realizarea unor studii longitudinale care să permită investigarea efectelor pe termen lung ale expunerii la abuz și neglijare asupra adaptării școlare, sănătății mintale și funcționării psiho-sociale a adolescenților.
3. Investigarea unor factori suplimentari de risc și de protecție precum reglarea emoțională, climatul școlar, autoeficacitatea sau relația cadru didactic-elev.
4. Extinderea cercetărilor prin includerea altor forme de victimizare (expunerea la violența domestică) și analizarea efectelor cumulative ale polivictimizării asupra adaptării școlare și dezvoltării adolescenților.
5. Evaluarea eficienței programului multinivelar de consiliere psihoeducațională propus în această teză pe perioade mai lungi de timp, prin introducerea unor evaluări de tip follow-up la 6 sau 12 luni după finalizarea intervenției.
6. Extinderea programului de consiliere psihoeducaţională prin includerea unor strategii care să

vizeze hiperactivitatea şi dificultăţile de concentrare/atenţie, precum şi evaluarea contribuţiei acestora la îmbunătăţirea funcţionării şcolare.

7. Investigarea unor forme alternative de implementare sa programului, prin înlocuirea parţială a şedinţelor individulae cu cele de grup, care ar permite mai mult exersarea unor comportamente sociale.

Rezultatele acestei teze de doctorat trebuie analizate ţinându-se cont de câteva **limite**:

1. Studiul constatativ a fost realizat pe un eşantion de convenienţă compus din elevii şi părinţii acestora, de la şcolile din judeţul Neamţ care au permis accesul, majoritar din mediul rural. Astfel că, concluziile acestui studiu nu pot fi transpuse la nivel general al populaţiei de adolescenţi din România. O direcţie viitoare de cercetare ar putea fi selectarea unui eşantion de elevi prin metoda stratificării aleatorii, la nivel de populaţiei din România, pentru a obţine concluzii generale privind factorii de risc şi de protecţie în adaptarea şcolară a adolescenţilor cu istoric de abuz şi neglijare. O astfel de eşantionare ar facilita realizarea unei imagini de ansamblu asupra situaţiei actuale din România.
2. Instrumentele utilizate în această cercetare au fost chestionare de autoraportare, susceptibile la fenomenul de dezirabilitate socială. Alte cercetări ar putea să folosească în plus şi metoda interviului sau culegerea datelor din mai multe surse (de exemplu, chestionarele ASEBA şi SDQ au şi formele ce pot fi completate de către părinţi şi cadre didactice), pentru a confirma existenţa anumitor probleme de sănătate mintală sau aspecte legate de alte variabile incluse în cercetare. Colectarea datelor din mai multe surse ar putea evidenţia diferenţele în percepţie asupra variabilelor investigate la adolescenţi.
3. Studiul constatativ a fost transversal, prin urmare nu s-au putut stabili relaţii de tip cauză-efect, ci doar corelaţii şi probabilităţi. Această limită ar putea fi adresată în studii longitudinale, cu măsurători pe o perioadă mai mare de timp şi în care se iau în considerare mai mulţi factori legaţi de istoricul familial (de ex. violenţa intrafamilială).
4. Programul multinivelar de consiliere educaţională a fost implementat cu un număr redus de participanţi, de aceea concluziile sunt limitate şi pot fi interpretate în termeni de asocieri. Totuşi, activităţile implementate au fost în acord cu rezultatele din literatura de specialitate privind eficienţa anumitor metode în intervenţie. Alte studii ar putea replica programul folosit cu un număr mai mare de participanţi, cu includerea unor componente care să vizeze dificultăţile de atenţie/concentrare/hiperactivitate sau chiar cu schimbarea formatului (includerea şi a unor şedinţe de grup, nu doar a celor individuale).

BIBLIOGRAFIE:

1. ADĂSCĂLIŢĂ, V., CIUNTU, R. Competențele cadrului didactic în afinitate cu standardele educaționale. *Psihologie, revista ştiinţifico-practică*, 2021, nr. 2(39), pp. 58-65. ISSN 1857-2502. DOI: 10.46728/pspj.2021.v39.i2.p58-65
2. AFANAS, O., RUSNAC, S. Reziliența psihologică: între caracteristică personală și proces. *The contemporary issues of the socio-humanistic sciences*, 2015. pp. 71-75. ISBN 978-9975-3056-5-5
3. AFIFI, T. O., et al. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American journal of public health*, 2008, vol. 98, nr. 5, pp. 946-952. DOI: 10.2105/AJPH.2007.120253
4. AFIFI, T.O., MACMILLAN, H.L. Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2011, vol56, nr. 5, pp. 266-272. DOI: 10.1177/070674371105600505
5. AJDUKOVIĆ, M., RAJTER, M., REZO, I. Individual and contextual factors for the child abuse potential of Croatian mothers: The role of social support in times of economic hardship. *Child abuse & neglect*, 2018, vol. 78, pp. 60-70. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213418300188
6. AJZEN, I. Behavioral interventions based on the theory of planned behavior. 2006. https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.intervention.pdf
7. ALAZRI, Z., HANNA, K.M. School personnel and child abuse and neglect reporting behavior: An integrative review. *Children and youth services review*, 2020, 112: 104892. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190740919312721
8. ALINK, L.R.A., IJZENDOORN, M .H., BAKERMANS-KRANENBURG, M.J., PANNONCIONE, E. Et. al. Child maltreatment prevalence across the globe: A meta-analysis of the prevalence of child maltreatment. *Child Maltreatment*, 2011, vol. 16, nr. 2, pp. 79–101, DOI: 10.1177/1077559511403920
9. ALISIC, E. Teachers' perspectives on providing support to children after trauma: A qualitative study. *School Psychology Quarterly*, 2012, vol. 27, nr. 1, pp. 51–59. DOI: 10.1037/a0028590
10. ANDERSON, C.A. The impact of peer victimization on students' academic achievement and school engagement. *Educational Psychology Review*, 2008, vol. 20, nr. 3, pp. 199–214. DOI: 10.1007/s10648-008-9070-9
11. ANTHONY, R., et al. Patterns of adversity and post-traumatic stress among children adopted from care. *Child Abuse & Neglect*, 2022, vol. 130, articol 104795. DOI:

10.1016/j.chiabu.2020.104795

12. ANDREWS, J. C., NETMEYER, R. G., BURTON, S., MOBERG, D. P., & CHRISTISNSEN, A. Understanding adolescent intentions to smoke: An examination of relationships among social influence, prior trial behavior, and antitobacco campaign advertising. *Journal of marketing*, 2004, vol. *68*, nr. 3, pp. 110-123. DOI: 10.1509/jmkg.68.3.110.34767
13. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.), 2013, Washington, DC: American Psychological Association. ISBN 978-1433805615
14. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Protecting children from abuse and neglect: A guide for parents and caregivers*, 2005, Washington, DC: American Psychological Association.
15. APPLEYARD, K., YANG, C., RUNYAN, D.K. Delineating the maladaptive pathways of child maltreatment: A mediated moderation analysis of the roles of self-perception and social support. *Development and psychopathology*, 2010, vol.22, nr. 2, pp. 337-352. DOI:10.1017/S095457941000009X
16. ARNETT, J.J. Emerging adulthood: What is it, and what is it good for?. *Child development perspectives*, 2007, vol. 1, nr. 2, pp. 68-73. DOI: 10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x
17. ASPELMEIER, J.E., ELLIOTT, A.N., SMITH, C.H. Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child abuse & neglect*, 2007, vol. 31, nr. 5, pp. 549-566. DOI: 10.1016/j.chiabu.2006.12.002
18. BAKER, J.A. Contributions of teacher–child relationships to positive school adjustment during elementary school. *Journal of school psychology*, 2006, vol.44, nr. 3, pp. 211-229. DOI: 10.1016/j.jsp.2006.02.002
19. BARON, R.M., KENNY, D.A. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 1986, vol.51, nr. 6, p. 1173. DOI: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
20. BARTLETT, J. D., SMITH, S., BRINGEWATT, E. *Helping young children who have experienced trauma: Policies and strategies for early care and education*. Bethesda, MD: Child Trends, 2017. DOI: 10.7916/d8-f1gn-7n98
21. BARTLETT, J.D., EASTERBROOKS, M.A. The moderating effect of relationships on intergenerational risk for infant neglect by young mothers. *Child abuse & neglect*, 2015, vol 45, pp. 21-34. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.02.018

22. BATTEN, S. V., et al. Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, vol. 65, nr. 2, pp. 249-254. Disponibil: https://www.psychiatrist.com/wp-content/uploads/2021/02/11549_childhood-maltreatment-risk-factor-adult-cardiovascular.pdf
23. BATRA, S. The psychosocial development of children: Implications for education and society—Erik Erikson in context. *Contemporary education dialogue*, 2013, vol. 10, nr. 2, pp. 249-278. DOI 10.1177/0973184913485014
24. BĂBAN, A., PĂNESCU, P., BALÁZSI, R. School climate and well-being among Romanian adolescents: Associations with academic achievement and health behaviors. *Journal of Adolescence*, 2018, vol. 68, pp. 23–34. DOI: 10.1016/j.adolescence.2017.07.001
25. BEERS, S.R., DE BELLIS, M.D. Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2002, vol. 159, nr. 3, pp. 483–486. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.3.483
26. BERRY, J. O., JONES, W. H. The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of social and personal relationships*, 1995, vol. 12, nr. 3, pp. 463-472. DOI: 10.1177/0265407595123009
27. BENGA, O., MIGHIU, C., MUNTEAN, D. 1, 2, 3... Pași în reabilitarea copilului care a suferit o traumă – ghid pentru terapeuți, Asociația Salvați Copiii, Iași, 2009, p. 25, ISBN 978-973-579-161-2
28. BERNSTEIN, D.P., et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 2003, vol. 27, nr. 2, pp. 169-190. DOI: 10.1016/S0145-2134(02)00541-0
29. BERT, S.C., et al. The influence of maternal history of abuse on parenting knowledge and behavior. *Family relations*, 2009, vol. 58, nr. 2, pp. 176-187. DOI: 10.1111/j.1741-3729.2008.00545.x
30. BIBOU-NAKOU, I., MARKOS, A. Greek teachers' experience and perceptions of child abuse/neglect. *Advances in school mental health promotion*, 2017, vol. 10, nr. 4, pp. 265-282. DOI: 10.1080/1754730X.2017.1333916
31. BLACK, D.A., HEYMAN, R.E., SMITH S., AMY, M. Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 2002, vol. 7, nr. 2, pp. 121–188. DOI: 10.1016/S1359-1789(00)00021-5
32. BLAIR, C., DIAMOND, A. Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology*, 2008, vol. 20, nr. 3, pp. 899–911. DOI: 10.1017/S0954579408000436

33. BLAUSTEIN, M.E., KINNIBURGH, K.M. *Treating traumatic stress in children and adolescents: How to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency*. New York: Guilford Press, 2018. ISBN 978-1-4625-3370-0
34. BLEVINS, C.A., WEATHERS, F.W., DAVIS, M.T., WUSIK, M.F. and SULLIVAN, T.P. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 2016, vol. 29, nr. 6, pp. 489–498. DOI: 10.1002/jts.22134
35. BLOCK, K., KAPLAN, J. Testing the Cinderella effect: Measuring victim injury in child abuse cases. *Journal of Criminal Justice*, 2022, vol. 82, articol 101987. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0047235222001076
36. BODEN, J.M., HORWOOD, L.J, FERGUSSON, D.M. Exposure to childhood sexual and physical abuse and subsequent educational achievement outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 2007, vol. 31, nr. 10, pp. 1101–1114. DOI: 10.1016/j.chiabu.2007.03.022
37. BOLGER, K.E., PATTERSON, C.J. Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child development*, 2001, vol. 72, nr. 2, pp. 549-568. DOI: 10.1111/1467-8624.00296
38. BRAMSEN, I., LASSCHE, D., IJZENDOORN, M.H. Prevalence and characteristics of posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2013, vol. 6, nr. 4, pp. 269–286, DOI: 10.1080/19361521.2013.843152
39. BRACKETT, M.A., et al. Enhancing academic performance and social and emotional competence with the RULER feeling words curriculum. *Learning and Individual Differences*, 2012, vol. 22, nr. 2, pp. 218–224. DOI: 10.1016/j.lindif.2010.10.002
40. BRONFENBRENNER, U. *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. SAGE publication, 2005, ISBN 978-0761927129
41. BROWN, S.M., et al. The co-occurrence of adverse childhood experiences among children investigated for child maltreatment: A latent class analysis. *Child abuse & neglect*, 2019, vol. 87, pp. 18-27. DOI: 10.1016/j.chiabu.2017.11.010
42. BRUCE, J., et al. Morning cortisol levels in preschool-aged foster children: Differential effects of maltreatment type. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 2009, vol. 51, nr. 1, pp. 14-23. DOI: 10.1002/dev.20333
43. BRYANT, J.K., BALDWIN, P.A. School counsellors' perceptions of mandatory reporter training and mandatory reporting experiences. *Child Abuse Review*, 2010, vol.19, nr. 3, pp.

172-186. DOI: 10.1002/car.1099

44. CAI, J., et al. Long-term effects of childhood trauma subtypes on adult brain function. *Brain and behavior*, 2023, vol. 13, nr. 5, pp. 2981. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/brb3.2981
45. CASTILLO, R., et al. Effects of an emotional intelligence intervention on aggression and empathy among adolescents. *Journal of Adolescence*, 2013, vol. 36, nr. 5, pp. 883–892. DOI: 10.1016/j.adolescence.2013.07.001
46. CAVINS, J.K., LEE, H.Y., KIM, I. Role of adverse childhood experiences and intersecting identities on adolescents' school engagement in the United States. *Journal of School Health*, 2025, vol. 95, nr. 12, pp. 1060–1071. DOI: 10.1111/josh.70072.
47. CECI, S.J. *On intelligence… more or less: A bioecological treatise on intellectual development* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. ISBN 978-0805856422
48. CEREZO, M.A., PONS-SALVADOR, G. Improving child maltreatment detection systems: a large-scale case study involving health, social services, and school professionals. *Child abuse & neglect*, 2004, vol. 28, nr. 11, pp. 1153-1169. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.06.009
49. CIOCHINĂ, L. şi ANGHEL, A. *Bullyingul în școală: cauze, forme și intervenții.* București: Editura Trei, 2021, ISBN 978-0805856422
50. CHARAK, R., et al. Assessing the factor structure of the childhood trauma questionnaire, and cumulative effect of abuse and neglect on mental health among adolescents in conflict-affected Burundi. *Child abuse & neglect*, 2017, vol. 72, pp. 383-392. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014521341730340X
51. CHARTIER, M. J., WALKER, J. R., NAIMARK, B. Childhood abuse, adult health, and health care utilization: results from a representative community sample. *American journal of epidemiology*, 2007, vol. 165, nr. 9, pp. 1031-1038. https://academic.oup.com/aje/article-abstract/165/9/1031/90688
52. CHENG, S.T., CHAN, A. The multidimensional scale of perceived social support: dimensionality and age and gender differences in adolescents. *Personality and individual differences*, 2004, vol. 37, nr. 7, pp. 1359-1369. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886904000169
53. CHEUNG, R., LEWIN, J., JENKINS, E. Teacher identity in education reform: A case study. *Teaching and Teacher Education*, 2012, vol. 28, nr. 6, pp. 846–854. https://doi.org/10.1016/j.tate.2012.03.003
54. CHILD WELFARE INFORMATION GATEWAY. Risk and protective factors for child abuse and neglect. 2004, Washington, DC: Administration for Children and Families, U.S.

Department of Health and Human Services. Disponibil: https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/riskprotectivefactors.pdf

55. CIUHAN-CUCU, G., ILIESCU, D.. Depression and learning problems in children: Executive function impairments and inattention as mediators. *Acta psychologica*, 2021, 220: 103420. ISSN 0001-6818. DOI: 10.1016/j.actpsy.2021.103420
56. CLEAVER, H., WALKER, S. *Assessing children's needs and circumstances: the impact of the assessment framework*. Jessica Kingsley Publishers, 2004, ISBN 1 84642 163 2
57. COELHO, V.A., MARCHANTE, M., SOUSA, V. "Positive Attitude": A multilevel model analysis of the effectiveness of a Social and Emotional Learning Program for Portuguese middle school students. *Journal of Adolescence*, 2015, vol. 43, pp. 29–38. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.05.009
58. COLE, S. F., GREENWALD O'BRIEN, J., GADD, M. G., RISTUCCIA, J. M. *Helping Traumatized Children Learn: Supportive School Environments for Children Traumatized by Family Violence*. Boston: Massachusetts Advocates for Children, 2005.
59. COLLISHAW, S., PICKLES, A., MESSER, J., RUTTER, M., SHEARER, C., MAUGHAN, B. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child abuse & neglect*, 2007, vol. 31, nr. 3, pp. 211-229. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213407000415
60. COSMA, A., BĂBAN, A., BLINKA, L., ŠEVČÍKOVÁ, A., 2012. The influence of peer relationships on adolescent sexual behavior: A cross-national study. *Journal of Adolescence*, 2012, vol. 35, nr.5, pp. 1279–1289. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.04.010
61. CONGER, R.D., et al. Disrupting intergenerational continuity in harsh and abusive parenting: The importance of a nurturing relationship with a romantic partner. *Journal of Adolescent Health*, 2013, vol. 53, nr. 4, S11-S17. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X13001894
62. COSSAR, J., BELDERSON, P., BRANDON, M. Recognition, telling and getting help with abuse and neglect: Young people's perspectives. *Children and Youth Services Review*, 2019, vol. 106, articol 104469. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190740919303792
63. CRISTEA, S. *Psihopedagogie pentru consiliere şi orientare.* Bucureşti: Editura Didactică și Pedagogică, 2020.
64. **CRISTESCU, D.S.** Credinţele cadrelor didactice privind cazurile de abuz și neglijare asupra copiilor: un studiu calitativ realizat în România. În: *Volumul Conferinţei Ştiinţifice Internaţionale „Ştiinţă şi Educaţie: noi abordări şi perspective".* 2023, pp. 256-262. ISBN

978-9975-46-773-5. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/256-262_9.pdf

65. **CRISTESCU, D.S.** *Implicarea cadrelor didactice în cazurile de abuz şi neglijare asupra copiilor*. Prezentare în cadrul Conferinţei internaţionale „Acces şi succes la educaţie şi formare pentru tinerii proveniţi din grupuri sociale vulnerabile". 2022. CNFIS-FDI-2022.
66. **CRISTESCU, D.S**. Împărtăşirea experienţelor de abuz şi neglijare în mediul şcolar: metode de coping folosite de către cadrele didactice. În: *Volumul Conferinţei Ştiinţifice anuale cu participare internaţională a doctoranzilor „Cercetare, inovare, dezvoltare*". 2024, pp. 278-285. ISBN 978-9975-46-849-7. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/278-285_11.pdf
67. **CRISTESCU, D.S.** Rezilienţa faţă de oboseala de compasiune şi trauma secundară în rândul cadrelor didactice. În: Simpozion Naţional cu participare Internaţională: *Kreatikon – Creativitate–Formare–Performanţă*. 2024, p. 134-140. ISSN 2068-1372. https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/134-140_29.pdf
68. **CRISTESCU, D.S.** Susţinerea adaptării şcolare în gimnaziu prin consilierea educaţională informată de traumă. În: *Securitatea psihologică la copii în perioadă de criză*. 2023, pp. 101-108. ISBN 978-9975-46-824-4. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/196214
69. **CRISTESCU, D.S.** Teacher's Intention to Report Child Abuse and Neglect in Romania: A Mixed-method Study. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai – Psychologia-Paedagogia*, 2024, vol. 69, nr. 1, pp. 201-226. ISSN 2065-9431. https://doi.org/10.24193/subbpsyped.2024.1.11
70. **CRISTESCU, D.S**., DIACONU, M. Intervenţii psihopedagogice informate de traumă la elevii în situaţii de risc din instituţiile de învăţământ general. În: *Management şi Asistenţă Psihopedagogică pentru beneficiarii serviciilor educaţionale*. Bucureşti: *Pro Universitaria*, 2024, pp. 87-95. ISBN 978-606-26-2040-0. https://cjrae-arad.ro/wp-content/uploads/2025/05/Volum-Conferinta-2024.pdf
71. **CRISTESCU, D. S.,** BĂBAN, A. Exposure to abuse and school adjustment: The moderator and mediator roles of perceived social support from parents, classmates, and teachers. *Journal of Education for Students Placed at Risk*, 2022, vol. 27, nr. 3, pp. 181-212. https://doi.org/10.1080/10824669.2021.2023540
72. CUCU-CIUHAN, G. Depression in Children Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Aggressive Behavior and Impairments in Peer Relationships as Predictors. *Journal of Experiential Psychotherapy*, 2019, https://jep.ro/images/pdf/cuprins_reviste/85_art_04.pdf
73. CUCU CIUHAN, G. The feeling of rejection and humiliation and the avoidance of harm as predictors for aggressive behaviour in school-aged children in Romania. *European Journal*

of Special Needs Education, 2019, 34.4: 530-537.

74. CURRIE, J. SPATZ WIDOM, C. Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child maltreatment*, 2010, vol. 15, nr. 2, pp. 111-120. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077559509355316
75. URRIE, C., et al. *Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2004. https://iris.who.int/handle/10665/107560
76. DAIGNAULT, I.V., HÉBERT, M. Profiles of school adaptation: Social, behavioral and academic functioning in sexually abused girls. *Child Abuse & Neglect*, 2009, vol. 33, nr. 2, pp. 102–115. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.06.001
77. DAKE, J.A., PRICE, J.H., TELLJOHANN, S.K. The nature and extent of bullying at school. *Journal of School Health*, 2003, vol. 73, nr. 5, pp. 173–180. https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2003.tb03599.x
78. DANESE, A., et al. Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2007, DOI: 104.4: 1319-1324.
79. DEATER-DECKARD, K., PANNETON, R. Unearthing the developmental and intergenerational dynamics of stress in parent and child functioning. In: *Parental stress and early child development: Adaptive and maladaptive outcomes*. Cham: Springer International Publishing, 2017, pp. 1-11. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-55376-4_1
80. DE PAULA, M., PEREIRA, C., RABELO, N. Shaken Baby Syndrome: literature review in the last 5 years. *Archives of Pediatric Neurosurgery*, 2020, 2.2 (May-August): e392020-e392020. https://archpedneurosurg.com.br/sbnped2019/article/view/39
81. DE BELLIS, M.D. Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 2001, vol. 13, nr. 3, pp. 539–564. DOI: 10.1017/S0954579401003078
82. DE ARELLANO, M.A., LORCH, E.P., DANIELSON, C.K., SPRINGMAN, S.A., McGEE, C., COHEN, J.A. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 2014, vol. 65, nr. 5, pp. 591–602. ISSN 1075-2730
83. DEMARAY, M.K., MALECKI, C.K. Critical levels of perceived social support associated with student adjustment. *School psychology quarterly*, 2002, vol. 17, nr. 3, p. 213. https://psycnet.apa.org/fulltext/2002-04415-001.html
84. DEMIR, S. Comparison of normality tests in terms of sample sizes under different skewness and Kurtosis coefficients. *International Journal of Assessment Tools in Education*, 2022, vol.

9, nr. 2, pp. 397-409. https://dergipark.org.tr/en/pub/ijate/article/1101295

85. DE OLIVEIRA, I.R., et al. Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect: a replication and extension study in a Brazilian sample of high-risk youth. *Child abuse & neglect*, 2018, vol. 80, pp. 312-323. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014521341830125X
86. DIACONU, M., **CRISTESCU, D.S**. Prevenirea apariţiei tulburărilor emoţionale la elevii din gimnaziu prin activităţile de consiliere psihopedagogică. În: *Management şi Asistenţă Psihopedagogică pentru beneficiarii serviciilor educaţionale*. Bucureşti: Pro Universitaria, 2024, pp. 96-100. ISBN 978-606-26-2040-0.
87. DIAMOND, A. Executive functions. *Annual review of psychology*, 2013, vol. 64, nr. 1, pp. 135-168. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750
88. DORADO, J. *UCSF Healthy Environments and Response to Trauma in Schools (HEARTS)*. San Francisco: University of California, San Francisco, 2020. Available from: https://hearts.ucsf.edu/
89. DOREMUS-FITZWATER, T.L., VARLINSKAYA, E.I., SPEAR, L.P. Motivational systems in adolescence: possible implications for age differences in substance abuse and other risk-taking behaviors. *Brain and cognition*, 2010, vol. 72, nr. 1, pp. 114-123. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0278262609001614
90. DUBE, S.R., et al. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive medicine*, 2003, vol. 37, nr. 3, pp. 268-277. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194504
91. DUBOWITZ, H., BENNETT, S. Physical abuse and neglect of children. *The Lancet*, 2007, vol. 369, nr. 9576, pp.1891–1899. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60856-3.
92. DUMONT, K., EHRHARD-DIETZEL, S., KIRKLAND, K. Averting child maltreatment: Individual, economic, social, and community resources that promote resilient parenting. In: *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*. New York, NY: Springer New York, 2011, pp. 199-217. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-0586-3_17
93. DUMONT, K.A., WIDOM, C.S., CZAJA, S.J. Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child abuse & neglect*, 2007, vol. 31, nr. 3, pp. 255-274. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213407000427
94. ECCLES, J.S., ROESER, R.W. Schools as developmental contexts during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 2003, vol. 13, nr. 2, pp. 225–241.

https://doi.org/10.1111/1532-7795.1302006

95. EDMOND, T., et al. Signs of resilience in sexually abused adolescent girls in the foster care system. *Journal of child sexual abuse*, 2006, vol. 15, nr. 1, pp. 1-28. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J070v15n01_01
96. EISEN, M.L., et al. Maltreated children's memory: accuracy, suggestibility, and psychopathology. *Developmental psychology*, 2007, vol. 43, nr. 6, p. 1275. https://psycnet.apa.org/record/2007-16709-001
97. ELGAR, F.J., et al. *Assessing the view from bottom: How to measure socioeconomic position and relative deprivation in adolescents*. SAGE Publications Limited, 2017. https://orca.cardiff.ac.uk/id/eprint/98969/
98. ENACHE, R. „Rolul consilierului școlar în prevenirea și gestionarea abuzului asupra minorilor." *Revista de Psihologie a Educației,* 2022, vol. 4, nr. 2, pp. 45–56.
99. ENĂCHESCU, C. *Psihologia consilierii. Teorii şi aplicaţii.* Bucureşti: Editura Trei, 2019, ISBN: 978-606-40-0628-8
100. ESPELAGE, D.L., LOW, S.K., POLANIN, J.R., BROWN, E.C. Clinical trial of Second Step® middle-school program: Impact on aggression, victimization, and sexual violence. *Journal of Adolescent Health*, 2014, vol. 55, nr. 2, pp. 254–260. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2014.11.007
101. FALKINER, M., THOMSON, D., DAY, A. Teachers' understanding and practice of mandatory reporting of child maltreatment. *Children Australia*, 2017, vol. 42, nr. 1, pp. 38-48. DOI: 10.1017/cha.2016.53
102. FANG, Y., et al. Parent, child, and situational factors associated with parenting stress: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2024, vol. 33, nr. 6, pp. 1687-1705. https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-022-02027-1
103. FARERI, D.S., TOTTENHAM, N. Effects of early life stress on amygdala and striatal development. *Developmental cognitive neuroscience*, 2016, vol. 19, pp. 233-247. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878929316300688
104. FEIRING, C., SIMON, V.A., CLELAND, C.M., BARRETT, E.P. Potential pathways from stigmatization and internalizing symptoms to delinquency in sexually abused youth. *Child Maltreatment*, 2013, vol. 18, nr. 4, pp. 220–232. DOI: 10.1177/1077559513508936
105. FENG, J., HUANG, T., WANG, C. Kindergarten teachers' experience with reporting child abuse in Taiwan. *Child abuse & neglect*, 2010, vol. 34, nr. 2, pp. 124-128. DOI: 10.1016/j.chiabu.2009.05.007
106. FENG, J., WU, Y. Factors associated with nurses intention to report child abuse: A

national survey of Taiwanese nurses. *Child abuse & neglect*, 2005, vol. 29, nr. 7, pp. 783-795. ISSN 0145-2134, DOI: 10.1016/jchiabu.2005.02.006

107. FERGUSSON, D.M., BODEN, J.M., HORWOOD, L. John. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child abuse & neglect*, 2008, vol. 32, nr. 6, pp. 607-619. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.12.018

108. FINEGOOD, E.D., BLAIR, C. Poverty, parenting, and executive functions: A longitudinal study of early academic readiness. *Developmental Science*, 2017, vol. 20, nr. 2, e12407. https://doi.org/10.1111/desc.1240791

109. FINKELHOR, D., ORMROD, R.K., TURNER, H.A. Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child abuse & neglect*, 2007, vol.31, nr. 1, pp. 7-26. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008

110. FINKELHOR, D., et al. Pathways to poly-victimization. *Child maltreatment*, 2009, vol. 14, nr. 4, pp. 316-329. https://doi.org/10.1177/1077559509347012

111. FINKELHOR, D., JONES, L. Why have child maltreatment and child victimization declined?. *Journal of social issues*, 2006, vol. 62, nr. 4, pp. 685-716. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2006.00483.x

112. FISH, J., et al. Childhood abuse, sexual orientation, and developmental risk among adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 2004, vol. 28, nr. 11, pp. 1171–1189.88, DOI: 10.1016-j.chiabu.2004.06.010

113. FITZGERALD, M., HAMSTRA, C., LEDERMANN, T. Childhood maltreatment and adult's provisions of emotional support given to family, friends, and romantic partners: An examination of gender differences. *Child abuse & neglect*, 2020, vol. 106, pp. 104520. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104520

114. FLEITLICH, B., GOODMAN, R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: Cross sectional survey. *BMJ*, 2001, vol. 323, nr. 7313, pp. 599–600. https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.599

115. FLORES, E., CICCHETTI, D., ROGOSCH, F.A. Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children. *Developmental psychology*, 2005, vol. 41, nr. 2, p 338. https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.2.338

116. FRALEY, R.C., SHAVER, P.R. Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of general psychology*, 2000, vol. 4, nr. 2, pp. 132-154. https://doi.org/10.1037/1089-2680.4.2.132

117. FRAZIER, P.A., TIX, A.P., BARRON, K.E. Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of counseling psychology*, 2004, vol. 51, nr. 1, pp.

115. https://psycnet.apa.org/buy/2003-11100-011

118. FRY, D., et al. The relationships between violence in childhood and educational outcomes: A global systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 2018, vol. 75, nr. 6-28. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.021

119. FUHRMANN, D., KNOLL, L.J., BLAKEMORE, S. Adolescence as a sensitive period of brain development. *Trends in cognitive sciences*, 2015, vol. 19, nr. 10, pp. 558-566. https://www.cell.com/trends/cognitive-sciences/abstract/S1364-6613(15)00172-2

120. FURNISS, T. Manual multiprofesional pentru abuzul sexual al copilului. Management integrat, terapie și intervenție legală, Ed. Waldpress, 2005, Timișoara, pp. 371-373

121. GAILER, J., et al. Improving school outcomes for trauma-impacted students. Anderson, SC: *National Dropout Prevention Center and Successful Practices Network*, 2018. https://handouts19.modelschoolsconference.com/files/upload/Trauma-Skilled-Schools-Model-Final-I.pdf

122. GAMA, C. M. F., PORTUGAL, L. C. L., GONCALVES, R. M., de Souza Junior, S., Vilete, L. M. P., Mendlowicz, M. V., ... & Pereira, M. G. The invisible scars of emotional abuse: a common and highly harmful form of childhood maltreatment. *BMC psychiatry*, 2021, vol. 21, pp. 1-14. DOI: 10.1186/s12888-021-03134-0

123. GERSHOFF, E.T. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychological bulletin*, 2002, vol. 128, nr. 4, p. 539. https://psycnet.apa.org/fulltext/2002-01514-001.html

124. GEORGE, D., MALLERY, P. *IBM SPSS statistics 26 step by step: A simple guide and reference*. Routledge, 2019. https://doi.org/10.4324/9781032622156

125. GILBERT, R., WIDOM, C. S., BEOWNE, K., FERGUSSON, D., WEBB, E., JANSON, S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*, 2009, vol. 373, nr. 9657, pp. 68-81. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7

126. GLAVAN, A., IONAȘCU, G. Dimensiuni ale relaţiei dintre nivelul anxietății, percepția suportului social și riscul pentru abuzul de alcool în rândul adolescenților. *Vector European*, 2022, nr. 1, pp. 112-117. ISSN 2345-1106

127. GOEBBELS, A., et al. Teachers' reporting of suspected child abuse and neglect: behaviour and determinants. *Health education research*, 2008, vol. 23, nr. 6, pp. 941-951. https://doi.org/10.1093/her/cyn030

128. GOODMAN, R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2001, vol. 40, nr. 11, pp. 1337-1345. DOI: 10.1097/00004583-200111000-00015

129. GOODMAN, R., et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 2004, nr. 13, pp. ii25-ii31. DOI: 10.1007/s00787-004-2005-3

130. GOODMAN, R., FORD, T., RICHARDS, H., GATWARD, R., MELTZER, H. The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2000, vol. 41, nr. 5, pp. 645–655. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x

131. GOTHWAL, V.K., et al. Revised olweus bully/victim questionnaire: Evaluation in visually impaired. *Optometry and vision science*, 2013, vol. 90, nr. 8, pp. 828-835. DOI: 10.1037/t09634-000

132. GOTTLIEB, B.H., BERGEN, A.E. Social support concepts and measures. *Journal of psychosomatic research*, 2010, vol. 69, nr. 5, pp. 511-520. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.10.001

133. GRECO, A.M., PEREDA, N., GUILERA, G. Detection and reporting potential child and youth victimization cases from school: The role of knowledge. *Children and youth services review*, 2020, voi. 119, nr. 105499. DOI: 10.1016/j.childyouth.2020.105499

134. GREENFIELD, E.A. Child abuse as a life-course social determinant of adult health. *Maturitas*, 2010, vol. 66, nr. 1, pp. 51-55. DOI: 10.1016/j.maturitas.2010.02.002

135. GREGORY, A., CORNELL, D. "Tolerating" adolescent needs: Moving beyond zero tolerance policies in high school. *Theory into practice*, 2009, vol. 48, nr. 2, pp. 106-113. DOI: 10.1080/00405840902776327

136. GRUHN, M. A., COMPAS, B. E. Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child abuse & neglect*, 2020, vol. 103, nr. 104446. DOI: 10.1016/j.chiabu.2020.104446

137. HAMRE, B.K., PIANTA, R.C. Early teacher–child relationships and the trajectory of children's school outcomes through eighth grade. *Child development*, 2001, vol. 72, nr. 2, pp. 625-638. DOI: 10.1111/1467-8624.00301

138. HAJ-YAHIA, M.M., et al. The relationship between exposure to family violence in childhood and post-traumatic stress symptoms in young adulthood: The mediating role of social support. *Child Abuse & Neglect*, 2019, vol. 92, pp. 126-138. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.03.023

139. HARDING, L., et al. Understanding the parental stress scale with a foster carer cohort. *Family Relations*, 2020, vol. 69, nr. 4, pp. 865-879. DOI: 10.1111/fare.12483

140. HARTLEY, J., LEVIN, K., CURRIE, C. A new version of the HBSC family affluence

scale-FAS III: Scottish qualitative findings from the international FAS development study. *Child indicators research*, 2016, vol. 9, pp.233-245. DOI:10.1007/s12187-015-9325-3

141. HAWKINS, R., MCCALLUM, C. Mandatory notification training for suspected child abuse and neglect in South Australian schools. *Child abuse & neglect*, 2001, vol. 25, nr. 12, pp. 1603-1625. DOI: 10.1016/S0145-2134(01)00296-4

142. HAYES, A.F. Partial, conditional, and moderated moderated mediation: Quantification, inference, and interpretation. *Communication monographs*, 2018, vol. 85, nr. 1, pp. 4-40. DOI: 10.1080/03637751.2017.1352100

143. HAYES, A.F., MONTOYA, A.K., ROCKWOOD, N.J. The analysis of mechanisms and their contingencies: PROCESS versus structural equation modeling. *Australasian Marketing Journal*, 2017, vol. 25, nr. 1, pp. 76-81. DOI: 10.1016/j.ausmj.2017.02.001

144. HAYES, A.F., ROCKWOOD, N.J. Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour research and therapy*, 2017, nr. 98, pp. 39-57. DOI: 10.1016/j.brat.2016.11.001

145. HÉBERT, M., et al. Diversity of adaptation profiles in youth victims of child sexual abuse. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 2022, vol. 14.S1: S41. https://psycnet.apa.org/buy/2021-81123-001

146. HERRINGA, R.J. Trauma, PTSD, and the developing brain. *Current psychiatry reports*, 2017, 19: 1-9. DOI: 10.1007/s11920-017-0825-3

147. HERRENKOHL, T. I., HONG, S., KLIKA, J. B., HERRENKOHL, R. C., & RUSSO, M. J. Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *Journal of family violence*, 2013, vol.28, nr. 2, pp. 191-199. DOI: 10.1007/s10896-012-9474-9

148. HERRENKOHL, T.I., et al. Mediating and moderating effects of social support in the study of child abuse and adult physical and mental health. *American journal of orthopsychiatry*, 2016, vol. 86, nr. 5, p. 573. https://psycnet.apa.org/buy/2016-05585-001

149. HIGGINS, D.J., MCCABE, M.P. Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression and violent behavior*, 2001, vol. 6, nr. 6, pp. 547-578. DOI: 10.1016/S1359-1789(00)00030-6

150. HILDYARD, K.L., WOLFE, D.A. Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 2002, vol. 26, nr. 6–7, pp. 679–695. DOI: 10.1016/S0145-2134(02)00341-1

151. HOLMBERG, L.I., HELLBERG, D. Sexually abused children. Characterization of these

girls when adolscents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2010, vol. 22, nr. 2, pp. 291-300. DOI: 10.1515/IJAMH.2010.20.2.291

152. HOLLY, L.E., et al. Evidence-base update for parenting stress measures in clinical samples. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2019, vol. 48, nr. 5, pp. 685-705. DOI: 10.1080/15374416.2019.1639515

153. HONG, J.S., ESPERANZA, J., et al. Peer victimization and academic outcomes among adolescents: A meta-analytic review. *Educational Psychology Review*, 2018, vol. 30, nr. 4, pp. 1173–1200. ISSN 1040-726X

154. HOWE, T.R., PARKE, R.D. Friendship quality and sociometric status: Between-group differences and links to loneliness in severely abused and nonabused children. *Child Abuse & Neglect*, 2001, vol. 25, nr. 5, pp. 585-606. DOI: 10.1016/S0145-2134(01)00230-7

155. HUSSEY, J.M., CHANG, J.J., KOTCH, J.B. Child maltreatment in the United States: Prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 2006, vol. 118, nr. 3, pp. 933-942. DOI: 10.1542/peds.2005-2452

156. HUBBARD, D.J., PRATT, T.C. A meta-analysis of the predictors of delinquency among girls. *Journal of Offender Rehabilitation*, 2002, vol. 34, nr. 3, pp. 1-13. DOI: 10.1300/J076v34n03_01

157. IONAŞCU, G., GLAVAN, A., ROBU, V. Relationship between emotional instability and risk of alcohol abuse among adolescents: The moderating role of predisposition to engage in risky behaviors. *EcoSoEn*, 2023, nr. 1, pp. 43-59. ISSN 2587-344X

158. ISMAIL, F.Y., LJUBISAVLJEVIC, M.R., JOHNSTON, M. V. A conceptual framework for plasticity in the developing brain. In: *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier, 2020, pp. 57-66. DOI: 10.1016/B978-0-444-64150-2.00007-1

159. JAFFEE, S.R., MAIKOVICH-FONG, A.K. Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *Journal of child psychology and psychiatry*, 2011, vol. 52, nr, 2, pp. 184-194. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02304.x

160. JAFFEE, S.R., et al. Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child abuse & neglect*, 2007, vol. 31, nr. 3, pp. 231-253. DOI: 10.1016/j.chiabu.2006.03.011

161. JANCZEWSKI, C.E. Differential response and agency decision making: A national study of child neglect cases. 2014. PhD Thesis. The University of Wisconsin-Milwaukee.

162. JAYCOX, L.H., LANGLEY, A.K., HOOVER, S.A. *Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS)*. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2018. Disponibil:

https://www.rand.org/education-and-labor/projects/cbits.html

163. JENKINS, P., PALMER, J. 'At risk of harm'? An exploratory survey of school counsellors in the UK, their perceptions of confidentiality, information sharing and risk management. *British Journal of Guidance & Counselling*, 2012, vol. 40, nr. 5, pp. 545-559. DOI: 10.1080/03069885.2012.718732

164. JERNBRO, C., et al. Disclosure of child physical abuse and perceived adult support among Swedish adolescents. *Child abuse review*, 2017, vol. 26, nr. 6, pp. 451-464. DOI: 10.1002/car.2443

165. JIA, Y., et al. The influence of student perceptions of school climate on socioemotional and academic adjustment: A comparison of Chinese and American adolescents. *Child development*, 2009, vol. 80, nr. 5, pp. 1514-1530. Disponibil: https://academic.oup.com/chidev/article-abstract/80/5/1514/8274807

166. KAPLOW, J.B., WIDOM, C. S. Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of abnormal Psychology*, 2007, vol. 116, nr. 1, p. 176. Disponibil: https://psycnet.apa.org/buy/2007-01891-017

167. KARADAG, S. Ç., SONMEZ, S., DEREOBALI, N. An investigation of preschool teachers' recognition of possible child abuse and neglect in Izmir, Turkey, *Journal of interpersonal violence*, 2015, vol. 30, nr. 5, pp. 873-891. DOI: 10.1177/0886260514536274

168. KAZI, S., GALANAKI, E. Piagetian theory of cognitive development. *The encyclopedia of child and adolescent development*, 2020, pp. 1-11. ISBN 9781119171492

169. KENNY, M.C. Child abuse reporting: Teachers' perceived deterrents, *Child abuse & neglect*, 2001,vol. 25, pp. 81-92. DOI: 10.1016/S0145-2134(00)00218-0

170. KERIG, P.K., BECKER, S.P. 12 early abuse and neglect as risk factors for the development of criminal and antisocial behavior. *The development of criminal and antisocial behavior: Theory, research and practical applications*, 2014, pp. 181-199. Disponibil: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-08720-7_12

171. KERIG, P.K., SCHULZ, M.S. Introduction to Section IV. *Adolescence and Beyond: Family Processes and Development*, 2012, p. 225.

172. KESSLER, R.C., et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of general psychiatry*, 2011, vol. 68, nr. 1, pp. 90-100. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2010.180

173. KIM, J., CICCHETTI, D. Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 2010, vol. 51, nr. 6, pp. 706-716. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x

174. KIRSCH, D., NEMEROFF, C.M., LIPPARD, E.. Early life stress and substance use disorders: underlying neurobiology and pathways to adverse outcomes. *Adversity and resilience science*, 2020, vol. 1, nr. 1, pp. 29-47. DOI: 10.1007/s42844-020-00005-7

175. KLIEWER, W., et al. Exposure to violence against a family member and internalizing symptoms in Colombian adolescents: the protective effects of family support. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2001, vol. 69, nr. 6, p. 971. Disponibil: https://psycnet.apa.org/record/2001-05666-011

176. KRUK, E. Parental alienation as a form of emotional child abuse: Current state of knowledge and future directions for research. *Family science review*, 2018, vol. 22, nr. 4, pp. 141-164. ISSN 2331-6780

177. KYU, H.H., et al. Global and national burden of diseases and injuries among children and adolescents between 1990 and 2013: findings from the global burden of disease 2013 study. *JAMA pediatrics*, 2016, vol. 170, nr. 3, pp. 267-287. DOI:10.1001/jamapediatrics.2015.4276

178. LACEY, R.E., MINNIS, H. Practitioner review: twenty years of research with adverse childhood experience scores–advantages, disadvantages and applications to practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2020, vol. 61, nr. 2, pp. 116-130. DOI: 10.1111/jcpp.13135

179. LEE, N., et al. Childhood polyvictimization and associated health outcomes: A systematic scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2023, vol. 24, nr. 3, pp. 1579-1592. DOI: 10.1177/15248380211073847

180. LEE, S.J., TAYLOR, C.A., BELLAMY, J.L. Paternal depression and risk for child neglect in father-involved families of young children. *Child abuse & neglect*, 2012, vol. 36, nr. 5, pp. 461-469. DOI: 10.1016/j.chiabu.2012.04.002

181. LEENARTS, L., et al. Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 2013, vol. 22, pp. 269-283. DOI: 10.1007/s00787-012-0367-5

182. LEMBERGER, M.E., et al. Effects of the Student Success Skills program on executive functioning skills, feelings of connectedness, and academic achievement in a predominantly Hispanic, low-income middle school district. *Journal of Counseling & Development*, 2015, vol. 93, nr. 1, pp. 25–37. DOI: 10.1002/j.1556-6676.2015.00180.x

183. LEÓN, J., LIEW, J. Profiles of adolescents' peer and teacher relatedness: Differences in well-being and academic achievement across latent groups. *Learning and Individual Differences*, 2017, vol.54, pp. 41-50. DOI: 10.1016/j.lindif.2017.01.009

184. LEREYA, S.T., WOLKE, D. Prenatal family adversity and maternal mental health and vulnerability to peer victimisation at school. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2013, vol. 54, nr. 6, pp. 644-652. DOI: 10.1111/jcpp.12012

185. LOWENTHAL, B. Teacher strategies and interventions for maltreated children. *Early Child Development and Care*, 2001, vol. 168, nr. 1, pp. 1-15. DOI 10.1080/0300443011680101

186. LUBY, J.L., et al. Association between early life adversity and risk for poor emotional and physical health in adolescence: a putative mechanistic neurodevelopmental pathway. *JAMA pediatrics*, 2017, vol. 171, nr. 12, pp. 1168-1175. DOI:10.1001/jamapediatrics.2017.3009

187. LUCAS, K., et al. Transport poverty and its adverse social consequences. In: *Proceedings of the institution of civil engineers-transport*. Thomas Telford Ltd, 2016. pp. 353-365. Disponibil: https://www.emerald.com/jtran/article/169/6/353/407161

188. LUTHAR, S.S., CICCHETTI, D., BECKER, B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 2000, vol. 71, nr. 3, pp. 543-562. DOI: 10.1111/1467-8624.00164

189. MAAS, C., HERRENKOHL, T.I., SOUSA, C. Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2008, vol. 9, nr. 1, pp. 56-67. DOI: 10.1177/1524838007311105

190. MACDONALD, G., et al. The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 2016, vol. 20, nr. 69. DOI: 10.3310/hta20690

191. MALECKI, C.K., DEMARAY, M.K. What type of support do they need? Investigating student adjustment as related to emotional, informational, appraisal, and instrumental support. *School psychology quarterly*, 2003, vol. 18, nr. 3, p. 231. Disponibil: https://psycnet.apa.org/fulltext/2003-08719-001.html

192. MANLY, J.T., et al. Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and psychopathology*, 2001, vol.13, nr. 4, pp. 759-782. ISSN 0954-5794

193. MARTIN, A., GARDNER, M., BROOKS-GUNN, J. The mediated and moderated effects of family support on child maltreatment. *Journal of Family Issues*, 2012, vol. 33, nr. 7, pp. 920-941. DOI: 10.1177/0192513x11431683

194. MASTEN, A.S. Resilience in developmental systems. *Multisystemic resilience*, 2021, pp.

113-134. ISBN 9780190095888

195. MATHEWS, B., et al. Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. *PLoS one*, 2020, vol. 15, nr. 1, e0227884. DOI: 10.1371/journal.pone.0227884

196. MATHEWS, B., COLLIN-VÉZINA, D. Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2019, vol. 20, nr. 2, pp. 131-148. DOI: 10.1177/1524838017738726

197. McCORMICK, A., SCHEYD, K., TERRAZAS, S. Trauma-informed care and LGBTQ youth: Considerations for advancing practice with youth with trauma experiences. *Families in Society*, 2018, vol. 99, nr. 2, pp. 160-169. DOI: 10.1177/1044389418768550

198. MCGLOIN, J.M., WIDOM, C.S. Resilience among abused and neglected children grown up. *Development and psychopathology*, 2001, vol. 13, nr.4, pp. 1021-1038, ISSN 0954-5794

199. MCHOLM, A.E., MACMILLAN, H.L., JAMIESON, E. The relationship between childhood physical abuse and suicidality among depressed women: results from a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 2003, vol. 160, nr. 5, pp. 933-938. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.5.933

200. MEADOW, R. Child abuse in society. *ABC of Child Protection*, 2007, pp. 1-4. Disponibil: https://www.junkybooks.com/administrator/thebooks/6884b03e31f50-child-protection-fourth-edition-by-sir-roy-meadow.pdf#page=12

201. MERSKY, J.P., TOPITZES, J. Comparing early adult outcomes of maltreated and non-maltreated children: A prospective longitudinal investigation. *Children and Youth Services Review*, 2010, vol. 32, nr. 8, pp. 1086-1096. DOI: 10.1016/j.childyouth.2009.10.017

202. MEINCK, F., et al. Psychometric properties of the adverse childhood experiences abuse short form (ACE-ASF) among Romanian high school students. *Child abuse & neglect*, 2017, nr. 72, pp. 326-337. DOI: 10.1016/j.chiobu.2017.08.016

203. MEEUS, W., OOSTERWEGEL, A., VOLLEBERGH, W. Parental and peer attachment and identity development in adolescence. *Journal of adolescence*, 2002, vol. 25, nr. 1, pp. 93-106. DOI: 10.1006/jado.2001.0451

204. MICLEA, M., PORUMB, M. *Intervenții psihologice bazate pe dovezi.* Cluj-Napoca: Editura ASCR, 2019. ISBN 978-606-9721-02-5

205. MILLER-PERRIN, C., MALLOY, L.C. Curriculum guide for instruction in child maltreatment. *Section on Child Maltreatment Division*, 2007, 37.

206. MILLER, A.B., ESPOSITO-SMYTHERS, C., LEICHTWEIS, R.N. Role of social support in adolescent suicidal ideation and suicide attempts. *Journal of Adolescent health*,

2015, vol. 56, nr. 3, pp. 286-292. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.265

207. MIN, M.O., et al. Mediating links between maternal childhood trauma and preadolescent behavioral adjustment. *Journal of interpersonal violence*, 2013, vol. 28, nr. 4, pp. 831-851. DOI: 10.1177/0886260512455868

208. MOODY, G., et al. Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC public health*, 2018, vol. 18, pp. 1-15. DOI: 10.1186/s12889-018-6044-y

209. MITROFAN, I. Psihoterapie: Repere teoretice, metodologice și aplicative. București: *Editura Universitară*, 2008. ISBN 978-973-749-333-0

210. MORRIS, M.C., et al. County-level socioeconomic and crime risk factors for substantiated child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 2019, nr. 90, pp. 127-138. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.02.004

211. MOYLAN, C.A., et al. The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of family Violence*, 2010, vol. 25, pp. 53-63. DOI: 10.1007/s10896-009-9269-9

212. MUNTEANU, A. „Violenţa în familie şi maltratarea copilului". În Neamţu, G. (coord.). Tratat de asistenţă socială. Iaşi: *Editura Polirom*, 2003, p. 698. ISBN 978-973-681-240-8

213. NACU, A., et al. Tulburarea cu Deficit de Atenție/Hiperactivitate (ADHD): protocol clinic naţional PCN-368. Chişinău: Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale al Republicii Moldova, 2020.

214. NATIONAL CHILD TRAUMATIC STRESS NETWORK. *Trauma treatments and interventions for children and adolescents*. Los Angeles, CA; Durham, NC: NCTSN, 2024. Disponibil la: https://www.nctsn.org/treatments-and-practices/trauma-treatments/interventions

215. NATIONAL CHILD TRAUMATIC STRESS NETWORK (NCTSN). *Trauma-Informed Schools Resources.* Los Angeles, CA; Durham, NC: NCTSN, 2023. Disponibil la: https://www.nctsn.org

216. NATIONAL CENTER FOR EDUCATION STATISTICS, 2022. *The Condition of Education 2022 (NCES 2022-144)*. Washington, DC: U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences. Disponibil online la: ed.gov

217. NEGASH, T., MAGUIRE-JACK, K. Do social services matter for child maltreatment prevention?: Interactions between social support and parent's knowledge of available local social services. *Journal of Family Violence*, 2016, vol. 31, pp. 557-565. DOI: 10.1007/s10896-015-9788-5

218. NEGRU, O., BĂBAN, A. Positive development in school settings: School environment influences on perceived school adjustment in a Romanian adolescent sample. *Cognitie, Creier, Comportament/Cognition, Brain, Behavior*, 2009, vol. 13, nr. 3, pp. 253–272. ISSN 1224-8398

219. NORMAN, R.E., et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 2012, 9.11: e1001349. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001349

220. OLĂRESCU, V., **CRISTESCU, D.S.** Evaluating the Differential Role of Risk and Protective Factors in the School Adaptation of Adolescents with a History of Abuse. *Psihologie. Revistă ştiinţifico-practică*, 2025, vol. 47, nr. 2. ISSN (tipărit) 2537-6276 DOI: 10.46728/pspj.2025.v47.i2.p20-31.

221. OLĂRESCU, V., **CRISTESCU, D.S.** Intervenţii realizate în şcoală pentru dezvoltarea rezilienţei elevilor. În: *Volumul Conferinţei Ştiinţifice Internaţionale „Ştiinţă şi Educaţie: noi abordări şi perspective*", 2024, vol. 47, nr. 2, p. 275-281. ISBN 978-9975-46-943-2. DOI: 10.46727/c.v1.21-22-03-2024.p275-281

222. OLĂRESCU, V., VELEANOVICI, A.. Tulburări emoţionale la copiii aflaţi în situaţie de abuz şi neglijare. Chişinău, Pulsul Pieţei, 2016. 274p ISBN 978-9975-3040-0-9

223. OLĂRESCU, V., VELEANOVICI, A. Perspective psihosociale ale abuzului şi neglijării copilului. Chişinău, 2015. 68p ISBN 978-9975-48-085-7

224. OSOFSKY, J.D.**,** LIEBERMAN, A.F. A call for integrating a mental health perspective into systems of care for abused and neglected infants and young children. *American Psychologist*, 2011, vol. 66, nr. 2, p. 120. Disponibil: https://psycnet.apa.org/fulltext/2010-25201-001.html

225. PĂUN, E., POTOLEA, D. *Pedagogie. Provocări și dileme actuale.* Iași: Editura Polirom, 2019. ISBN: 978-973-46-6820-5

226. PEETSMA, T.T. D., HASCHER, T., VAN DER VEEN, I., ROEDE, E. Relations between adolescents' self-evaluations, time perspectives, motivation for school and their achievement in different countries and at different ages. *European Journal of Psychology of Education*, 2005, vol. 20, nr. 3, pp. 209–225. DOI: 10.1007/BF0317355326

227. PEPIN, E.N., BANYARD, V.L. Social support: A mediator between child maltreatment and developmental outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 2006, vol.35, nr. 4, pp. 612-625. DOI: 10.1007/s10964-006-9063-4

228. PORTER, C., LAWSON, J.S., BIGLER, E.D**.** Neurobehavioral sequelae of child sexual abuse. *Child Neuropsychology*, 2005, vol. 11, nr. 3, pp. 203–220. DOI:

10.1080/09297040490911102

229. PRASAD, M.R., KRAMER, L.A., EWING-COBBS, L. Cognitive and academic outcomes in children with traumatic brain injury: A meta-analysis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2005, vol. 11, nr. 6, pp. 719–732. DOI: 10.1017/S1355617705050865

230. PRICE-WOLF, J. Social support, collective efficacy, and child physical abuse: Does parent gender matter?. *Child maltreatment*, 2015, vol. 20, nr. 2, pp. 125-135. DOI: 10.1177/1077559514562606

231. PROEVE, M., et al. Specific risk assessment based on victim type in child sexual offenders. *Psychiatry, Psychology and Law*, 2006, vol. 13, nr. 1, pp. 28-40. DOI: 10.1375/pplt.13.1.28

232. PUTNICK, D.L., et al. Parenting stress, perceived parenting behaviors, and adolescent self-concept in European American families. *Journal of Family Psychology*, 2008, vol. 22, nr. 5, p. 752. Disponibil: https://psycnet.apa.org/record/2008-14158-010

233. RĂDULESCU, M. S. Sociologia violenţei intra(familiale): victime şi agresori, Ed. Lumina Lex, Bucureşti, 2001, pp. 57-58. ISBN 978-973-588-390-5.

234. ROBU, V., SANDOVICI, A., CIUDIN, M. Measuring perceived social support in Romanian adolescents: Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Innovation in Psychology, Education and Didactics*, 2020, vol. 24, nr. 1, pp. 65-90. ISSN 2247-4579

235. RODRIGUEZ, C.M., RICHARDSON, M.J. Stress and anger as contextual factors and preexisting cognitive schemas: Predicting child abuse potential. *Child Maltreatment*, 2007, vol. 12, nr. 4, pp. 325–337. DOI: 10.1177/1077559507305993Rodriguez

236. ROTH, M.. Copii şi femei victime ale violenţei, Cluj- Napoca, Presa Universitară Clujeană, 2005, p. 76. ISBN 978-973-610-394-0

237. ROMANO, E., BELL, T., BILLETTE, J. Prevalence and correlates of multiple forms of child maltreatment among Canadian youth. *Child Abuse & Neglect*, 2015, nr. 50, pp. 33–45. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.05.012

238. ROMANO, E., et al. Childhood maltreatment and educational outcomes. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2015, vol. 16, nr. 4, pp. 418-437. DOI: 10.1177/1524838014537908

239. ROSENTHAL, N.L., KOBAK, R. Assessing adolescents' attachment hierarchies: Differences across developmental periods and associations with individual adaptation. *Journal of Research on Adolescence*, 2010, vol. 20, nr. 3, pp. 678–706. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2010.00655.x

240. RUNCAN, P. L. *Psihologia traumei şi a rezilienţei.* Timişoara: Editura Universităţii de Vest, 2021. ISBN 978-606-37-1065-0

241. RUSNAC, S., POPOVICI, A. Maturitatea socială şi valorile personale: factori cheie în dezvoltarea identităţii profesionale a tinerilor, *Journal of Pedagogy*, 2024, vol. 72, nr. 1, pp. 125. DOI: 10.26755/revped/2024.1/125

242. RYAN, J.P., et al. Early exposure to child maltreatment and academic outcomes. *Child maltreatment*, 2018, vol. 23, nr. 4, pp. 365-375. DOI: 10.1177/1077559518786815

243. SALOKANGAS, R., et al. Psychometric properties of the Trauma and Distress Scale, TADS, in an adult community sample in Finland. *European journal of psychotraumatology*, 2016, vol. 7, nr. 1, p. 30062. DOI: 10.3402/ejpt.v7.30062

244. SALVAŢI COPIII ROMÂNIA**.** *Analiza stistemului de identificare şi referire a abuzului în cazul copiilor cu vârsta de sub 11 ani.* Bucureşti : BMI Publishing, 2019. ISBN 978-606-94451-9-8

245. SALVAȚI COPIII ROMÂNIA, 2021. *Studiu privind incidența violenței asupra copiilor*. București: Salvați Copiii România. Disponibil la: https://www.salvaticopiii.ro/sites/ro/files/2023-11/studiu-violenta-asupra-copilului-salvati-copiii-2021_1.pdf

246. SATTLER, J.M., HOGE, R.D. Assessment of children: Behavioral, social, and clinical foundations. In: SANTROCK, John W., ed. *Educational psychology*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2006, pp. 345–377. ISBN 978-0970267139

247. SCHOLS, M., DE RUITER, C, ÖRY, F.G. How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC public health*, 2013, nr. 13, pp. 1-16. DOI: 10.1186/1471-2458-13-807

248. SETHI, D., et al. *European report on preventing child maltreatment*. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2013. ISBN 9789289000352

249. SELF-BROWN, S., WHITAKER, D.J., PETERSEN, L., EDWARDS, K.M. Brief report: Moderating effects of family functioning on the relationship between child maltreatment and youth internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Family Violence*, 2006, vol. 21, nr. 8, pp. 509–516. https://doi.org/10.1007/s10896-006-9043-5

250. SHIELDS, A., RYAN, R.M., CICCHETTI, D. Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental psychology*, 2001, vol. 37, nr. 3, p. 321. Disponibil: https://psycnet.apa.org/record/2001-00929-004

251. SHARRATT, K., et al. Dimensionality and construct validity of the Romanian self-report

strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *Romanian Journal of Applied Psychology*, 2014, vol. 16, nr. 2, pp. 33-39. Disponibil: http://eprint.hud.ac.uk/id/eprint/23027/

252. SHONKOFF, J.P., et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 2012, vol. 129, nr. 1, pp. 232-246. DOI: 10.1542/peds.2011-263

253. SIEGEL, D.J., HARTZELL, M. Parenting from the inside out: How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive. 2nd ed. *New York: TarcherPerigee*, 2013. ISBN 978-0143124153

254. SIMS, C.L. Invisible wounds, invisible abuse: The exclusion of emotional abuse in newspaper articles. *Journal of Emotional Abuse*, 2008, vol. 8, nr. 4, pp. 375-402. DOI: 10.1080/10926790802480422

255. SIMPSON, T.L., MILLER, W.R. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical psychology review*, 2002, vol. 22, nr. 1, pp. 27-77. DOI: 10.1016/S0272-7358(00)00088-X

256. SIVIS-CETINKAYA, R. Turkish school counselors' experiences of reporting child sexual abuse: A brief report. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2015, vol. 24, nr. 8, pp. 908-921. DOI: 10.1080/10538712.2015.1084072

257. SÖLVA, K., HASELGRUBER, A., LUEGER-SCHUSTER, B. Resilience in the face of adversity: classes of positive adaptation in trauma-exposed children and adolescents in residential care. *BMC psychology*, 2023, vol. 11, nr. 1, p. 30. ISSN 2050-7283

258. SOUTHWICK, S.M., BONANNO, G.A., MASTEN, A.S., PANTER-BRICK, C., YEH, R. Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 2014, vol. 5, nr. 1, 25338. DOI: 10.3402/ejpt.v5.25338

259. SPANN, S.J., MAYES, L.C., KALMAR, J.H., GUINEY, J., PITMAN, R.K. Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychology*, 2012 vol. 18, nr. 2, pp. 182–189. DOI: 10.1080/09297049.2011.595400

260. SPATZ WIDOM, C., MARMORSTEIN, N.R., RASKIN WHITE, H. Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of addictive behaviors*, 2006, vol. 20, nr. 4, p. 394. Disponibil: https://psycnet.apa.org/record/2006-22487-004

261. SPRINGER, K.W. Childhood physical abuse and midlife physical health: Testing a multi-pathway life course model. *Social science & medicine*, 2009, vol. 69, nr. 1, pp. 138-146. DOI: 10.1016/j.socsimed.2009.01.011

262. STERZING, P.R., GIBBS, J.J., JOHNSON, K.C., SMITH, C.A. Child maltreatment and educational outcomes among youth in foster care: A longitudinal analysis. *Child Abuse & Neglect*, 2020, nr. 101. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104356.

263. STEVENS, N. R., GERHART, J., GOLDSMITH, R. E., HEATH, N. M., CHESNEY, S. A., & HOBFOLL, S. E. Emotion regulation difficulties, low social support, and interpersonal violence mediate the link between childhood abuse and posttraumatic stress symptoms. *Behavior therapy*, 2013, vol. 44, nr. 1, pp. 152-161. DOI: 10.1016/j.beth.2019.09.003

264. STOLTENBORGH, M., et al. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 2015, vol. 24, nr. 1, pp. 37-50. DOI: 10.1002/car.2353

265. STRATHEARN, L., GIANNI, M.L., MILIOTI, R., SANDERSON, K. Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 2019, vol. 144, nr. 4, e20190789. DOI: 10.1542/peds.2019-078960

266. STRAUS, M.A. The Conflict Tactics Scales and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. *Physical violence in American families*, 2017, pp. 49-74. ISBN 9781412852173

267. STROET, K., OPDENAKKER, M.C., MINNAERT, A. What motivates early adolescents for school? A longitudinal analysis of associations between observed teaching and motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 2015, nr. 42, pp. 129-140. DOI: 10.1016/j.cedpsych.2015.06.002

268. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2014. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Disponibil la: https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf

269. SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. *Practical guide for implementing a trauma-informed approach*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2023. SAMHSA Publication No. PEP23-06-05-005. Disponibil la: https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf

270. ȘTEFAN, C. A., **CRISTESCU, D**., DĂNILĂ, I. A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness and Mechanisms of Change in a School-Based Intervention Combining Universal and Indicated Prevention for Preschoolers' Behavior Problems. *Early Education and Development*, 2024, vol. 35, nr. 8, pp. 1669-1694. DOI: 10.1080/10409289.2023.2298642

271. ȘTEFAN, C. A., DĂNILĂ, I., **CRISTESCU, D.S**. Assessing the effectiveness and the mechanisms of the Social-Emotional Prevention Program for Preschoolers: Findings from a universal school-based intervention. *Journal of School Psychology*, 2023, vol. 98, pp. 206-

223. DOI: 10.1016/j.jsp.2023.04.005

272. ȘTEFAN, C. A., DĂNILĂ, I., **CRISTESCU, D.** *Classroom-wide school interventions for preschoolers' social-emotional learning: A systematic review of evidence-based programs*. Educational Psychology Review, 2022, vol. 34, nr. 4, pp. 2971-3010. DOI: 10.1007/s10648-022-09680-7

273. TAVAKOL, M., DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2011, nr. 2, p. 53. Disponibil: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4205511/

274. TĂUT, D., SILION, D., BĂBAN, A. *Needs and Resources Assessment (NARA). Evidence for Better Lives Study (ABLS)* . Cluj-Napoca : s.n., 2018.

275. TENER, D., SIGAD, L.I. "I felt like I was thrown into the deep end": School experiences of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 2019, 88, pp. 198–208. DOI: 10.1016/j.chiabu.2018.11.014

276. THAPA, A., COHEN, J., GUFFEY, S., HIGGINS-D'ALESSANDRO, A. A review of school climate research. *Review of Educational Research*, 2013, vol. 83, nr. 3, pp. 357–385. DOI: 10.3102/0034654313483907

277. THE NATIONAL CHILD TRAUMATIC STRESS NETWORK. (n.d.). *Core curriculum on childhood trauma*. Los Angeles, CA şi Durhan. Disponibil online la: nctsn.org

278. TOLIN, D.F., FOA, E.B. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. Psychological Bulletin. 2008. ISSN0099-2909, DOI: 10.1037/0033-2909.132.6.956

279. TOROS, K., TIIRIK, R. Preschool teachers' perceptions about and experience with child abuse and neglect. *Early Childhood Education Journal*, 2016, nr. 44, pp. 21-30. DOI: 10.1007/s10643-014-0675-0

280. TORSHEIM, T., et al. Cross-national measurement invariance of the teacher and classmate support scale. *Social indicators research*, 2012, nr. 105, pp. 145-160. DOI: 10.1007/s11205-010-9770-9

281. TORSHEIM, T., WOLD, B., SAMDAL, O. The teacher and classmate support scale: factor structure, test-retest reliability and validity in samples of 13-and 15-year-old adolescents. *School Psychology International*, 2000, vol. 21, nr. 2, pp. 195-212. DOI: 10.1177/0143034300212006

282. TOROS, K., TIIRIK, R. Preschool teachers' perceptions about and experience with child abuse and neglect. *Early Childhood Education Journal*, 2016, nr. 44, pp. 21-30. DOI: 10.1007/s10643-014-0675-0

283. TOTH, S.L., CICCHETTI, D. Developmental psychopathology and child maltreatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006, vol. 47, nr. 3–4, pp. 394–414. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01624.x

284. TTOFI, M.M., FARRINGTON, D.P. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: A systematic and meta-analytic review. *Journal of Experimental Criminology*, 2011, vol. 7, nr. 1, pp. 27–56. DOI: 10.1007/s11292-010-9109-1

285. VELTMAN, M., BROWNE, K.D. The assessment of drawings from children who have been maltreated: A systematic review. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*, 2002, vol. 11, nr. 1, pp. 19-37. DOI: 10.1002/car.712

286. VERDZADZE, N. *Health behaviour in Georgian school-aged children (The pilot study)*. 2014. Master's Thesis. The University of Bergen. Disponibil online la: uib.no

287. VANBERGEIJK, E.O., SARMIENTO, T.L. Abuse and neglect of individuals with disabilities: Prevention efforts and trauma-informed care. *Journal of Disability Policy Studies*, 2006, vol. 17, nr. 4, pp. 199–207. ISSN 1044-2073. DOI: 10.1177/10442073070170040201

288. VOICU, B., RUSU, M. Violența în mediul școlar: perspective psihosociale.*Revista de Psihologie Socială*, 2020, vol. 8, nr. 1, pp. 33–48. ISSN 1453-7303

289. VOLZ, A.R., KERIG, P.K. Relational dynamics associated with maltreatment and youth internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2010, vol. 19, nr. 6, pp. 652–675. DOI: 10.1080/10926771.2010.502089

290. VORRIA, P., et al. The development of adopted children after institutional care: A follow-up study. *Journal of child psychology and psychiatry*, 2006, vol. 47, nr. 12, pp. 1246-1253. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2006.01666.x

291. WADE JR, R., et al. Household and community-level adverse childhood experiences and adult health outcomes in a diverse urban population. *Child abuse & neglect*, 2016, nr. 52, pp. 135-145. DOI:10.1016/j.chiabu.2015.11.021

292. WALKER, H. E., WAMSER-NANNEY, R. Revictimization risk factors following childhood maltreatment: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2023, vol. *24, nr.* 4, pp. 2319-2332. DOI: 10.1177/15248380221093692

293. WEBB, L., BRIGMAN, G.A. Student success skills: A structured group intervention for school counselors. *The Journal for Specialists in Group Work*, 2007, vol. 32, nr. 2, pp. 190–201. DOI: 10.1080/01933920701230714

294. WEISS, N.H., TULL, M.T., DIXON-GORDON, K.L., GRATZ, K.L. Posttraumatic

stress disorder symptoms and risky behaviors among trauma-exposed individuals: The role of emotion dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 2016, vol. 29, nr. 6, pp. 495–504. DOI: 10.1002/jts.22132

295. WEISS, N.H., et al. Posttraumatic stress disorder symptoms and risky behaviors among trauma-exposed inpatients with substance dependence: The influence of negative and positive urgency. *Drug and alcohol dependence*, 2015, nr. 155, pp. 147-153. DOI: 10.1177/15248380221093692
296. WEISS, N.H., et al. Role of emotion dysregulation in the relationship between childhood abuse and probable PTSD in a sample of substance abusers. *Child abuse & neglect*, 2013, vol. 37, nr. 11, pp. 944-954. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.03.014
297. WENTZEL, K.R. School adjustment. *Handbook of psychology: Educational psychology*, 2003, nr. 7, pp. 235-258. ISBN 9780471384007
298. WHIFFEN, V.E., MACINTOSH, H.B. Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: A critical review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2005, vol. 6, nr. 1, pp. 24-39. DOI: 10.1177/1524838004272543
299. WIDOM, C.S., DUMONT, K., CZAJA, S.J. A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of general psychiatry*, 2007, vol. 64, nr. 1, pp. 49-56. Disponibil: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/209970
300. WIGFIELD, A., CAMBRIA, J. Students' achievement values, goal orientations, and interest: Definitions, development, and relations to achievement outcomes. *Developmental review*, 2010, vol. 30, nr. 1, pp. 1-35. DOI: 10.1016/j.dr.2009.12.001
301. WIGFIELD, A., BYRNES, J.P., ECCLES, J.S. Development during early and middle adolescence. 2006. ISBN 9780471551621
302. WIGFIELD, A., CAMBRIA, J. Students' achievement values, goal orientations, and interest: Definitions, development, and relations to achievement outcomes. *Developmental review*, 2010, vol. 30, nr. 1, pp. 1-35. DOI: 10.1016/j.dr.2009.12.001
303. WILLIFORD, A.P., CALKINS, S.D., KEANE, S.P. Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of abnormal child psychology*, 2007, vol. 35, nr. 2, pp. 251-263. DOI: 10.1007/s10802-006-9082-3
304. WISEMAN, H., HAMILTON-GIACHRITSIS, C., HILLER, R.M. The relevance of cognitive behavioral models of post-traumatic stress following child maltreatment: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2021, vol. 22, nr. 1, pp. 191-206. DOI: 10.1177/1524838019827894

305. WOODMAN, A.C., MAWDSLEY, H.P., HAUSER-CRAM, P. Parenting stress and child behavior problems within families of children with developmental disabilities: Transactional relations across 15 years. *Research in developmental disabilities*, 2015, nr. 36, pp. 264-276. DOI:10.1016/j.ridd.2014.10.011

306. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Toolkit on mapping legal health and social services responses to child maltreatment*. World Health Organization, 2015. ISBN 9789241508964

307. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT. (2006). Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva, Switzerland: WHO, 2006. Disponibil la: http:// www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment

308. WORLD VISION ROMÂNIA, 2020. *Raport anual World Vision România 2020*. [pdf] Disponibil la: https://worldvision.ro/wp-content/uploads/2021/06/Raport_Anual_WorldVision_2020.pdf

309. WORLD VISION ROMÂNIA, 2017. *Raport anual World Vision România 2017*. Bucharest: World Vision România. Available from: https://worldvision.ro/wp-content/uploads/2020/05/Raport_anual_WorldVision_2017.pdf

310. YATES, G., BASS, C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy)–A systematic review of 796 cases. *Child abuse & neglect*, 2017, nr. 72, pp. 45-53. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213417302636

311. ZAMFIR, E., STĂNESCU, S. *Abuzul și neglijarea copilului. Politici publice și intervenții sociale.* Iaşi: Editura Polirom, 2017. ISBN 978-973-46-6548-8

312. ZEANAH, C.H., et al. Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *American Journal of Psychiatry*, 2009, vol. 166, nr. 7, pp. 777-785. Disponibil: https://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2009.08091438

313. ZELMAN, J.J., FERRO, M.A. The parental stress scale: psychometric properties in families of children with chronic health conditions. *Family Relations*, 2018, vol. 67, nr. 2, pp. 240-252. Disponibil: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/fare.12306

314. ZIMET, G.D., et al. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, 1988, vol. 52, nr. 1, pp. 30-41. DOI: 10.1207/s15327752jpa5201_2

ANEXE

ANEXA 1. Instrumente utilizate

Chestionare utilizate pentru eşantionul de adolescenţi.

Tabel A1.1 Chestionar date demografice

I. La următoarele întrebări, te rog să indici/completezi răspunsul care ţi se potriveşte.

1. În ce clasă eşti?
   - □ a VII-a
   - □ a VIII-a
   - □ a IX-a

2. Vârsta.....ani.....luni

3. Eşti fată sau băiat?
   - □ Băiat
   - □ Fată

4. Cu cine locuieşti?
   - □ Mama şi tata
   - □ Doar mama
   - □ Doar tata
   - □ Mama naturală şi tatăl vitreg
   - □ Mama vitregă şi tatăl natural
   - □ Bunici
   - □ Alte situaţii:.....

5. Câţi fraţi ai?
   - □ Nu am fraţi
   - □ Un singur frate
   - □ Doi fraţi
   - □ Mai mulţi:.....

6. Tatăl tău are loc de muncă?
   - □ Da
   - □ Nu

7. Mama ta are loc de muncă?
   - □ Da
   - □ Nu

II. În continuare, te rugăm să răspunzi la câteva întrebări despre familia ta (**scala FAS III**)

1. Familia ta deţine o maşină?
   - □ Nu
   - □ Da, una
   - □ Da, două sau mai multe

2. Ai camera ta proprie, pe care nu o împarţi cu alţi membrii ai familiei?
   - □ Nu
   - □ Da

3. Câte calculatoare deţine familia ta (inclusiv laptop-uri şi tablete, dar nu şi console de jocuri şi smarthphon-uri)?
   - □ Nici unul
   - □ Unul
   - □ Două
   - □ Mai mult de două

4. Câte băi (cameră care are cadă de baie/duş) ai la tine în casă?
   - □ Niciuna
   - □ Una
   - □ Două
   - □ Mai mult de două

5. Aveţi în casă o maşină de spălat?
   - □ Nu
   - □ Da

6. De câte ori ai călătorit cu familia în vacanţă în afara României în anul trecut?
   - □ Deloc
   - □ O dată
   - □ De două ori
   - □ De mai mult de două ori

Tabel A1.2. Chestionarul *Adverse Childhood Experiences-SF*, utilizat pentru măsurarea expunerii la abuz fizic, emoţional şi sexual şi itemii privind neglijarea emoţională din chestionarul DAS (*Trauma and Distress Scale*).

Citeşte cu atenţie următoarele afirmaţii şi marchează cu X răspunsul tău. *Variantele de răspuns posibile sunt:* **^{0}□ – refuz să răspund ^{1}□ – niciodată ^{2}□ – o dată ^{3}□ – de câteva ori ^{4}□ – de mai multe ori** Uneori părinţii sau adulţii rănesc copiii. Gândindu-te la viaţa de până acum, cât de des s-a întâmplat ca un părinte, un custode sau alt adult care locuia în casa ta...						
1.	să strige la tine, să ţipe sau să te înjure, să te insulte sau să te umilească?	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
2.	să te ameninţe că te va abandona, sau chiar să te abandoneze sau să te dea afară din casă?	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
3.	să te lovească, să te plesnească sau să te bată?	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
4.	să te lovească sau să te taie cu un obiect (de exemplu: băţ, baston, sticlă, cuţit)?	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
5.	s-a întâmplat ca cineva să îţi atingă sau pipăie corpul într-un mod nepotrivit, cu tentă sexuală?	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
6.	s-a întâmplat ca cineva să te facă să îţi atingi corpul într-un mod nepotrivit, cu tentă sexuală?;	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
7.	s-a întâmplat ca cineva să încerce să aibă cu tine un contact sexual atunci când nu voiai?	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
8.	s-a întâmplat ca cineva să reuşească să aibă cu tine contact sexual atunci când tu nu voiai?	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
	Neglijare emoţională- TADS					
9.	În familia mea, m-am simţit apreciat şi important.	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
10.	Familia mea este afectuoasă şi iubitoare cu mine.	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
11.	În copilărie, părinţii mei aveau grijă de mine.	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
12.	Mă respect pe mine însumi.	^{0}□	^{1}□	^{2}□	^{3}□	^{4}□
13.	Familia mea mă susţine şi încurajează.					

Tabel A1.3. Chestionar bullying/cyberbullying şi implicarea în bătăi.

În ultimele 6 luni, de câte ori ai fost implicat/ă într-o bătaie?

1. Niciodată
2. O dată
3. De 2 ori
4. De 3 ori
5. De 4 sau mai multe ori

Urmează câteva întrebări despre implicare în acte de violenţă, intimidare/batjocorire/agresare. La fiecare întrebare, te rog să alegi varianta de răspuns potrivită pentru tine, în funcţie de ceea ce ţi s-a întâmplat în ultimele 6 luni.

Variantele de răspuns posibile sunt:
^{0}□ – niciodată ^{1}□ – o dată sau de două ori ^{2}□ – de 2-3 ori pe lună

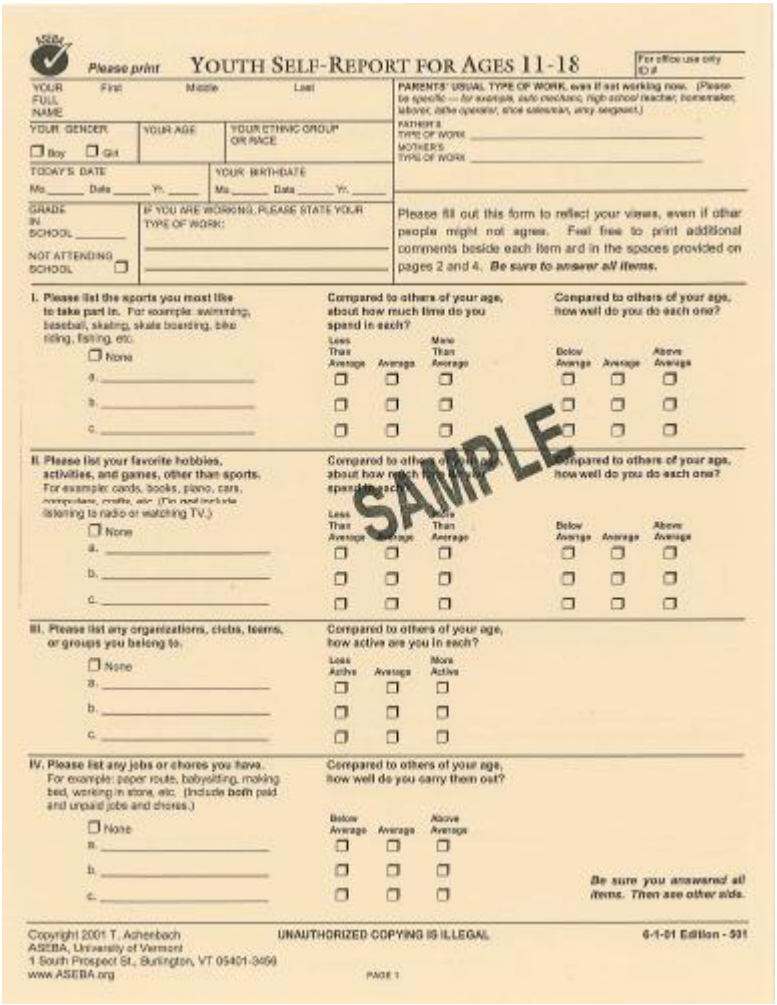
[3]□ – o dată pe săptămână [4]□ – de câteva ori pe săptămână						
I	***În ultimele 6 luni, cât de des ai fost intimidat(ă)/batjocorit(ă)/agresat(ă) în următoarele moduri.***					
1.	Am fost poreclit(ă) cu nume răutăcioase, s-a glumit pe seama mea sau am fost tachinat(ă) într-un mod jignitor	0□	1□	2□	3□	4□
2.	Am fost umilit (ă) şi s-a râs pe seama mea în legătură cu familia mea, notele mele sau culoarea pielii mele.	0□	1□	2□	3□	4□
3.	Am fost lăsat (ă) „pe dinafară" în mod intenţionat de la diferite activităţi, m-au exclus din grup sau m-au ignorat complet.	0□	1□	2□	3□	4□
4.	S-au răspândit minciuni şi zvonuri false despre mine.	0□	1□	2□	3□	4□
5.	Am fost lovit(ă), împins(ă), îmbrâncit(ă) sau încuiat(ă în diverse încăperi.)	0□	1□	2□	3□	4□
6.	Mi s-au stricat/ascuns lucruri şi s-a aruncat în mine cu obiecte.	0□	1□	2□	3□	4□
7.	Am primit mesaje răutăcioase pe messenger, Facebook, Instagram, e-mail sau sms.	0□	1□	2□	3□	4□
8.	Mi s-au făcut poze defavorabile şi nepotrivite fără permisiunea mea şi le-au postat online	0□	1□	2□	3□	4□
II	***În ultimele 6 luni, cât de des ai intimidat/batjocorit/agresat pe ceilalţi în următoarele moduri.***					
1.	Am poreclit cu nume răutăcioase, am glumit pe seama altora sau am tachinat într-un mod jignitor.	0□	1□	2□	3□	4□
2.	Am umilit şi am râs pe seama altora în legătură cu familia lor, notele sau culoarea pielii lor.	0□	1□	2□	3□	4□
3.	Am lăsat „pe dinafară" pe alţii în mod intenţionat de la diferite activităţi, i-am exclus din grup sau i-am ignorat complet.	0□	1□	2□	3□	4□
4.	Am răspândit minciuni şi zvonuri false despre ceilalţi.	0□	1□	2□	3□	4□
5.	Am lovit, împins, îmbrâncit sau încuiat în diverse încăperi.	0□	1□	2□	3□	4□
6.	Am stricat/ascuns lucruri şi am aruncat în ceilalţi cu obiecte.	0□	1□	2□	3□	4□
7.	Am trimis mesaje răutăcioase pe messenger, Facebook, Instagram, e-mail sau sms.	0□	1□	2□	3□	4□
8.	Am făcut poze defavorabile şi nepotrivite fără permisiunea altora şi le-au postat online	0□	1□	2□	3□	4□

Tabel A1.4. Chestionarul Strengths and Difficulties (SDQ) pentru măsurarea problemelor de sănătate mintală.

Pentru fiecare din următoarele afirmaţii, alege răspunsul pe care îl consideri potrivit şi marchează cu X căsuţa respectivă. Ne-ar fi de mare ajutor dacă ai răspunde cât poţi de bine la toate afirmaţiile, chiar dacă nu eşti absolut sigur(ă) sau dacă consideri afirmaţia lipsită de importanţă. Răspunde gândindu-te cum s-au petrecut lucrurile pentru tine în ultimele 6 luni. *Variantele de răspuns posibile sunt:* **0 – nu este adevărat 1 – mai mult sau mai puţin adevărat 2 – în mod sigur adevărat**				
1.	Sunt neliniştit(ă), nu pot să stau mult timp într-un loc.	0□	1□	2□
2.	Adesea mă doare capul, stomacul sau mă simt rău.	0□	1□	2□
3.	Mă enervez foarte tare şi adesea îmi pierd controlul.	0□	1□	2□
4.	De obicei sunt independent(ă). În general mă joc singur(ă) sau sunt singuratic(ă).	0□	1□	2□
5.	Fac de obicei ceea ce mi se spune.	0□	1□	2□
6.	Îmi fac multe griji.	0□	1□	2□

7.	Mă foiesc încontinuu şi îmi mişc mâinile.	0☐	1☐	2☐
8.	Am cel puţin un prieten bun sau mai mulţi.	0☐	1☐	2☐
9.	Mă bat adesea. Pot să îi determin pe alţii să facă ce vreau eu.	0☐	1☐	2☐
10.	Deseori sunt necăjit(ă), nefericit(ă) şi îmi vine să plâng.	0☐	1☐	2☐
11.	De obicei,copiii de vârsta mea mă plac.	0☐	1☐	2☐
12.	Sunt uşor de distras, mă concentrez cu dificultate.	0☐	1☐	2☐
13.	Sunt neliniştit(ă) în situaţiile noi, îmi pierd uşor încrederea în mine.	0☐	1☐	2☐
14.	Sunt deseori acuzat(a) că îi mint sau că îi înşel pe ceilalţi.	0☐	1☐	2☐
15.	Alţi copii sau tineri mă hărţuiesc şi mă bruschează.	0☐	1☐	2☐
16.	Gândesc lucrurile înainte de a face ceva.	0☐	1☐	2☐
17.	Iau lucruri care nu sunt ale mele (de acasă, din şcoală sau din alte locuri).	0☐	1☐	2☐
18.	Mă înţeleg mai bine cu adulţii decât cu copiii de vârsta mea	0☐	1☐	2☐
19.	Am multe frici, mă sperii uşor	0☐	1☐	2☐
20.	Duc până la capăt treaba pe care am început-o. Atenţia mea este bună.	0☐	1☐	2☐

Tabel A1.5. ASEBA – YSR



Please print YOUTH SELF-REPORT FOR AGES 11-18

For office use only ID #

YOUR FULL NAME First Middle Last

PARENTS' USUAL TYPE OF WORK, even if not working now. (Please be specific — for example, auto mechanic, high school teacher, homemaker, laborer, lathe operator, shoe salesman, army sergeant.)

FATHER'S TYPE OF WORK:

MOTHER'S TYPE OF WORK:

YOUR GENDER ☐ Boy ☐ Girl

YOUR AGE

YOUR ETHNIC GROUP OR RACE

TODAY'S DATE Mo. Date Yr.

YOUR BIRTHDATE Mo. Date Yr.

GRADE IN SCHOOL

NOT ATTENDING SCHOOL ☐

IF YOU ARE WORKING, PLEASE STATE YOUR TYPE OF WORK:

Please fill out this form to reflect your views, even if other people might not agree. Feel free to print additional comments beside each item and in the spaces provided on pages 2 and 4. ***Be sure to answer all items.***

I. Please list the sports you most like to take part in. For example: swimming, baseball, skating, skate boarding, bike riding, fishing, etc.

☐ None

a.
b.
c.

Compared to others of your age, about how much time do you spend in each?

	Less Than Average	Average	More Than Average
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

Compared to others of your age, how well do you do each one?

	Below Average	Average	Above Average
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

II. Please list your favorite hobbies, activities, and games, other than sports. For example: cards, books, piano, cars, computers, crafts, etc. (Do not include listening to radio or watching TV.)

☐ None

a.
b.
c.

Compared to others of your age, about how much time do you spend in each?

	Less Than Average	Average	More Than Average
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

Compared to others of your age, how well do you do each one?

	Below Average	Average	Above Average
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

III. Please list any organizations, clubs, teams, or groups you belong to.

☐ None

a.
b.
c.

Compared to others of your age, how active are you in each?

	Less Active	Average	More Active
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

IV. Please list any jobs or chores you have. For example: paper route, babysitting, making bed, working in store, etc. (Include both paid and unpaid jobs and chores.)

☐ None

a.
b.
c.

Compared to others of your age, how well do you carry them out?

	Below Average	Average	Above Average
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

Be sure you answered all items. Then see other side.

SAMPLE

Copyright 2001 T. Achenbach
ASEBA, University of Vermont
1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456
www.ASEBA.org

UNAUTHORIZED COPYING IS ILLEGAL

6-1-01 Edition - 001

PAGE 1

Tabel A1.6. Scala Multidimensională de percepţie a suportului social (Multidimenional scale of perceived social support-MMPSS)

VIII. La fiecare dintre următoarele 8 afirmaţii, răspunde încercuind cifra corespunzătoare uneia dintre următoarele şapte (7) variante de răspuns, care ţi se potriveşte ţie cel mai bine. Deşi este posibil ca unele afirmaţii să ţi se pară asemănătoare, ele sunt totuşi diferite, aşa că tratează-le separat. *Variantele de răspuns posibile sunt:* **[1]□ – dezacord puternic** **[2]□ – dezacord** **[3]□ – mai degrabă dezacord** **[4]□ – nici în dezacord, nici de acord** **[5]□ – mai degrabă de acord** **[6]□ – acord** **[7]□ – acord puternic**								
1.	Familia mea încearcă cu adevărat să mă ajute.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□	[6]□	[7]□
2.	Primesc de la familia mea ajutorul şi sprijinul emoţional de care am nevoie.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□	[6]□	[7]□
3.	Pot să vorbesc despre problemele mele cu familia mea.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□	[6]□	[7]□
4.	Familia mea este dispusă să mă ajute să iau decizii.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□	[6]□	[7]□
5.	Prietenii mei încearcă cu adevărat să mă ajute.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□	[6]□	[7]□
6.	Pot să mă bazez pe prietnii mei atunci când lucrurile merg rău.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□	[6]□	[7]□
7.	Pot să vorbesc despre problemele mele cu prietenii mei.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□	[6]□	[7]□
8.	Am prieteni cărorra să le împărtăşesc bucuriile şi tristeţile.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□	[6]□	[7]□

Tabel A1.7. Chestionarul pentru evaluarea suportului social de la profesori şi colegi preluat din studiul transversat Health Behavior in School-Aged Children (HBSC)

La fiecare dintre următoarele 6 afirmaţii, răspunde încercuind cifra corespunzătoare uneia dintre următoarele şapte (5) variante de răspuns, care ţi se potriveşte ţie cel mai bine. Deşi este posibil ca unele afirmaţii să ţi se pară asemănătoare, ele sunt totuşi diferite, aşa că tratează-le separat. *Variantele de răspuns posibile sunt:* **[1]□ – dezacord total** **[2]□ – dezacord** **[3]□ – nici de acord, nici dezacord** **[4]□ –de acord** **[5]□ – total de acord**							
1.	Colegilor de clasă le place să petreacă timp împreună.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□
2.	Majoritatea colegilor mei de clasă sunt drăguţi şi săritori.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□
3.	Ceilalţi elevi mă acceptă aşa cum sunt.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□
4.	Simt că profesorii mă acceptă aşa cum sunt	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□
5.	Simt că profesorilor le pasă de mine ca persoană.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□
6.	Simt că pot să am multă încredere în profesorii mei.	[1]□	[2]□	[3]□	[4]□	[5]□

Tabel A1.8. Scala pentru evaluarea constructului „Adaptarea şcolară”

X. Alege varianta de răspuns care ţi se potriveşte la următoarele întrebări.
1. Care este părerea despre şcoală în acest moment? [1]□ Nu îmi place mult [2]□ Nu îmi place aşa mult [3]□ Îmi place puţin [4]□ Îmi place mult

2. Cât de stresat/ă te simţi din cauza sarcinilor şcolarea pe care le primeşti?

[1]□ Mult

[2]□ Destul de stresat

[3]□ Puţin

[4]□ Deloc

3. În opinia ta, profesorii tăi consideră că performanţele tale şcolare, comparativ cu ale colegilor de clasă, sunt:

[1]□ Sub medie

[2]□ Medii

[3]□ Bune

[4]□ Foarte bune

Tabel A1.9. Chestionar de evaluare a strategiilor de învăţare - SMALSI

135. Ştiu să îmi organizez munca şi să îmi fac temele în ordinea priorităţilor.

Punctele slabe ale elevului

Motivaţia academică scăzută (MOTSCA)

5. Mă plac profesorii.
12. Dacă învăţ suficient de mult, mă descurc bine la şcoală.
14. Mă gândesc că mi-ar plăcea să renunţ la şcoală.
17. Nu cred că şcoala este importantă în viaţă.
21. Pur şi simplu nu îmi fac temele de casă.
22. Nu cred că trebuie să mă descurc bine la şcoală ca să obţin locul de muncă pe care mi-l doresc.
33. Nu cred că temele pentru şcoală mă vor ajuta în lumea reală.
41. Învăţ ca să obţin note mari.
90. Dacă nu mă descurc bine la o oră, am impresia că a fost o pierdere de vreme.
102. Dacă nu sunt sigur cum trebuie să îmi fac o temă, mai bine nu o fac deloc.
107. Cred că şcoala este pur şi simplu prea grea pentru mine.
112. Temele pentru şcoală mă plictisesc.
116. Nu îmi place să vin la şcoală.
122. Mă simt cam prost când sunt la şcoală.
127. Amân să îmi predau temele cât pot de mult.
132. Mă simt bine când mă descurc la şcoală.
143.Învăţătorul/profesorul nu este corect cu toţi copiii.
145. Testele nu reprezintă o metodă bună de a verifica ceea ce am învăţat.
146. Majoritatea testelor nu sunt corecte.

Chestionare utilizate pentru eşantionul de părinţi

Tabel A1.10. Scala Multidimensională de percepţie a suportului social (Multidimenional scale of perceived social support-MMPSS)

La fiecare dintre următoarele 8 afirmaţii, răspunde încercuind cifra corespunzătoare uneia dintre următoarele şapte (7) variante de răspuns, care ţi se potriveşte ţie cel mai bine. Deşi este posibil ca unele afirmaţii să ţi se pară asemănătoare, ele sunt totuşi diferite, aşa că tratează-le separat.

Variantele de răspuns posibile sunt:

[1]□ – dezacord puternic **[2]□ – dezacord** **[3]□ – mai degrabă dezacord**

[4]□ – nici în dezacord, nici de acord **[5]□ – mai degrabă de acord** **[6]□ – acord**

[7]□ – acord puternic

1.	Am o persoană specială acre este lângă mine când am nevoie.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐	7☐
2.	Există persoană specială cu care împărtăşesc necazurile şi bucuriile.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐	7☐
3.	Am o persoană specială care este o sursă reală de suport pentru mine.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐	7☐
4.	Există o persoană specială în viaţă mea căreia îi pasă de sentimentele mele.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐	6☐	7☐

Notă. La acest chestionar au fost adăugaţi itemii de la A1.7.

Tabel A1.11. Chestionar Parenting Stress Scale (PSS) privind stresul parental

Următoarele afirmaţii descriu sentimentele şi percepţiile dumneavoastră în legătură cu experienţa de a fi părinte. Când răspundeţi la următoarele întrebări, gândiţi-vă la modul în care este relaţia cu copilul/copiii dvs. în mod obişnuit. Indicaţi gradul în care sunteţi de acord sau nu cu următoarele afirmaţii, selectând răspunsul adecvat. **1☐ – dezacord puternic 2☐ – dezacord 3☐ – nehotărât 4☐ –acord 5☐ – acord puternic**						
1.	Sunt fericit(ă) ca părinte.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
2.	Nu este nimic sau aproape nimic din ce nu aş face pentru copilul meu (copiii mei), dacă ar fi necesar.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
3.	Îngrijirea copilului meu (copiilor mei) necesită uneori mai mult timp şi mai multă energie decât am eu de oferit.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
4.	Câteodată îmi fac giji că nu fac destul pentru copilul meu (copiii mei).	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
5.	Mă simt apropiată de copilul meu (copiii mei).	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
6.	Îmi place să-mi petrec timpul cu copilul meu (copiii mei).	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7.	Copiii mei sunt o importantă sursă de afecţiune pentru mine.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
8.	Copiii imi oferă o perspectivă mai sigură şi mai optimistă pentru viitor.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
9.	Sursa majoră de stres din viaţa mea sunt copiii mei.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
10.	Pentru că am copii, nu prea am timp şi flexibilitate.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
11.	A avea copii este o povară financiară.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
12.	Este dificil să menţin un echilibru între diferite responsabilităţi din cauza copilului meu (copiilor mei).	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
13.	Comportamentul copilului meu (copiilor mei) este de multe ori jenant sau stresant pentru mine.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
14.	Dacă ar fi să mă întorc în timp, aş putea să decid să nu am copii.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
15.	Mă simt copleşit(ă) de responsabilitatea de a fi părinte.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
16.	A avea copii înseamnă prea puţine alegeri şi prea puţin control asupra vieţii mele.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
17.	Sunt mulţumit/ă ca părinte.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
18.	Îmi consider copilul (copiii) agreabil(i).	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

Notă. Chestionarul a fost preluat din literatura de specialitate şi tradus de către autorul prezentei teze.

Traducerea, adaptarea şi validarea scalei CARIS – R utilizata pentru cadrele didactice

În etapa iniţială, scala a fost tradusă în limba română de către doi translatori independenţi, fluenţi în limba engleză, un profesor de limba engleză şi un student doctorand în domeniul psihologiei. Cele două versiuni ale scalei au fost apoi sintetizate şi s-a propus o singură versiune a scalei. Versiunea sintetizată a fost retradusă în limba engleză de către un traducător autorizat şi

apoi s-a comparat versiunea iniţială cu versiunea retradusă pentru diferenţe şi similitudini, de către autorul tezei şi doi consilieri şcolari, care au evaluat dacă itemii şi-au păstrat semnificaţia iniţială sau aceasta a fost schimbată. Versiunea preliminară a scalei a fost folosită într-un studiu pilot.

Pilotarea primei versiuni a scalei a constat în administrarea acesteia la 15 cadre didactice, care au evaluat itemii din punct de vedere al comprehensiunii şi conotaţiei semantice a cuvintelor folosite. Cadrele didactice au fost instruite să noteze pe foaie opiniile referitoare la fiecare întrebare în timpul completării. În funcţie de feedback-ul primit, unii itemi au fost schimbaţi pentru a fi mai uşor de înţeles, iar conţinutul cazurilor de CAN a fost adaptat pentru a se potrivi cu nivelul şcolii (gimnazial, liceal/profesional). Ulterior, scala rezultată după această etapă a fost pilotată cu 60 de cadre didactice pentru a evalua consistenţa internă, care a variat de la 0.53 la 0.87. Analizele au arătat că unele corelaţii interitemi sunt mici ($r < 0.30$), dar itemii au fost păstraţi pentru analize ulterioare şi în scop descriptiv.

După pilotare, scala a fost publicată online şi trimisă pe adresele oficiale ale şcolilor. O analiză factorială exploratorie a fost realizată pe datele obţinute în urma completării chestionarului distribuit online pentru a evalua structura teoretică a scalelor. Pentru fiecare dintre dimensiunile operaţionalizate (cele trei subscale privind atitudinile, subscala ce măsoară controlul comportamental perceput, subscalele de coping), s-a realizat analiza factorială exploratorie (AFE) folosind metoda componentelor principale (PCA), cu rotaţia Promax. Au fost selectaţi doar acei factori care au avut valori proprii (engl. *eigenvaleues*) mai mari ca 1.00. De asemenea, un item a fost reţinut atunci când valoarea standardizată a saturaţiei a fost ≥ 0.40. În completarea AFE, am realizat şi o analiză paralelă care foloseşte factorizarea pe axa principală pentru a compara şi verifica numărul de factori latenţi rezultaţi în analiza iniţială [69, 70]. Am reţinut acei factori care îndeplineau condiţiile ambelor analize factoriale.

În urma analizelor factoriale prezentate anterior, a rezultat că indicatorul Kaiser-Meyer-Olkin are valoarile cuprinse între 0.80 şi 0.90, care arată o adecvarea bună a scalelor pentru acest tip de analiză. De asemenea, indicatorul χ^2 Bartlett a fost semnificativ statistic ($p < .001$), care constituie un argument în plus în favoarea analizelor factoriale întreprinse. Fiecare rezultat a fost analizat prin prisma coeficienţilor obţinuţi la analiza factorială şi a conţinutului itemilor. Astfel că, structura factorială a scalelor a fost uşor schimbată. Mai specific, scala privind atitudinile profesorilor a fost împărţită în patru subscale (s-a mai adăugat încă o subscală formată din itemi care fac referire la realizarea unui raport şi investigarea cazurilor de CAN) şi s-a renunţat la doi itemi din subscala ce măsoară atitudini privind creşterea copiilor (Tabel 3.1). Scala privind controlul comportamental perceput a fost împărţită în două subscale: itemii primei subscale

încarcă pe factorul F1, care denotă controlul comportamental perceput în calitate de persoană care descoperă CAN; şi itemii celei de-a doua subscale încarcă pe factorul F2, care denotă controlul comportamental perceput în calitate de cadru didactic care descoperă CAN (Tabel 1.13). Scala privind metodele de coping folosite a fost împărţită în patru subscale (Tabel 1.14), conform cu cei patru factori: 1) subscala coping emoţional centrat pe elev (F1), care a fost definit prin comportamente de normalizare a dezvălurii, reducerea sentimentelor de vinovăţie şi oferirea de suport (3 itemi); 2) subscala coping informaţional (F2), definit prin comportamente precum adunarea dovezilor şi a mărturiilor care să susţină declaraţiile copilului (5 itemi); 3) subscala coping personal (F3), definit prin comportamente de ajutorare a elevului manifestate la clasă, în timpul programului şcolar (3 itemi); 4) subscala coping emoţional extern (F4), definit prin accentuarea importanţei celorlalţi în CAN şi căutarea de suport practic (5 itemi).

Validitatea de construct a chestionarelor utilizate a fost testată suplimentar prin analize factoriale confirmatorii (AFC) cu ajutorul aplicaţiei AMOS v.20. Am testat două modele ipotetice: 1) un model (*Model 1*) în care am inclus structura factorială propusă de autorii scalelor; 2) un model (*Model 2*) în care am testat o structură factorială nouă, rezultată în urma derulării analizelor AFE şi AFC din această lucrare. Fiecare scală a fost analizată separat, iar rezultatele analizelor sunt prezentate sumarizat în Tabel 1.15. Pentru a evalua adecvarea din punct de vedere statistic a modelelor testate, s-au folosit indicatorii: a) χ^2 (testul exact al lui Fisher), *df* (gradul de libertate), *p* (pragul semnificaţiei statistice); b) raportul χ^2 /*df* (CMIN/DF); c) GFI (engl. *Goodness-of-fit index*); d) AGFI (engl. *Adjusted Goodness of Fit Index*); e) CFI (engl. *Comparative Fit Index*); f) RMSEA (engl. *Root Mean Square Error of Approximation*); g) RMR (engl. *Root Mean Squared Residual*); h) SRMR (engl. *Standardized Root Mean Sqared Residual*). În toate modelele, raportul χ^2 /*df* a avut o valoare semnificativă statistic ($p < .001$), care se poate datora faptului că eşantionul de subiecţi a fost foarte mare (N = 1025). Dintre toţi indicatorii, RMSEA este cel mai important deoarece ne arată în ce măsură parametrii estimaţi de către modelul factorial ipotetic sunt reprezentativi pentru întreaga populaţie din care s-a extras eşantionul. Valoarea RMSEA trebuie să fie cât mai apropiată de 0 pentru a putea spune că eroarea globală a modelului este mică. După cum se poate observa din Tabel 3.4, toate modelele au o adecvarea statistică satisfăcătoare. În Figura 1.1 până la Figura 1.6 sunt prezentate modelele statistice derulate în AMOS pentru structura factorială propusă de autorii scalei şi pentru structura factorială rezultată în urma derulării analizelor statistice din această teză.

Scorurile totale ale subscalelor obţinute în urma analizelor factoriale pot fi interpretate astfel:

1) Subscala atitudini: a) *atitudine creştere copil*: scor mare = cadrele didactice sunt de acord cu

metodele de disciplinare punitive ale copiilor (lovire, pedepsire); b) subscală *atitudini pedepsire abuzatori*: scor mare = cadrele didactice sunt de acord cu pedepsirea aspră a abuzatorilor şi consideră că această metodă va stopa abuzul asupra copiilor; c) *atitudine responsabilitate raport*: scor mare = cadrele didactice consideră că este responsabilitate lor să identifice şi să ajute elevii-victime CAN; d) *atitudine realizare raport*: scor mare = cadrele didactice consideră că raportarea CAN este dificilă emoţional şi ca timp.

2) Subscala norme: a) *norme subiective directe*: scor mare = cadrul didactic consideră că persoanele cele mai importante pentru el/ea (familia, prieteni apropiaţi) cred că ar trebui să raporteze CAN; b) *norme subiective indirecte*: scor mare = cadrul didactic consideră că persoanele pe care el/ea le respectă (colegi de muncă, persoane în poziţie de conducere) cred că ar trebui să raporteze CAN.
3) Subscală control comportamental: a) *control comportamental persoană*: scor mare = cadrul didactic percepe un control comportamental crescut în calitate de persoană care descoperă CAN; b) *control comportamental cadru didactic*: scor mare = cadrul didactic percepe un control comportamental crescut în calitate de cadru didactic;
4) Subscală *cunoştinţe*: scor mare = număr mare de răspunsuri corecte.
5) Subscala metode de coping: a) *coping emoţional centrat pe elev*: scor mare = comportamente de normalizare a dezvălurii, reducerea sentimentelor de vinovăţie şi oferirea de suport; b) *coping emoţional extern*: scor mare = cadrul didactic foloseşte accentuarea importanţei celorlalţi în perpetuarea CAN şi caută suport practic la autorităţile competente; c) *coping informaţional*: scor mare = cadrul didactic, în mare măsură, nu foloseşte comportamente precum adunarea dovezilor şi a mărturiilor care să susţină declaraţiile copilului; d) *coping personal*: scor mare = cadrul didactic, manifestă comportamente de încurajare a copilului („spun copiilor că aceste lucruri se întâmplă şi altora"), fără a scoate în evidenţă situaţia specială prin care trece, printr-un tratament just în timpul programului şcolar.

Tabel A1.12 Statistici descriptive ale subscalelor chestionarului CARIS-R

Subscale		**Număr itemi**	**Interval scoruri posibil**	**Interval scoruri obţinut**	***α***
Intenţie implicare şi raport	CAN (caz sever)	4	4-40	4-40	0.72
	CAN (caz mediu)	4	4-40	4-40	0.75
Atitudini	Creştere copil	4	4-24	4-24	0.72
	Pedepsirea abuzatorilor	4	4-24	9-24	0.77
	Responsabilitate raport	4	4-24	5-24	0.75
	Realizare raport	4	4-24	5-24	0.70
Norme	Subiective directe	1	1-5	1-5	-

	Subiective indirecte	1	1-5	1-5	-
Control comportamental	Persoană	4	4-20	4-20	0.75
	Cadru didactic	4	4-20	10-24	0.63
Cunoştinţe		13	0-13	0-12	0.74
Metode de coping	Emoţional centrat elev	3	3-15	6-15	0.43
	Emoţional extern	5	5-25	9-25	0.74
	Informaţional	5	5-25	9-25	0.68
	Personal	3	3-15	3-15	0.65

Notă. α = indicatorul consistenţei interne propus de Cronbach

Tabel A1.13. Rezultatele AFE pentru subscalele privind atitudinile cadrelor didactice

Item		Încărcătura factorială (engl. Factor loadings)				Com.
		AC	PA	RP	R	
AC_1	Este în regulă ca părinţii să îşi lovească copiii care le răspund.	.831				.721
AC_2	Pedepsirea corporală este o modalitate eficientă de a-i educa pe copii.	.875				.737
AC_3	Am folosit/Intenţionez să folosesc pedeapse fizice asupra copiilor mei atunci când a fost/va fi nevoie.	.844				.646
AC_4	Nu consider pedeapsele fizice drept abuz asupra copiilor.	< .40				.677
AC_5	Părinţii care nu folosesc vărguţa vor răsfăţa copilul.	.433				.530
AC_6	Părinţii au tot dreptul să decidă modalităţile prin care îşi disciplinează copiii.	< .40				.427
PA_1	Părinţii abuzivi ar trebui să-şi piardă dreptul de a-şi crească copiii.		.755			.536
PA_2	Pedepsirea aspră a celor care îşi abuzează copiii ar contribui la stoparea abuzul asupra copiilor.		.802			.635
PA_3	Orice caz de abuz ar trebui să fie raportat autorităţilor.		.756			.627
PA_4	Persoanale care abuzează copiii ar trebui achetate precum criminali.		.786			.639
PA_5	Nu ar trebui raportate cazurile în care a fost doar un episod de abuz asupra copilului.				.471	.356
RP_1	Cadrele didactice ar trebui să fie apărătorii copiilor abuzaţi şi/sau neglijaţi.			.842		.684
RP_2	În cariera mea, intenţionez să depistez copiii care sunt victime ale abuzului şi/sau neglijării.			.815		.662
R_1	În cariera mea, nu vreau să le pun părinţii întrebări legate de abuzul şi/sau neglijarea copiilor.				.616	.511
RP_3	Cadrele didactice ar trebui să raporteze întotdeauna cazurile de abuz şi/sau neglijare asupra copiilor.			.615		.470
R_2	Raportarea abuzului/neglijării asupra copiilor este supărătoare pentru mine.				.725	.501
RP_4	Cadrele didactice au responsabilitatea de a proteja copiii de abuzuri ulterioare.			.746		.546
R_3	Analizarea cazurilor de abuz asupra copiilor necesită mult timp.				.662	.439

Notă. AC = atitudinea vizavi de metodele de creştere a copilului; PA = atitudinea vizavi de pedepsirea abuzatorilor; RP = atitudinea privind responsabilitatea cadrelor didactice de a raport cazurile de abuz şi neglijare; R = atitudinile legate de realizarea unui raport şi analizarea cazurilor; Com. = communalities.

Tabel A1.14. Rezultatele AFE pentru subscala privind controlul comportamental perceput de către cadrele didactice în raportarea CAN

Item		Încărcătura factorială		Com.
		F1	F2	
CC_1	Consider că sunt stăpân/ă pe situaţiile ce necesită raportarea cazurilor suspecte de abuz şi/sau neglijare asupra copiilor.	.704		.570
CC_2	În calitate de cadru didactic, nu cred că aş putea face ceva în cazul copiilor abuzaţi şi/sau neglijaţi.		.774	.561
CC_3	În cele mai multe cazuri, depinde de mine dacă raportez sau nu cazurile suspecte de abuz şi/sau neglijare asupra copiilor.	.673		.366
CC_4	Consider că nu aş primi suficient ajutor din partea medicilor atunci când suspectez un caz de abuz şi/sau neglijare asupra copiilor.		.768	.504
CC_5	Ştiu cum să raportez cazurile de abuz şi/sau neglijare asupra copiilor.	.808		.732
CC_6	Dispun de numeroase resurse pentru a raporta cazurile de abuz şi/sau neglijare asupra copiilor.	.824		.730
CC_7	Consider că pregătirea mea profesională nu corespunde nevoilor şcolii, în cazul copiilor abuzaţi şi/sau neglijaţi.		.554	.411
CC_8	La serviciu am priorităţi mai importante decât abuzul şi/sau neglijarea copiilor. Acest lucru îmi afectează decizia de a mă implica sau nu în raportarea cazurilor copiilor abuzaţi şi/sau neglijaţi.		.611	.417

Notă. F1 = control comportamental perceput în calitate de persoană care descoperă CAN; F2 = control comportamental perceput în poziţia de cadru didactic care descoperă CAN; CC_x = Control comportamental $perceput_{număr\ item}$; Com. = communalities.

Tabel A1.15. Rezultatele AFE pentru subscalele privind metodele de coping folosite de către cadrele didactice în cazul dezvăluirii unui caz de abuz şi/sau neglijare

Item		Încărcătura factorială				Com.
		F1	F2	F3	F4	
Cc_1	Pun accentul pe faptul că abuzul nu este vina copilului.				.605	.418
Cc_2	Explic copilului că nu este atât de dificil să vorbească cu cineva căruia îi pasă despre experienţa de abuz.	.517				.424
Cc_3	Spun copilului că unii adulţi greşesc.				.694	.565
Cc_4	Spun copilului că voi face tot ce îmi stă în putere pentru a-l proteja.	.710				.541
Cc_5	Promit că nu voi spune nimănui dacă aceasta este dorinţa copilului.				.505	.446
Cc_6	Spun copilului că dezvăluirea a fost ceea ce trebuia făcut.	.642				.431
Ci_1	Conving copilul să îmi dea mai multe detalii despre abuz.		< .40		.605	.529
Ci_2	Contactez părinţii copilului pentru a discuta despre		.426			.447

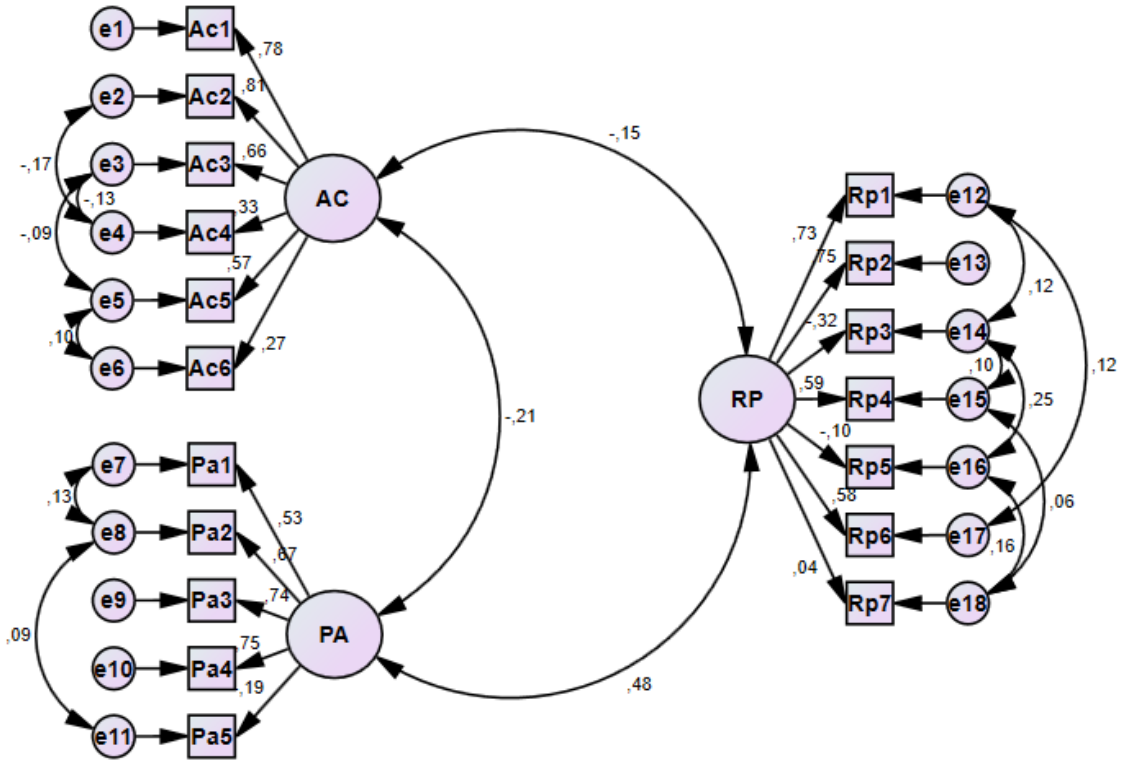
	abuz.					
Ci_3	Discut cazul cu directorul şcolii pentru a decide dacă îl voi raporta.		.652			.451
Ci_4	Strâng mai multe dovezi înainte de a notifica autorităţile competente.		.786			.643
Ci_5	Discut cu alţi profesori ai copilului pentru a vedea dacă au observat schimbări în comportamentul copilului.		.686			.528
Ci_6	Discut cu fraţii copilului pentru a aduna mai multe dovezi.		.713			.624
Ci_7	Raportez autorităţilor dezvăluirile copilului.		< .40		.706	.563
Cp_1	Compensez copilul fiind mai îngăduitor/re atunci când este vorba de disciplina în clasă.			.770		.614
Cp_2	Spun celorlalţi copii să fie îngăduitori cu colegul lor deorece trece printr-o „perioadă mai grea”.			.767		.652
Cp_3	Spun copilului că aceste lucruri se întâmplă şi altor copii.			.689		.570

Notă. Cc = coping copil; Ci = coping informaţional; Cp = coping personal. În subscala folosită în studiu constatativ, itemii au fost adunaţi în funcţie de factorul pe care au încărcătura cea mai mare. F1 = coping emoţional centrat pe elev, F2 = coping informaţional, F3 = coping personal; F4 = coping emoţional extern.

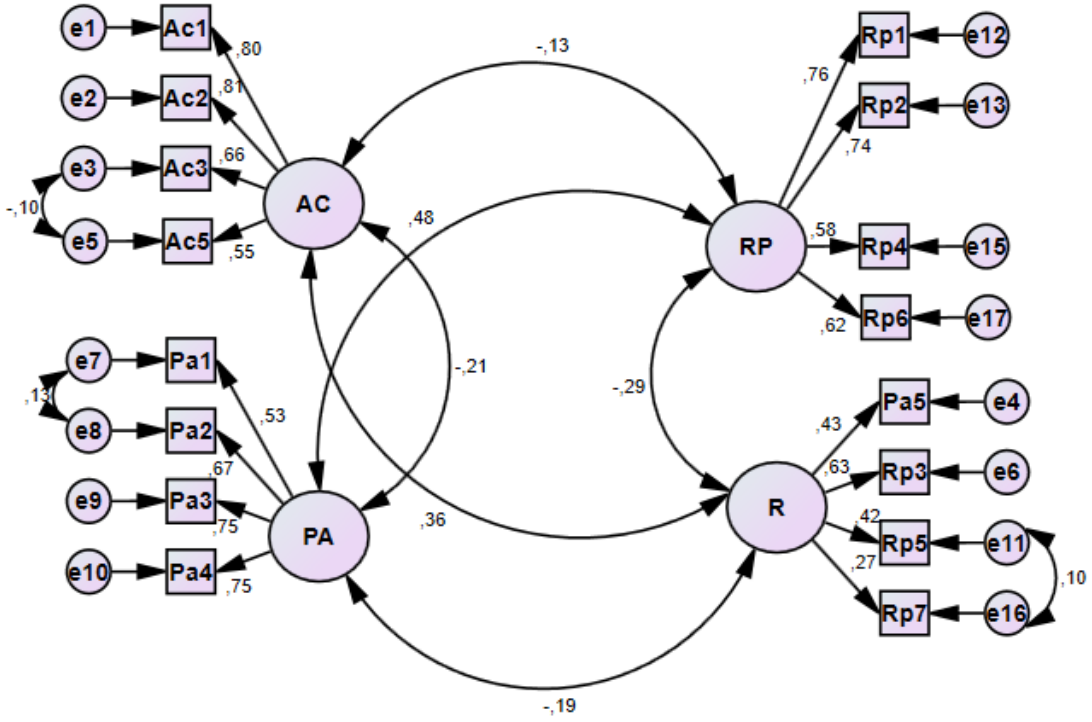
Tabel A1.16 Rezultatele analizei factoriale confirmatorii (AFC) privind modelele analizate în AMOS pentru fiecare subscală din CARIS-R

Acronim	Explicaţie	Scală Atitudini		Scală Control comp. perceput		Scală Coping	
		Model 1	*Model 2*	*Model 1*	*Model 2*	*Model 1*	*Model 2*
Likelihood Ratio	Valoarea p ≥ 0.05 (Joreskong & Surbom, 1996)	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001
CMIN/DF (Raportul χ^2/gradul de libertate df)	≤ 3 = potrivire acceptabilă; ≤ 5 = potrivire rezonabilă (Kline, 1998; Marsh & Hocevar, 1985)	3.993	3.065	15.984	3.730	7.614	4.116
GFI (Goodness of Fit Index)	1= potrivire perfectă; ≥ 0.95 = potrivire excelentă; ≥ 0.9 = potrivire acceptabilă (Kline, 2005; Hu & Bentler, 1998)	.948	.967	.920	.986	.913	.961
AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)	≥ 0.90 = potrivire acceptabilă (Tabachnick & Fidell, 2007)	.926	.953	.857	.968	.872	.937
CFI (Comparative Fit Index)	1 = potrivire perfectă; ≥ 0.95 = potrivire excelentă ≥ 0.90 = potrivire acceptabilă (West et al., 2012)	.919	.954	.859	.980	.833	.928
RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)	≤ 0.05 = potrivire acceptabilă (MacCallum et al., 1996)	.053	.044	.118	.050	.079	.054
RMR (Root Mean Squared Residual)	≤ 0.07 = potrivire acceptabilă (Steiger, 2007)	.140	.073	.102	.036	.079	.074
SRMR (Standardized Root Mean Sqared Residual)	≤ 0.05 = potrivire acceptabilă (Diamantopoulos & Siguaw, 2000)	.061	.045	.078	.029	.064	.043

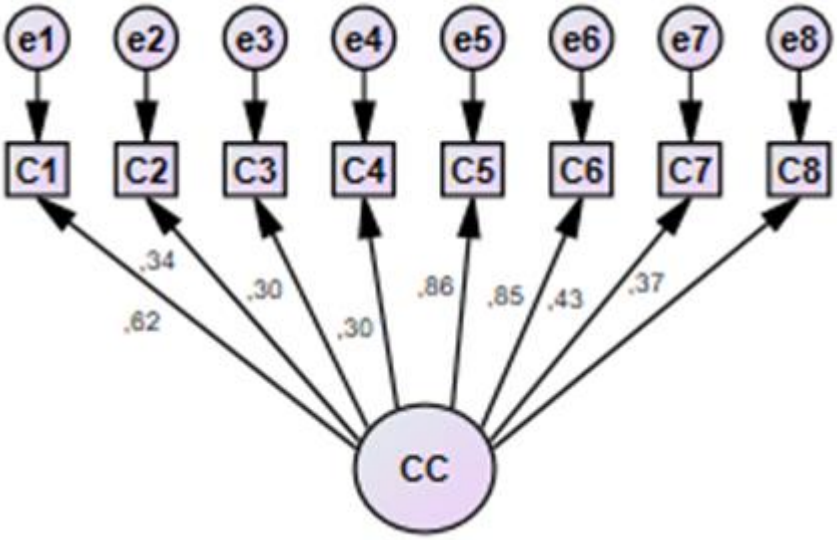
Notă. Model 1 = modele s-au rulat cu structura factorială iniţială propusă de autorii scalelor; Model 2 = modelele s-au rulat cu structura factorială obţinută luând în considerare rezultatele analizelor EFA pentru fiecare subscală şi cu aplicarea constrângerilor sugerate după realizarea analizelor CFA



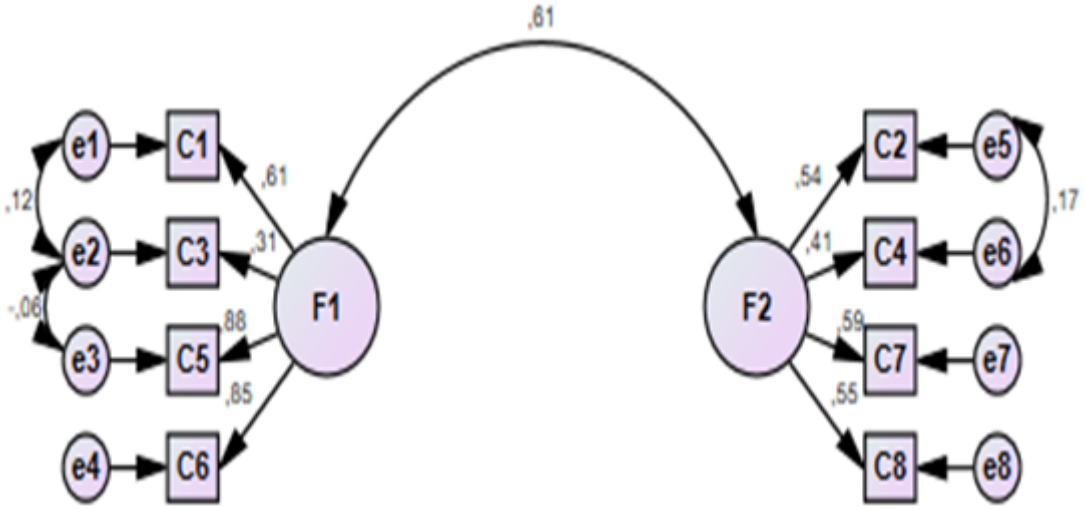
Figură A1.1 Model scală Atitudini rulat în AMOS cu structura factorială propusă de autori



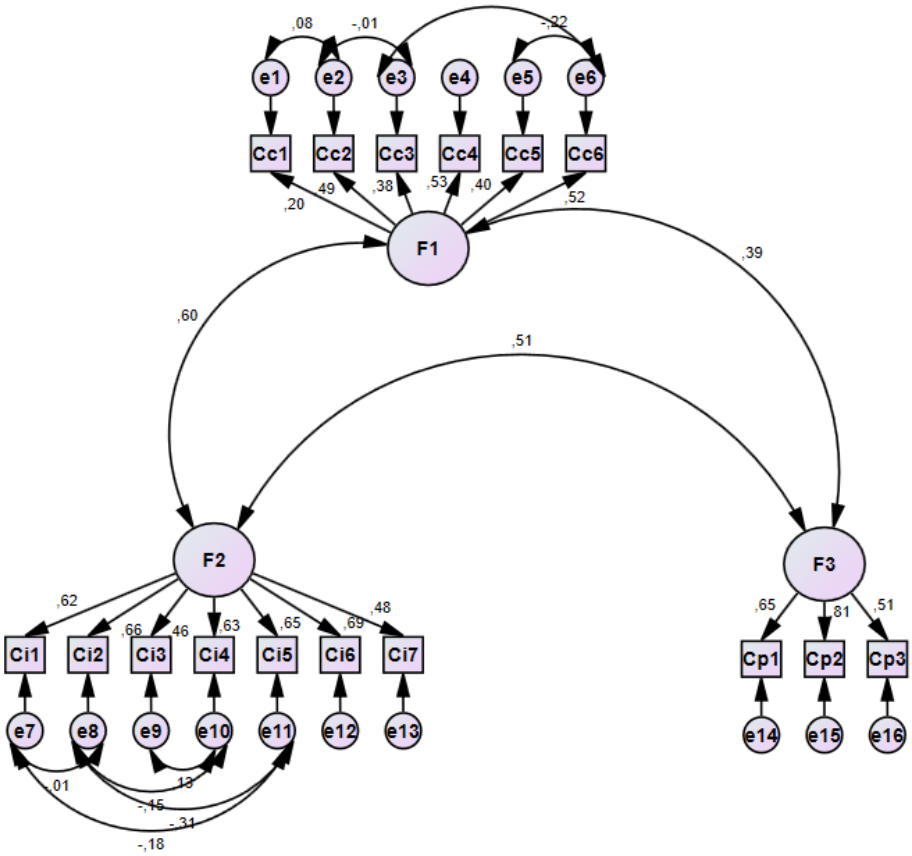
Figură A1.2. Model scală Atitudini rulat în AMOS cu structura factorială rezultată în urma derulării analizelor AFE şi AFC



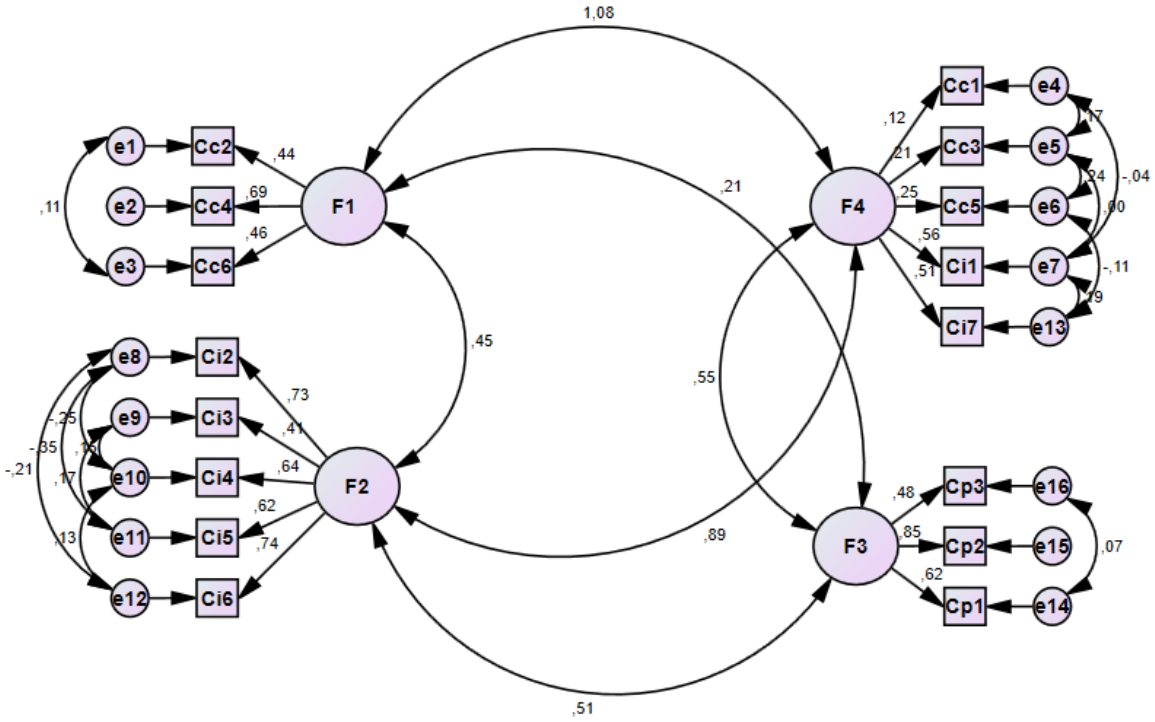
Figură A1.3. Model scală Control comportamental perceput rulat în AMOS cu structura factorială propusă de autori



Figură A1.4. Model scală Control comportamental perceput ruralt în AMOS cu structura factorială rezultată în urma derulării analizelor AFE şi AFC



Figură A1.5 Model Scală Coping rulat în AMOS cu structura factorială propusă de autori



Figură A1.6 Model Scală Coping rulat în AMOS cu structura factorială rezultată în urma derulării analizelor AFE şi AFC

ANEXA 2. Rezultatele prelucrărilor statistice experiment constatativ

Tabel A2.1 Diferenţe între fetele din grupul AA şi cele din grupul AP în ceea ce priveşte implicarea în bullying, cyberbullying şi bătăi, statistici descriptive şi rezultate ANOVA

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
						Lower Bound	Upper Bound
Bullying_victimă	AA	103	-,2170207	,70929881	,06988929	-,3556457	-,0783956
	AP	86	-,0342173	,86654573	,09344203	-,2200051	,1515705
	Total	189	-,1338403	,78790558	,05731170	-,2468970	-,0207837
Bullying_agresor	AA	104	-,3038677	,58619329	,05748098	-,4178677	-,1898677
	AP	86	,1357822	1,11584931	,12032513	-,1034564	,3750208
	Total	190	-,1048683	,89184212	,06470103	-,2324972	,0227607
Cyberbullying_mesaj	AA	103	-,1690375	,40543216	,00068452	-,1490375	-,1790375
	AP	85	,0450767	1,12606009	,12213837	-,1978089	,2879622
	Total	188	-,0722306	,76223675	,05559183	-,1818983	,0374372
Cyberbullying_text	AA	102	-,1353299	,50403246	,04990665	-,2343313	-,0363286
	AP	83	,0992490	1,03790295	,11392465	-,1273835	,3258814
	Total	185	-,0300864	,79574608	,05850442	-,1455122	,0853393
Bătăi	AA	104	-,3627225	,62527026	,06131279	-,4843219	-,2411230
	AP	86	-,1050893	,97769650	,10542772	-,3147078	,1045293
	Total	190	-,2461095	,81209239	,05891537	-,3623257	-,1298934

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Bullying_victimă	Between Groups	1,566	1	1,566	2,544	,112
	Within Groups	115,143	187	,616		
	Total	116,709	188			
Bullying_agresor	Between Groups	9,099	1	9,099	12,112	,001
	Within Groups	141,228	188	,751		
	Total	150,327	189			
Cyberbullying_mesaj	Between Groups	2,135	1	2,135	5,038	,026
	Within Groups	106,513	186	,573		
	Total	108,648	187			
Cyberbullying_poze	Between Groups	2,518	1	2,518	4,043	,046
	Within Groups	113,993	183	,623		
	Total	116,511	184			
Bătăi	Between Groups	3,125	1	3,125	4,834	,029
	Within Groups	121,520	188	,646		
	Total	124,644	189			

Tabel A2.2 Diferenţe între băieţii din grupul AA şi cei din grupul AP în ceea ce priveşte implicarea în bullying, cyberbullying şi bătăi, statistici descriptive şi rezultate ANOVA

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
						Lower Bound	Upper Bound
Bullying_victimă	AA	69	,0049209	1,14577126	,13793465	-,2703234	,2801652
	AP	65	,3839427	1,26892922	,15739130	,0695175	,6983680
	Total	134	,1887748	1,21744738	,10517143	-,0192503	,3967998
Bullying agresor	AA	69	,0787989	1,07413833	,12931106	-,1792373	,3368351
	AP	67	,2162365	1,17141084	,14311061	-,0694930	,5019661
	Total	136	,1465071	1,12105799	,09612993	-,0436083	,3366226
Cyberbullying _mesaj	AA	69	,0068051	1,02521869	,12342183	-,2394794	,2530895
	AP	66	,1986333	1,45861378	,17954295	-,1599387	,5572053
	Total	135	,1005878	1,25485722	,10800091	-,1130192	,3141947
Cyberbullying_poze	AA	69	-,1365953	,50166575	,06039346	-,2571086	-,0160820
	AP	66	,2271373	1,66648249	,20512981	-,1825352	,6368099
	Total	135	,0412295	1,22806753	,10569522	-,1678172	,2502763
Bătăi	AA	69	,3838711	1,15452766	,13898880	,1065233	,6612189
	AP	67	,3025926	1,11399850	,13609658	,0308670	,5743182
	Total	136	,3438295	1,13127131	,09700571	,1519820	,5356770

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Bullying_victimă	Between Groups	4,808	1	4,808	3,300	,072
	Within Groups	192,321	132	1,457		
	Total	197,130	133			
Bullying agresor	Between Groups	,642	1	,642	,509	,477
	Within Groups	169,022	134	1,261		
	Total	169,664	135			
Cyberbullying mesaj	Between Groups	1,241	1	1,241	,787	,377
	Within Groups	209,764	133	1,577		
	Total	211,005	134			
Cyberbullying poze	Between Groups	4,463	1	4,463	3,003	,085
	Within Groups	197,629	133	1,486		
	Total	202,092	134			
Bătăi	Between Groups	,225	1	,225	,174	,677
	Within Groups	172,545	134	1,288		
	Total	172,770	135			

Tabel A2.3 Implicarea în bullying, cyberbullying şi bătăi a fetelor în funcţie de prezenţa/absenţa experienţei de Abuz Emoţional

Group Statistics

	Abuz emoţional	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Bullying_agresor	absent	137	,0803	,27274	,02330
	prezent	53	,2264	,42252	,05804
Bullying_victimă	absent	136	1,32	,698	,060
	prezent	53	1,42	,819	,112
Cyberbullying_mesaj	absent	136	1,15	,464	,040
	prezent	52	1,33	,706	,098
Cyberbullying_poze	absent	134	1,03	,171	,015
	prezent	51	1,16	,418	,059
Bătăi	absent	137	1,35	,828	,071
	prezent	53	1,74	1,258	,173

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Bullying agresor	EQ	29,768	,000	-2,812	188	,005	-,14612	,05196	-,2486	-,04362
	N EQ			-2,336	69,427	,022	-,14612	,06254	-,2708	-,02137
Bullying_victimă	EQ	1,481	,225	-,771	187	,442	-,092	,119	-,326	,143
	N EQ			-,719	83,049	,474	-,092	,127	-,345	,162
Cyberbullying mesaj	EQ	11,518	,001	-2,038	186	,043	-,180	,088	-,354	-,006
	N EQ			-1,701	68,511	,093	-,180	,106	-,391	,031
Cyberbullying poze	EQ	36,252	,000	-2,939	183	,004	-,127	,043	-,212	-,042
	N EQ			-2,103	56,465	,040	-,127	,060	-,248	-,006
Bătăi	EQ	14,891	,000	-2,467	188	,015	-,385	,156	-,694	-,077
	N EQ			-2,065	70,124	,043	-,385	,187	-,758	-,013

Notă: EQ = equal variances assumed, N EQ = equal variances not assumed

Interpretare: Fetele care au raportat că au fost expuse la abuz emoţional au raportat mai frecvent că s-au implicat în bullying din postura de agresor şi cyberbullying prin mesaje, dar şi în bătăi, în comparaţie cu fetele care nu au fost expuse la acest tip de abuz.

Tabel A2.4 Implicarea în bullying, cyberbullying şi bătăi a fetelor în funcţie de prezenţa/absenţa experienţei de Abuz Fizic

Group Statistics

	Abuz fizic	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Bullying agresor	absent	148	,0541	,22689	,01865
	prezent	42	,3571	,48497	,07483
Bullying_victimă	absent	147	1,29	,633	,052
	prezent	42	1,55	,993	,153
Cyberbullying mesaj	absent	147	1,17	,474	,039
	prezent	41	1,29	,750	,117
Cyberbullying poze	absent	145	1,07	,280	,023
	prezent	40	1,05	,221	,035
Bătăi	absent	148	1,34	,796	,065
	prezent	42	1,88	1,383	,213

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Bullying agresor	EQ	115,107	,000	-5,730	188	,000	-,30309	,05290	-,4074	-,1987
	N EQ			-3,930	46,202	,000	-,30309	,07712	-,4583	-,1478
Bullying_victimă	EQ	10,111	,002	-2,006	187	,046	-,255	,127	-,506	-,004
	N EQ			-1,576	50,873	,121	-,255	,162	-,580	,070
Cyberbullying mesaj	EQ	5,832	,017	-1,274	186	,204	-,123	,096	-,312	,067
	N EQ			-,993	49,231	,325	-,123	,123	-,371	,125
Cyberbullying poze	EQ	,650	,421	,395	183	,693	,019	,048	-,076	,114
	N EQ			,452	77,266	,652	,019	,042	-,065	,102
Bătăi	EQ	23,844	,000	-3,252	188	,001	-,543	,167	-,873	-,214
	N EQ			-2,433	48,949	,019	-,543	,223	-,992	-,095

Notă: EQ = equal variances assumed, N EQ = equal variances not assumed

Interpretare: Fetele care au raportat că au fost expuse la abuz fizic au raportat mai frecvent că s-au implicat în bullying din postura de agresor şi în bătăi, în comparaţie cu fetele care nu au fost expuse la acest tip de abuz.

Tabel A2.5 Implicarea în bullying, cyberbullying şi bătăi a fetelor în funcţie de prezenţa/absenţa experienţei de Abuz Sexual

Group Statistics

	Abuz sexual	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Bullying agresor dihotomic	absent	171	,0994	,30010	,02295
	prezent	17	,2941	,46967	,11391
Bullying_victimă	absent	170	1,34	,705	,054
	prezent	17	1,53	1,007	,244
Cyberbullying mesaj	absent	169	1,18	,480	,037
	prezent	17	1,41	1,004	,243
Cyberbullying poze	absent	167	1,07	,272	,021
	prezent	16	1,00	,000	,000
Bătăi	absent	171	1,43	,958	,073
	prezent	17	1,71	1,213	,294

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Bullying agresor	EQ	15,38	,000	-2,406	186	,017	-,19470	,08093	-,3543	-,0350
	N EQ			-1,676	17,322	,112	-,19470	,11620	-,4395	,0501
Bullying_victimă	EQ	3,555	,061	-1,037	185	,301	-,194	,187	-,563	,175
	N EQ			-,776	17,600	,448	-,194	,250	-,721	,332
Cyberbullying mesaj	EQ	9,399	,002	-1,687	184	,093	-,234	,139	-,508	,040
	N EQ			-,951	16,743	,355	-,234	,246	-,754	,286
Cyberbullying poze	EQ	4,173	,043	,966	181	,335	,066	,068	-,069	,200
	N EQ			-3,130	166,00	,002	,066	,021	,024	,107
Bătăi	EQ	1,946	,165	-1,093	186	,276	-,273	,250	-,766	,220
	N EQ			-,901	18,040	,379	-,273	,303	-,910	,364

Notă: EQ = equal variances assumed, N EQ = equal variances not assumed

Interpretare: Fetele care au raportat că au fost expuse la abuz sexual au raportat mai frecvent că s-au implicat în cyberbullying prin poze, în comparaţie cu fetele care nu au fost expuse la acest tip de abuz.

Tabel A2.6 Implicarea în bullying, cyberbullying şi bătăi a fetelor în funcţie de prezenţa/absenţa experienţei de Neglijare emoţională

Group Statistics

	Neglijare	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Bullying agresor	absent	143	,0769	,26741	,02236
	prezent	47	,2553	,44075	,06429
Bullying_victimă	absent	142	1,27	,675	,057
	prezent	47	1,57	,853	,124
Cyberbullying mesaj	absent	142	1,18	,495	,042
	prezent	46	1,26	,681	,100
Cyberbullying poze	absent	141	1,06	,261	,022
	prezent	44	1,09	,291	,044
Bătăi	absent	143	1,41	,898	,075
	prezent	47	1,62	1,190	,174

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Bullying agresor	EQ	40,116	,000	-3,330	188	,001	-,17840	,05358	-,2840	-,07271
	N EQ			-2,621	57,531	,011	-,17840	,06807	-,3146	-,0421
Bullying_victimă	EQ	6,214	,014	-2,464	187	,015	-,300	,122	-,540	-,060
	N EQ			-2,192	66,120	,032	-,300	,137	-,573	-,027
Cyberbullying mesaj	EQ	2,674	,104	-,915	186	,361	-,085	,093	-,268	,098
	N EQ			-,780	61,174	,438	-,085	,109	-,302	,132
Cyberbullying poze	EQ	1,959	,163	-,737	183	,462	-,034	,046	-,126	,057
	N EQ			-,697	66,076	,488	-,034	,049	-,132	,064
Bătăi	EQ	4,257	,040	-1,287	188	,200	-,211	,164	-,536	,113
	N EQ			-1,118	64,107	,268	-,211	,189	-,589	,166

Notă: EQ = equal variances assumed, N EQ = equal variances not assumed

Interpretare: Fetele care au raportat că au fost expuse la neglijare au raportat mai frecvent că s-au implicat în bullying din postura de agresor şi victimă, în comparaţie cu fetele care nu au fost expuse la acest tip de abuz.

Tabel A2.7 Rezultatele la chestionarul SDQ – comparaţii între fete şi băieţi, în funcţie de prezenţa/absenţa experienţei de abuz

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Probleme emoţionale	Between Groups	10,075	1	10,075	9,545	,002
	Within Groups	158,321	150	1,055		
	Total	168,396	151			
Probleme de comportament	Between Groups	,572	1	,572	,478	,490
	Within Groups	179,327	150	1,196		
	Total	179,899	151			
Probleme de hiperactivitate	Between Groups	1,007	1	1,007	1,106	,295
	Within Groups	136,596	150	,911		
	Total	137,603	151			
Probleme cu covârstnicii	Between Groups	3,501	1	3,501	3,307	,071
	Within Groups	158,787	150	1,059		
	Total	162,288	151			

Interpretare: fetele din grupul AP au raporta scoruri semnificativ mai ridicate la subscala - Probleme emoţionale din chestionarul SDQ în comparaţie cu băieţii din grupul AP

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Probleme emoţionale	Between Groups	17,827	1	17,827	26,866	,000
	Within Groups	112,802	170	,664		
	Total	130,629	171			
Probleme de comportament	Between Groups	,050	1	,050	,072	,789
	Within Groups	118,915	170	,700		
	Total	118,966	171			
Probleme de hiperactivitate	Between Groups	,116	1	,116	,139	,710
	Within Groups	141,843	170	,834		
	Total	141,959	171			
Probleme cu covârstnicii	Between Groups	,035	1	,035	,043	,836
	Within Groups	136,530	170	,803		
	Total	136,565	171			

Interpretare: fetele din grupul AA au raporta scoruri semnificativ mai ridicate la subscala - Probleme emoţionale din chestionarul SDQ în comparaţie cu băieţii din grupul AA

Tabel A2.8 Rezultatele la chestionarul ASEBA-YSR – comparaţii între fete şi băieţi, în funcţie de prezenţa/absenţa experienţei de abuz

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Anxietate/Depresie	Between Groups	1,941	1	1,941	1,835	,178
	Within Groups	159,729	151	1,058		
	Total	161,670	152			
Însingurare/Depresie	Between Groups	3,308	1	3,308	2,864	,093
	Within Groups	174,377	151	1,155		
	Total	177,684	152			
Acuze somatice	Between Groups	13,925	1	13,925	13,123	,000
	Within Groups	160,228	151	1,061		
	Total	174,153	152			
Probleme sociale	Between Groups	,242	1	,242	,243	,623
	Within Groups	150,009	151	,993		
	Total	150,251	152			

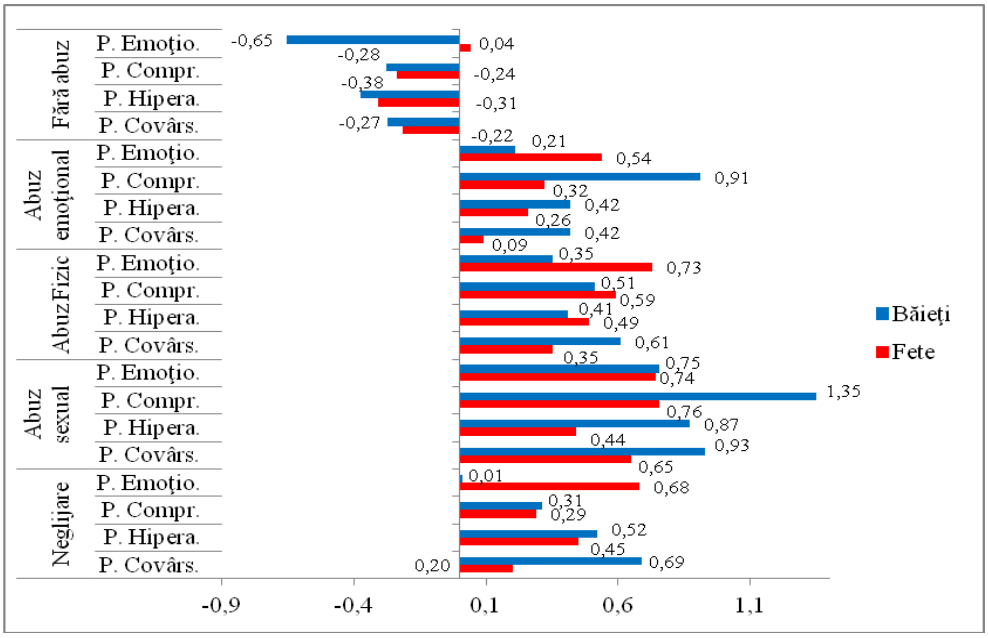
Interpretare: Fetele din grupul AP au raportat scoruri semnificativ mai mari la Subscala Acuze somatice a chestionarului ASEBA-YSR, comparativ cu băieţii din acelaşi grup.

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Anxietate/Depresie	Between Groups	11,269	1	11,269	15,502	,000
	Within Groups	124,305	171	,727		
	Total	135,574	172			
Însingurare/Depresie	Between Groups	2,779	1	2,779	4,473	,056
	Within Groups	106,258	171	,621		
	Total	109,037	172			
Acuze somatice	Between Groups	9,676	1	9,676	13,586	,000
	Within Groups	121,786	171	,712		
	Total	131,462	172			
Probleme sociale	Between Groups	2,994	1	2,994	4,212	,052
	Within Groups	121,533	171	,711		
	Total	124,527	172			

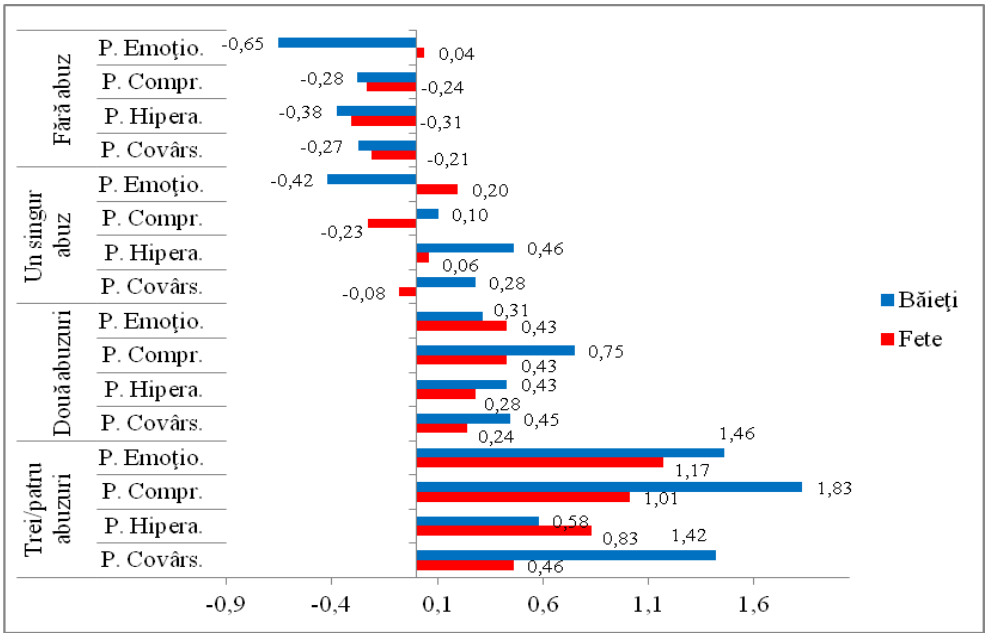
Interpretare: Fetele din grupul AA au raportat scoruri semnificativ mai mari la Subscalele Anxietate/Depresie şi Acuze somatice a chestionarului ASEBA-YSR, comparativ cu băieţii din acelaşi grup.

Interpretare: Tipul de abuz la care fetele şi băieţii sunt expuşi se asociază cu scoruri semnificativ mai mari la problemele de sănătate mintală evaluate cu SDQ, după cum se poate observa în Figura A2.1.



Figură A2.1 Mediile la SDQ, în funcţie de gen şi tipul de abuz, în scoruri Z

Interpretare: Numărul de abuzuri şi genul se asociază semnificativ cu scorurile raportate de către adolescenţi la problemele de sănătate mintală evaluate cu SDQ, după cum se poate vedea şi în Figura A2.2.



Figură A2.2 Mediile la SDQ, în funcţie de gen şi număr abuzuri, în scoruri Z

Tabel A2.9 Mediile la subscalele SDQ, în funcţie de gen, tipul de abuz şi număr abuzuri, în scoruri standard Z

Descriptive Statistics

	Gen	Tip abuz	Mean	Std. Deviation	N
Probleme emotionale	fata	fara abuz	,0472649	,84485556	101
		abuz emotional	,1475251	,89192954	17
		abuz fizic	-,5838123	,54156703	5
		abuz sexual	,7886325	1,21098069	3
		neglijare	,3424817	,81729138	19
		Doua tipuri	,4315484	1,11472757	26
		Trei/patru tipuri	1,0991404	,80990389	18
	baiat	fara abuz	-,6538592	,77132162	68
		abuz emotional	-,8260084	,28543089	5
		abuz fizic	-,1739419	,69013823	13
		abuz sexual	-,5030802	,77645595	5
		neglijare	-,4980345	,51522713	16
		Doua tipuri	,3080846	1,17422150	27
		Trei/patru tipuri	1,5286762	1,12495019	7
Probleme de comportament	fata	fara abuz	-,2367663	,86994169	101
		abuz emotional	-,3277609	1,01764156	17
		abuz fizic	-,3310709	,47434456	5
		abuz sexual	1,2563896	1,13390038	3
		neglijare	-,3251030	,76948849	19
		Doua tipuri	,4277701	,89615110	26
		Trei/patru tipuri	1,0383319	,96931521	18
	baiat	fara abuz	-,2777109	,79613721	68
		abuz emotional	,9158793	1,18434456	5
		abuz fizic	-,6189072	,93688742	13
		abuz sexual	,4626594	,64642268	5
		neglijare	,0161861	,66177928	16
		Doua tipuri	,7434347	1,26653122	21
		Trei/patru tipuri	1,8233398	1,29284535	7
Probleme de hiperactivitate	fata	fara abuz	-,3199373	1,02952664	101
		abuz emotional	-,2649419	1,00989636	17
		abuz fizic	-,4669212	,84493991	5
		abuz sexual	1,0815865	,29153197	3
		neglijare	,3197349	1,05467383	19
		Doua tipuri	,2888484	,84784830	26
		Trei/patru tipuri	,9391653	1,08178517	18
	baiat	fara abuz	-,3763276	,87174376	68
		abuz emotional	,1390166	,82971452	5
		abuz fizic	,2400062	,84995444	13

		abuz sexual	1,2499026	,50494818	5
		neglijare	,4924803	,95807181	16
		Doua tipuri	,4323674	,75702141	21
		Trei/patru tipuri	,9974285	,52959412	7
Probleme cu covarsnicii	fata	fara abuz	-,2275521	,88983364	101
		abuz emotional	-,1979715	1,01243032	17
		abuz fizic	-,1126104	1,35146677	5
		abuz sexual	1,0621210	2,09453841	3
		neglijare	-,1562537	,88177029	19
		Doua tipuri	,2382143	1,05627286	26
		Trei/patru tipuri	,3578137	1,10720647	18
	baiat	fara abuz	-,2741868	,90758717	68
		abuz emotional	-,2162632	,43361065	5
		abuz fizic	,3578137	,80246189	13
		abuz sexual	,3020007	,85159440	5
		neglijare	,3603053	,86139443	16
		Doua tipuri	,4451402	,90687359	21
		Trei/patru tipuri	1,3212529	,89265839	25

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
gen	Probleme emotionale	3,839	1	3,839	5,109	,024
	Probleme de comportament	1,237	1	1,237	1,599	,207
	Probleme de hiperactivitate	,030	1	,030	,035	,851
	Probleme cu covarstnicii	4,235	1	4,235	4,734	,030
tip_abuz	Probleme emotionale	58,513	7	8,359	11,124	,000
	Probleme de comportament	76,127	7	10,875	14,062	,000
	Probleme de hiperactivitate	56,584	7	8,083	9,652	,000
	Probleme cu covarstnicii	42,192	7	6,027	6,738	,000
gen * tip_abuz	Probleme emotionale	12,743	7	1,820	2,423	,020
	Probleme de comportament	7,361	7	1,052	1,360	,222
	Probleme de hiperactivitate	4,421	7	,632	,754	,626
	Probleme cu covarstnicii	10,605	7	1,515	1,694	,110
Error	Probleme emotionale	231,433	308	,751		
	Probleme de comportament	238,195	308	,773		
	Probleme de hiperactivitate	257,945	308	,837		
	Probleme cu covarstnicii	275,524	308	,895		
Total	Probleme emotionale	323,000	324			
	Probleme de comportament	323,000	324			
	Probleme de hiperactivitate	323,000	324			

Probleme cu covarstnicii	323,000	324			

a. R Squared = ,283 (Adjusted R Squared = ,249)

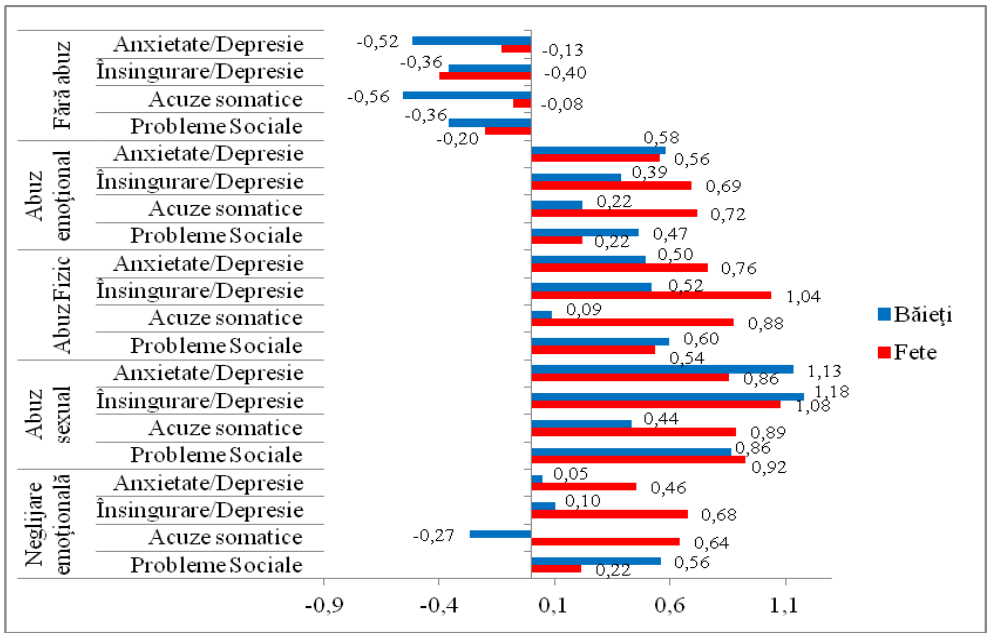
b. R Squared = ,263 (Adjusted R Squared = ,227)

c. R Squared = ,201 (Adjusted R Squared = ,163)

d. R Squared = ,147 (Adjusted R Squared = ,105)

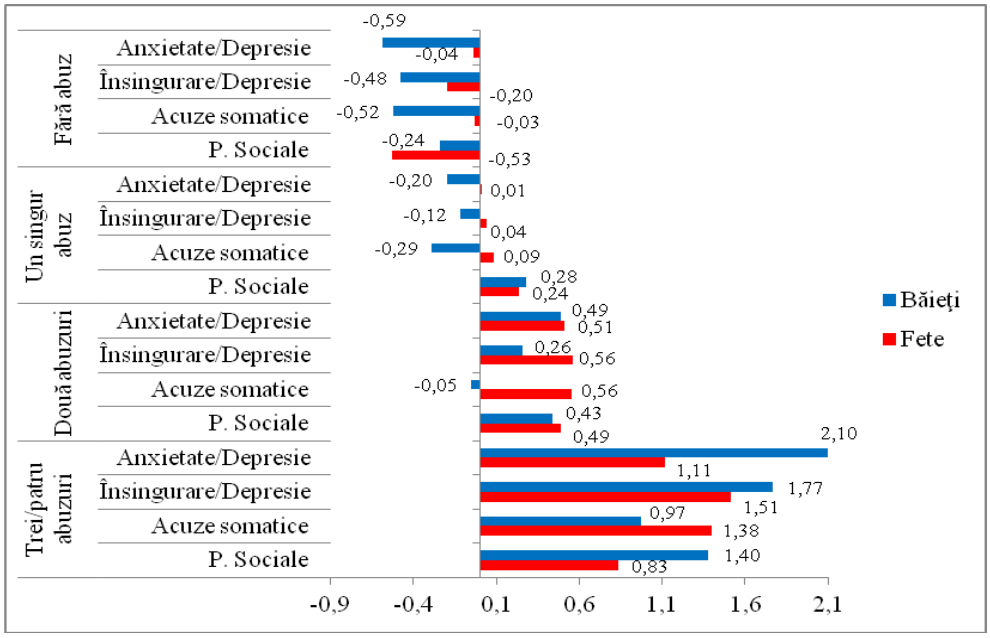
Interpretare: rezultatele analizei ANOVA bifactorială, în care Genul şi Tipul de abuz sunt variabile predictor, iar subscalele Chestionarului SDQ sunt variabile criteriu arată că sunt diferenţe de gen semnificative în ceea ce priveşte prevalenţa Problemelor emoţionale (fetele au raportat scoruri mai mari decât băieţii) şi Problemelor cu covârstnicii (băieţii au raportat scoruri mai mari decât fetele). Există diferenţe semnificative statistic între adolescenţii care nu au raportat experienţa de abuz şi cei care au raportat prezenţa oricărui tip de abuz şi neglijare, la toate subscalele SDQ. Interacţiunea genXtip_abuz a fost semnificativă doar în cazul fetelor, însemnând că genul este un factor predispozant la manifestarea dificultăţilor emoţionale.

Interpretare: Tipul de abuz la care fetele şi băieţii sunt expuşi influenţează semnificativ scorurile raportate la problemele de sănătate mintală evaluate cu ASEBA-YSR, după cum se poate observa în Figura A2.3.



Figură A2.3 Mediile la subscalele testului ASEBA în funcţie de gen şi tipul de abuz, în scoruri Z

Interpretare: Numărul de abuzuri şi genul se asociază semnificativ scorurile raportate de către adolescenţi la problemele de sănătate mintală evaluate cu ASEBA-YSR, după cum se poate vedea şi în Figura A2.4.



Figură A2.4 Mediile la ASEBA, în funcţie de gen şi număr abuzuri, în scoruri Z

Tabel A2.10 Mediile la subscalele ASEBA-YSR, în funcţie de gen, tipul de abuz şi număr abuzuri, în scoruri standard Z

Descriptive Statistics

	Gen	Tipuri abuz	Mean	Std. Deviation	N
Anxietate/Depresie	fata	fara abuz	-,0392538	,90006728	101
		abuz emotional	-,0783399	1,09670346	17
		abuz fizic	-,3761485	,79527824	5
		abuz sexual	1,0759569	,33988112	3
		neglijare	,0173452	,71322486	19
		Doua tipuri	,5090689	,90266557	27
		Trei/patru tipuri	1,0457676	1,12824308	13
	baiat	fara abuz	-,5877361	,79574712	69
		abuz emotional	-1,0825781	,46540139	5
		abuz fizic	,0495206	,84839456	13
		abuz sexual	-,1406720	,78981235	5
		neglijare	-,1443513	,82709740	16
		Doua tipuri	,4872655	1,05445344	21
		Trei/patru tipuri	2,1093602	1,52792926	6
Însingurare/Depresie	fata	fara abuz	-,1988898	,80216942	101
		abuz emotional	-,0049877	,95611852	17
		abuz fizic	-,3229585	,90590594	5
		abuz sexual	,9465158	1,07860819	3
		neglijare	,0358997	,96696393	19
		Doua tipuri	,5597584	1,05339769	27
		Trei/patru	1,3166479	1,09031739	13

	baiat	fara abuz	-,4778593	,78534051	69
		abuz emotional	-,8757941	,41205931	5
		abuz fizic	,1826262	,77136287	13
		abuz sexual	,1070247	,63688014	5
		neglijare	-,1924279	,73433616	16
		Doua tipuri	,2591277	,94616631	21
		Trei/patru tipuri	1,7731545	1,01142774	6
Acuze somatice	fata	fara abuz	-,0304237	,97846593	101
		abuz emotional	,0089565	,91123216	17
		abuz fizic	,8819989	1,01400616	5
		abuz sexual	1,4458809	1,03407454	3
		neglijare	,6473582	1,05609139	19
		Doua tipuri	,5556264	,93773191	27
		Trei/patru tipuri	1,3862702	1,15052679	13
	baiat	fara abuz	-,5196650	,60128879	69
		abuz emotional	-,1174928	,82910414	5
		abuz fizic	,0974279	,98497897	13
		abuz sexual	,0388446	1,04692068	5
		neglijare	-,2760471	1,01992006	16
		Doua tipuri	-,0523522	,95002563	21
		Trei/patru tipuri	,9573266	1,31819157	6
Probleme sociale	fata	fara abuz	-,2414388	,89738640	101
		abuz emotional	-,1249423	,91544713	17
		abuz fizic	-,1627102	1,27600890	5
		abuz sexual	,9403053	1,64423264	3
		neglijare	,0608389	,84705967	19
		Doua tipuri	,4921481	,94829104	27
		Trei/patru tipuri	,7946718	1,08796195	13
	baiat	fara abuz	-,5306206	,76711891	69
		abuz emotional	-,2614877	,53536133	5
		abuz fizic	,3007843	1,02047621	13
		abuz sexual	,4299549	,90058331	5
		neglijare	,3898265	,84090910	16
		Doua tipuri	,4346585	,83551770	21
		Trei/patru tipuri	1,3930356	1,15628336	6

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
gen	Anxietate/Depresie	1,184	1	1,184	1,491	,223
	Insingurare/Depresie	,070	1	,070	,092	,762

	Acuze somatice	4,584	1	4,584	5,925	,015
	Probleme sociale	1,223	1	1,223	1,521	,218
Tip_abuz	Anxietate/Depresie	63,515	7	9,074	11,422	,000
	Insingurare/Depresie	78,395	7	11,199	14,723	,000
	Acuze somatice	52,549	7	7,507	9,703	,000
	Probleme sociale	70,679	7	10,097	12,555	,000
gen * tip_abuz	Anxietate/Depresie	10,989	7	1,570	1,976	,058
	Insingurare/Depresie	7,531	7	1,076	1,414	,199
	Acuze somatice	5,043	7	,720	,931	,482
	Probleme sociale	8,473	7	1,210	1,505	,165
Error	Anxietate/Depresie	246,266	310	,794		
	Insingurare/Depresie	235,803	310	,761		
	Acuze somatice	239,840	310	,774		
	Probleme sociale	249,313	310	,804		
Total	Anxietate/Depresie	325,000	326			
	Insingurare/Depresie	325,000	326			
	Acuze somatice	325,000	326			
	Probleme sociale	325,000	326			

a. R Squared = ,242 (Adjusted R Squared = ,206)

b. R Squared = ,274 (Adjusted R Squared = ,239)

c. R Squared = ,262 (Adjusted R Squared = ,226)

d. R Squared = ,233 (Adjusted R Squared = ,196)

Interpretare: rezultatele analizei ANOVA bifactorială, în care Genul şi Tipul de abuz sunt variabile predictor, iar subscalele Chestionarului ASEBA-YSR sunt variabile criteriu, arată că sunt diferenţe de gen semnificative în ceea ce priveşte prevalenţa Acuzelor somatice (fetele au raportat scoruri mai mari comparativ cu băieţii). Există diferenţe semnificative statistic între adolescenţii care nu au raportat experienţa de abuz şi cei care au raportat prezenţa oricărui tip de abuz şi neglijare, la toate subscalele ASEBA-YSR. Interacţiunea genXtip_abuz nu a atins semnificativitate statistică.

Tabel A2.11 Media la suportul social perceput de la părinţi, cadre didactice şi colegi, în funcţie de gen şi prezenţa/absenţa abuzului şi neglijării.

Descriptive Statistics

	Gen	abuz_neglijare	Mean	Std. Deviation	N
Suport social parinti	fata	absent	,1667662	,96360418	102
		prezent	-,4656324	1,19478350	83
		Total	-,2988662	1,11735908	185
	baiat	absent	,4161023	,50952736	66
		prezent	-,0929035	,89745063	61

		Total	,3231988	,74404466	127
	Total	absent	,2490054	,82044609	168
		prezent	-,2753792	1,10066069	144
		Total	,0263738	,99350363	312
Suport social cadre didactice	fata	absent	,2346759	,85293666	102
		prezent	-,2575087	1,03817186	83
		Total	,0228328	,95807746	185
	baiat	absent	,1039885	,80587063	66
		prezent	-,1394010	1,21841825	61
		Total	-,0354175	1,02803277	127
	Total	absent	,1651201	,83378017	168
		prezent	-,2171298	1,11422343	144
		Total	,0520097	,98573379	312
Suport social colegi	fata	absent	,3373652	,89477606	102
		prezent	-,3550313	,93228465	83
		Total	,0176661	,94587817	185
	baiat	absent	,2821958	1,03907433	66
		prezent	-,3513596	1,08716683	61
		Total	-,0691638	1,07380343	127
	Total	absent	,2021200	,95269380	168
		prezent	-,2565315	,99738695	144
		Total	-,0544115	,99861349	312

Independent Samples Test

Adolescentii cu istoric de abuz si neglijare – grupul AP		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Suport social parinti	EQ	8,881	,003	-2,141	149	,034	-,3725891	,17404149	-,716497	-,028680
	N EQ			-2,214	148,948	,028	-,3725891	,16825334	-,705060	-,040117
Suport social cadre didactice	EQ	4,238	,041	-,226	150	,822	-,0409282	,18123300	-,399027	,3171710
	N EQ			-,220	125,276	,826	-,0409282	,18584300	-,408726	,3268702
Suport social colegi	EQ	1,003	,318	,027	151	,979	,0041574	,15584492	-,303760	,3120756
	N EQ			,026	133,909	,979	,0041574	,15795273	-,308247	,3165623

Tabel A2.12 Diferenţele între băieţii şi fetele din grupul AA, în funcţie de gen şi suportul social perceput de la părinţi, cadre didactice şi colegi

Independent Samples Test

Adolescentii fara abuz si neglijare – grupul AA		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Suport social parinti	EQ	15,132	,000	-1,915	171	,057	-,2501491	,13062130	-,5079869	,00768868
	N EQ			-2,166	160,501	,032	-,2501491	,11550162	-,4782480	-,0220502
Suport social cadre didactice	EQ	,014	,905	,524	167	,601	,06974265	,13299791	-,1928312	,33231656
	N EQ			,528	144,297	,599	,06974265	,13217095	-,1914986	,33098390
Suport social colegi	EQ	1,742	,189	,347	169	,729	,05084694	,14634596	-,2380546	,33974856
	N EQ			,335	125,861	,738	,05084694	,15168743	-,2493412	,35103513

Tabel A2.13 Impactul numărului de abuzuri la care au fost expuşi adolescenţii asupra suportului social perceput de la părinţi, cadre didactice şi colegi, în funcţie de gen

Descriptive Statistics

	Gen	abuz+negljare	Mean	Std. Deviation	N
Suport social parinti	fata	,00	,2180376	,90553091	98
		1,00	-,0624312	,99914541	43
		2,00	-,4542471	1,08509250	26
		3,00 sau 4,00	-1,4920121	1,19199348	13
		Total	-,1214450	1,11735908	185
	baiat	,00	,3476435	,53305456	69
		1,00	,0983454	,76770598	36
		2,00	,0328156	,95672233	18
		3,00 sau 4,00	-,1801562	,90088561	3
		Total	,1940602	,74404466	127
Suport social cadre didactice	fata	,00	,2134928	,86058570	98
		1,00	-,0812114	,94849776	43
		2,00	-,0729699	,77632992	26
		3,00 sau 4,00	-,6738812	1,55021964	13
		Total	,0287228	,95807746	185

		,00	,0902654	,80240951	69
		1,00	-,1448738	1,03805179	36
	baiat	2,00	,1889658	1,31796405	18
		3,00 sau 4,00	-1,0128568	2,00303768	3
		Total	-,0129151	1,02803277	127
		,00	,2443283	,90071217	98
		1,00	-,1528496	,91647240	43
	fata	2,00	-,3645655	,93669584	26
		3,00 sau 4,00	-,3172322	1,03758207	13
Suport social		Total	,0129927	,94587817	185
colegi		,00	,1359791	1,02333313	69
		1,00	-,3049606	1,09904251	36
	baiat	2,00	-,0542690	1,19392287	18
		3,00 sau 4,00	-,6012324	,71052623	3
		Total	-,0424253	1,07380343	127

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	Suport social parinti	76,295[a]	9	8,477	11,098	,000
	Suport social cadre didactice	25,308[b]	9	2,812	3,067	,002
	Suport social colegi	18,747[c]	9	2,083	2,159	,025
Intercept	Suport social parinti	23,106	1	23,106	30,250	,000
	Suport social cadre didactice	12,948	1	12,948	14,122	,000
	Suport social colegi	4,093	1	4,093	4,242	,040
genrec	Suport social parinti	,737	1	,737	,965	,327
	Suport social cadre didactice	5,016	1	5,016	5,471	,020
	Suport social colegi	,531	1	,531	,551	,459
Abuz si neglijare	Suport social parinti	40,248	4	10,062	13,173	,000
	Suport social cadre didactice	20,865	4	5,216	5,690	,000
	Suport social colegi	15,236	4	3,809	3,948	,004
genrec * Abuz_neglijare	Suport social parinti	5,191	4	1,298	1,699	,150
	Suport social cadre didactice	7,309	4	1,827	1,993	,096
	Suport social colegi	2,213	4	,553	,573	,682
Error	Suport social parinti	230,678	302	,764		
	Suport social cadre didactice	276,881	302	,917		
	Suport social colegi	291,391	302	,965		
Total	Suport social parinti	306,988	312			
	Suport social cadre didactice	302,233	312			
	Suport social colegi	310,167	312			
Corrected Total	Suport social parinti	306,972	311			

	Suport social cadre didactice	302,190	311			
	Suport social colegi	310,138	311			

a. R Squared = ,249 (Adjusted R Squared = ,226)

b. R Squared = ,084 (Adjusted R Squared = ,056)

c. R Squared = ,060 (Adjusted R Squared = ,032)

Interpretare: rezultatele analizei bifactoriale ANOVA, în care predictorii au fost numărul de experienţe abuzive şi neglijae şi genul, au arătat că expunerea la CAN duce la scoruri semnificativ mai mici la scalele ce au măsurat suportul social de la părinţi, cadre didactice şi colegi. Genul are un efect semnificativ doar în cazul suportului social de la cadre didactice, băieţii raportând scoruri semnificativ mai mici decât fetele.

Tabel A2.14 Impactul expunerii la abuz şi neglijare (absent vs prezent) asupra adaptării la mediul şcolar (SAS), motivaţiei academice scăzute (MOTSCA) şi dificultăţi de atenţie/concentrare (DIFCON), ţinând cont şi de gen

Descriptive Statistics

	Gen	abuz_neglijare	Mean	Std. Deviation	N
SAS	fata	absent	,0098036	,87587979	104
		prezent	-,4048495	,98548738	85
		Total	,1008856	,98191085	189
	baiat	absent	,1542132	,88659447	68
		prezent	-,4399801	1,05570749	67
		Total	-,1406828	1,01532604	135
MOTSCA	fata	absent	-,3749358	,89385085	104
		prezent	,0679090	,96048978	85
		Total	-,1103230	,97445916	189
	baiat	absent	-,1325826	1,00528314	68
		prezent	,2357713	,95315692	67
		Total	,1544523	1,01833883	135
DIFCON	fata	absent	-,4456373	,87182732	104
		prezent	,0136827	,96717649	85
		Total	-,0501759	1,01328764	189
	baiat	absent	-,3661982	,83473265	68
		prezent	,4478400	,89304763	67
		Total	,0773615	,98026884	135

Tests of Between-Subjects Effects

Source	Dependent Variable	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.

Corrected Model	SAS	37,173[a]	3	12,391	13,824	,000
	MOTSCA	35,541[b]	3	11,847	13,188	,000
	DIFCON	66,888[c]	3	22,296	27,850	,000
Intercept	SAS	,446	1	,446	,497	,481
	MOTSCA	,478	1	,478	,532	,466
	DIFCON	,439	1	,439	,549	,459
genrec	SAS	3,470	1	3,470	3,871	,050
	MOTSCA	4,334	1	4,334	4,825	,029
	DIFCON	,591	1	,591	,738	,391
abuz_neglijare	SAS	31,066	1	31,066	34,659	,000
	MOTSCA	28,758	1	28,758	32,014	,000
	DIFCON	64,462	1	64,462	80,518	,000
genrec * abuz_neglijare	SAS	,097	1	,097	,109	,742
	MOTSCA	,058	1	,058	,065	,799
	DIFCON	,059	1	,059	,073	,787
Error	SAS	286,821	320	,896		
	MOTSCA	287,459	320	,898		
	DIFCON	256,186	320	,801		
Total	SAS	323,994	324			
	MOTSCA	323,000	324			
	DIFCON	323,077	324			
Corrected Total	SAS	323,994	323			
	MOTSCA	323,000	323			
	DIFCON	323,074	323			

a. R Squared = ,115 (Adjusted R Squared = ,106)

b. R Squared = ,110 (Adjusted R Squared = ,102)

c. R Squared = ,207 (Adjusted R Squared = ,200)

Interpretare: rezultatele analizei bifactoriale ANOVA, în care predictorii au fost variabilele măsurate de subscalele SAS, MOTSCA şi DIFCON şi genul, au arătat că expunerea la abuz şi neglijare are un impact semnificativ asupra acestora, ducând la dificultăţi de adaptare şcolară şi de concentrare/atenţie, precum şi la o motivaţie academică scăzută în rândul celor expuşi la CAN. Genul a avut doar un efect principal semnificativ asupra motivaţiei academice, băieţii manifestând mai multe dificultăţi în această direcţie.

Tabel A2.15 Impactul tipului de abuz asupra adaptării şcolare (SAS)

Descriptives

Abuz emoţional - SAS

Abuz emotional	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		

absent	247	,1542751	,94061169	,05984969	,0363919	,2721583	-2,67522	2,00482
prezent	78	-,4885378	1,03105305	,11674377	-,7210043	-,2560712	-2,67522	1,48481
Total	325	0E-7	1,00000000	,05547002	-,1091269	,1091269	-2,67522	2,00482

ANOVA

Abuz emoţional - SAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	24,495	1	24,495	26,417	,000
Within Groups	299,505	323	,927		
Total	324,000	324			

Descriptives

Abuz fizic - SAS

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
absent	244	,1997198	,89185895	,05709542	,0872548	,3121849	-2,67522	2,00482
prezent	81	-,6016252	1,07042005	,11893556	-,8383145	-,3649359	-2,67522	1,48481
Total	325	0E-7	1,00000000	,05547002	-,1091269	,1091269	-2,67522	2,00482

ANOVA

Abuz fizic - SAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	39,051	1	39,051	44,266	,000
Within Groups	284,949	323	,882		
Total	324,000	324			

Descriptives

Abuz sexual - SAS

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
absent	292	,0743897	,96195470	,05629414	-,0364056	,1851850	-2,67522	2,00482
prezent	29	-,6848614	1,13816198	,21135137	-1,1177951	-,2519277	-2,67522	,96481
Total	321	,0057969	1,00118291	,05588058	-,1041428	,1157367	-2,67522	2,00482

ANOVA

Abuz sexual - SAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	15,207	1	15,207	15,876	,000
Within Groups	305,550	319	,958		
Total	320,758	320			

Descriptives

Neglijare emotionala - SAS

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
absent	251	,1195421	,96041751	,06062102	,0001491	,2389351	-2,67522	2,00482
prezent	74	-,4054740	1,03133379	,11989012	-,6444146	-,1665333	-2,67522	2,00482
Total	325	0E-7	1,00000000	,05547002	-,1091269	,1091269	-2,67522	2,00482

ANOVA

Neglijare emotionala - SAS

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	15,753	1	15,753	16,507	,000
Within Groups	308,247	323	,954		
Total	324,000	324			

Tabel A2.16 Impactul tipului de abuz asupra motivaţiei academice scăzute (MOTSCA)

Descriptives

Abuz emotional - MOTSCA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
absent	246	-,1353272	,97676278	,06227612	-,2579921	-,0126623	-1,86689	1,86335
prezent	78	,4268011	,95713605	,10837432	,2110002	,6426019	-1,14954	1,86335
Total	324	0E-7	1,00000000	,05555556	-,1092964	,1092964	-1,86689	1,86335

ANOVA

Abuz emotional - MOTSCA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	18,714	1	18,714	19,803	,000
Within Groups	304,286	322	,945		
Total	323,000	323			

Descriptives

Abuz fizic - MOTSCA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
absent	244	-,1552377	,94469961	,06047820	-,2743661	-,0361093	-1,86689	1,86335
prezent	80	,4734750	1,02078700	,11412746	,2463100	,7006400	-1,57995	1,86335

Total	324	0E-7	1,00000000	,05555556	-,1092964	,1092964	-1,86689	1,86335

ANOVA

Abuz fizic - MOTSCA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	23,814	1	23,814	25,630	,000
Within Groups	299,186	322	,929		
Total	323,000	323			

Descriptives

Abuz sexual - MOTSCA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
absent	291	-,0643855	,99083102	,05808354	-,1787043	,0499332	-1,86689	1,86335
prezent	29	,5968473	,90093912	,16730019	,2541484	,9395462	-1,00607	1,86335
Total	320	-,0044613	,99994400	,05589857	-,1144377	,1055151	-1,86689	1,86335

ANOVA

Abuz sexual - MOTSCA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	11,531	1	11,531	11,927	,001
Within Groups	307,434	318	,967		
Total	318,964	319			

Descriptives

Neglijare emotionala - MOTSCA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
absent	251	-,0920834	,99210870	,06262135	-,2154160	,0312493	-1,86689	1,86335
prezent	73	,3166155	,96813002	,11331105	,0907340	,5424969	-1,57995	1,86335
Total	324	0E-7	1,00000000	,05555556	-,1092964	,1092964	-1,86689	1,86335

ANOVA

Neglijare emotionala - MOTSCA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	9,446	1	9,446	9,701	,002
Within Groups	313,554	322	,974		
Total	323,000	323			

Tabel A2.17 Impactul tipului de abuz asupra dificultăţilor de concentrare/atenţie (DIFCON)

Descriptives

Abuz emotional - DIFCON

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
absent	247	-,1416893	,95649903	,06086058	-,2615636	-,0218151	-1,76582	1,85791
prezent	78	,4486829	1,00824874	,11416169	,2213580	,6760079	-1,49740	2,39477
Total	325	0E-7	1,00000000	,05547002	-,1091269	,1091269	-1,76582	2,39477

ANOVA

Abuz emotional - DIFCON

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	20,661	1	20,661	22,001	,000
Within Groups	303,339	323	,939		
Total	324,000	324			

Descriptives

Abuz fizic - DIFCON

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
absent	245	-,1881420	,92815558	,05929768	-,3049427	-,0713413	-1,76582	1,85791
prezent	80	,5761849	,99726942	,11149811	,3542534	,7981163	-1,76582	2,39477
Total	325	0E-7	1,00000000	,05547002	-,1091269	,1091269	-1,76582	2,39477

ANOVA

Abuz fizic - DIFCON

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	35,231	1	35,231	39,408	,000
Within Groups	288,769	323	,894		
Total	324,000	324			

Descriptives

Abuz sexual - DIFCON

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
absent	292	-,0982792	,97614233	,05712441	-,2107086	,0141501	-1,76582	2,39477
prezent	29	,9137989	,73640896	,13674771	,6336839	1,1939139	-1,09476	2,12634

Total	321	-,0068454	,99919651	,05576971	-,1165670	,1028762	-1,76582	2,39477

ANOVA

Abuz sexual - DIFCON

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	27,021	1	27,021	29,473	,000
Within Groups	292,465	319	,917		
Total	319,486	320			

Descriptives

Neglijare emoţională - DIFCON

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
absent	252	-,1845660	,95622040	,06023622	-,3031989	-,0659332	-1,76582	2,39477
prezent	73	,6371321	,88410794	,10347701	,4308544	,8434097	-1,36319	2,12634
Total	325	0E-7	1,00000000	,05547002	-,1091269	,1091269	-1,76582	2,39477

ANOVA

Neglijare emoţională - DIFCON

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	38,218	1	38,218	43,195	,000
Within Groups	285,782	323	,885		
Total	324,000	324			

Tabel A2.18 Rezultate model de moderare-moderată în care suportul social de la colegi şi genul moderează relaţia dintre expunerea la abuz emoţional şi adaptarea şcolară

Efecte principale şi de interacţiune	***Coeficienţi***		**t**	***p***
	b	**SE**		
Abuz emoţional (AE)	-1.09	.29	-3.66	.001
Suport social colegi (SSc)	.31	.06	4.93	<.001
Gen (G)	-.56	.22	-2.54	.011
AE X SSc	-.31	.12	-2.45	.014
AE X G	.82	.64	1.27	.205
SSc X G	-.12	.08	-1.37	.170
AE X SSc X G	.77	.26	2.92	.003

Notă: modelul a fost semnificativ statistic, $F(7, 316) = 10.36$, $p < .001$, $R^2 = .186$.

Tabel A2.19 Rezultate model de moderare-moderată în care suportul social de la cadrele didactice şi genul moderează relaţia dintre expunerea la abuz emoţional şi adaptarea şcolară

Efecte principale şi de interacţiune	*Coeficienţi*		t	*p*
	b	**SE**		
Abuz emoţional (AE)	-.12	.08	-1.50	.135
Gen (G)	-.19	.05	-3.80	<.001
Suport social profesori (SSprof)	.47	.03	15.67	<.001
AE X SSprof	-.33	.28	-1.17	.239
AE X G	1.29	.68	1.89	.059
Ssprof X Gen	-.22	.22	-.999	.318
AE X SSprof X G	.30	.14	2.14	.028

Notă: modelul a fost semnificativ statistic, $F(7, 313) = 17.07$, $p < .001$, $R^2 = .276$.

Tabel A2.20 Rezultate model de moderare-moderată în care suportul social de la părinţi şi genul moderează relaţia dintre expunerea la abuz fizic şi adaptarea şcolară

Efecte principale şi de interacţiune	*Coeficienţi*		t	*p*
	b	**SE**		
Abuz fizic (AF)	-.31	.08	-3.66	<.001
Gen (G)	-.20	.05	-3.61	<.001
Suport social părinţi (SSp)	.38	.11	6.21	<.001
Ssp X G	-.62	.15	2.39	<.001

Notă: modelul a fost semnificativ statistic, $F(7, 315) = 12.44$, $p < .001$, $R^2 = .21$.

Tabel A2.21 Rezultate analizei de corelaţie între suportul primit de părinţi/stresul parental şi perpetuarea abuzului (fizic, emoţional, sexual şi neglijare emoţională) asupra adolescenţilor

Correlations

		Stres parental	Suport perceput de parinte	Abuz emoţional copil	Abuz fizic copil	Abuz sexual copil	Neglijare emotionala copil
Stres parental	Pearson Correlation	1	-,662**	,451**	,391**	,108	,249**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,075	,000
	N	275	275	275	275	272	275
Suport perceput de parinte	Pearson Correlation	-,662**	1	-,298**	-,306**	-,097	-,218**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,110	,000
	N	275	275	275	275	272	275

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

Tabel A2.22 Rezultate analizei de corelaţie între suportul primit de părinţi/stresul parental şi implicarea în bullying, cyberbullying şi bătăi a adolescenţilor

Correlations

		Stres parental	Suport perceput de parinte	Bullying agresor	Bullying victimă	Bătăi	Cyber - bullying mesaj	Cyber-bullying poze
Stres parental	Pearson Correlation	1	-,662**	,158	,124*	,037	,112	,135*
	Sig. (2-tailed)		,000	,011	,041	,537	,065	,027
	N	275	275	275	272	275	272	271
Suport perceput de parinte	Pearson Correlation	-,662**	1	-,033	-,073	-,144*	-,029	-,094
	Sig. (2-tailed)	,000		,590	,229	,017	,630	,124
	N	275	275	275	272	275	272	271

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

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

Tabel A2.23 Rezultate analizei de corelaţie între suportul primit de părinţi/stresul parental şi problemele de sanatate mintală raportate de către adolescenţi

Correlations

Variabile		Stres parental	Suport perceput de parinte
Stres parental	Pearson Correlation	1	-,662**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	275	275
Suport perceput de parinte	Pearson Correlation	-,662**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	275	275
SDQ -Probleme emotionale	Pearson Correlation	,169**	-,231**
	Sig. (2-tailed)	,005	,000
	N	273	273
SDQ - Probleme de comportament	Pearson Correlation	,234**	-,266**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	273	273
SDQ-Probleme de hiperactivitate	Pearson Correlation	,230**	-,245**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	273	273
SDQ-Probleme cu covarstnicii	Pearson Correlation	,213**	-,221**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	273	273
ASEBA – anxietate/depresie	Pearson Correlation	,210**	-,238**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	275	275

ASEBA – depresie/insingurare	Pearson Correlation	,224**	-,274**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	275	275
ASEBA – acuze somatice	Pearson Correlation	,179**	-,149*
	Sig. (2-tailed)	,003	,013
	N	275	275
ASEBA – probleme sociale	Pearson Correlation	,252**	-,246**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000
	N	275	275

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

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

Tabel A2.24 Rezultate analizei de corelaţie între suportul primit de părinţi/stresul parental şi motivaţia academică scăzută, dificultăţi de concentrare/atenţie şi adaptare şcolară în rândul adolescenţilor

Correlations

		Stres parental	Suport perceput de parinte	Motivatie academica scazuta	Dificultati de concentrare/ atentie	Adaptare scolara
Stres parental	Pearson Correlation	1	-,662**	,177**	,301**	-,177**
	Sig. (2-tailed)		,000	,003	,000	,004
	N	275	275	273	274	269
Suport perceput de parinte	Pearson Correlation	-,662**	1	-,144*	-,259**	,076
	Sig. (2-tailed)	,000		,017	,000	,215
	N	275	275	273	274	269

Tabel A2.25 Statistici descriptive pentru variabilele măsurate cu chestionarul CARIS - R

Variabile	Tip cadru didactic	N	Mean	Std. Deviation
Atitudine crestere copil	gimnaziu	164	5,341	2,26588
	liceu	265	5,524	2,86706
	gimnaziu si liceu	104	5,211	2,12554
	consilier scolar	123	4,609	1,26513
	Total	656	5,257	2,38937
Atitudine pedepsire abuzatori	gimnaziu	164	24,664	4,82869
	liceu	265	24,577	5,02519
	gimnaziu si liceu	104	23,634	5,47023
	consilier scolar	123	23,325	5,17639
	Total	656	24,214	5,09733
Atitudine realizare raport	gimnaziu	164	10,737	3,54613

	liceu	265	11,524	3,43119
	gimnaziu si liceu	104	10,346	3,54107
	consilier scolar	123	9,682	3,38830
	Total	656	10,795	3,53059
Atitudine responsabilitate raport	gimnaziu	164	22,432	3,02572
	liceu	265	21,883	3,18696
	gimnaziu si liceu	104	22,269	2,70645
	consilier scolar	123	21,601	2,90771
	Total	656	22,029	3,03175
Control comportamental persoana	gimnaziu	164	12,847	3,63958
	liceu	265	12,377	3,64851
	gimnaziu si liceu	104	12,576	3,82047
	consilier scolar	123	13,748	3,55194
	Total	656	12,783	3,68186
Control comportamental cadru didactic	gimnaziu	164	10,6159	2,95861
	liceu	265	10,2377	3,05134
	gimnaziu si liceu	104	9,8365	2,93658
	consilier scolar	123	8,9187	2,80980
	Total	656	10,0213	3,01642
Cunostinte	gimnaziu	164	4,4878	2,45071
	liceu	265	4,8113	2,69157
	gimnaziu si liceu	104	4,3269	2,51382
	consilier scolar	123	6,4146	2,75481
	Total	656	4,9543	2,71063
Coping centrat elev	gimnaziu	164	-,0953632	1,10191379
	liceu	265	-,0266976	1,01738223
	gimnaziu si liceu	104	,0479877	,81002347
	consilier scolar	123	,0919619	1,17139555
	Total	656	-,0097750	1,04044798
Coping informational	gimnaziu	164	-,1880620	,88815119
	liceu	265	,2172164	1,06170364
	gimnaziu si liceu	104	,1277870	,89562616
	consilier scolar	123	,3287114	1,12905548
	Total	656	,1226243	1,02468156
Coping personal	gimnaziu	164	-,2218446	1,09396271
	liceu	265	,1221403	,96340179
	gimnaziu si liceu	104	-,0189332	,98949283
	consilier scolar	123	,4024121	,90700803
	Total	656	,0663297	1,01169223
Coping emotional extern	gimnaziu	164	-,1451048	1,06558375
	liceu	265	-,0680335	1,07299049
	gimnaziu si liceu	104	,0640552	1,05515555
	consilier scolar	123	,2585155	,95131419

Total	656	-,0051325	1,05383437	

Tabel A2.26 Rezultate analiza ANOVA unifactorială, diferenţe semnificative între cadrele didactice la variabilele măsurate cu CARIS-R

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Atitudine crestere copil	Between Groups	71,879	3	23,960	4,259	,005
	Within Groups	3667,583	652	5,625		
	Total	3739,462	655			
Atitudine pedepsire abuzatori	Between Groups	200,367	3	66,789	2,589	,052
	Within Groups	16818,326	652	25,795		
	Total	17018,694	655			
Atitudine realizare raport	Between Groups	314,639	3	104,880	8,711	,000
	Within Groups	7849,989	652	12,040		
	Total	8164,628	655			
Atitudine responsabilitate raport	Between Groups	60,873	3	20,291	2,220	,085
	Within Groups	5959,577	652	9,140		
	Total	6020,450	655			
Control comportamental persoana	Between Groups	163,237	3	54,412	4,070	,007
	Within Groups	8716,025	652	13,368		
	Total	8879,262	655			
Control comportamental cadru didactic	Between Groups	223,472	3	74,491	8,467	,000
	Within Groups	5736,230	652	8,798		
	Total	5959,701	655			
Cunostinte	Between Groups	344,348	3	114,783	16,749	,000
	Within Groups	4468,280	652	6,853		
	Total	4812,628	655			
Coping centrat elev	Between Groups	2,897	3	,966	,892	,445
	Within Groups	706,161	652	1,083		
	Total	709,058	655			
Coping informational	Between Groups	23,428	3	7,809	7,665	,000
	Within Groups	664,304	652	1,019		
	Total	687,732	655			
Coping personal	Between Groups	29,094	3	9,698	9,860	,000
	Within Groups	641,313	652	,984		
	Total	670,406	655			
Coping emotional extern	Between Groups	13,309	3	4,436	4,051	,007
	Within Groups	714,112	652	1,095		
	Total	727,421	655			

Tabel A2.27 Rezultatele semnificative ale comparaţiilor multiple între cadrele didactice, în funcţie de nivelul la care activează şi variabilele măsurate cu CARIS-R

Multiple Comparisons

Scheffe

Dependent Variable	(I) tip_prof	(J) tip_prof	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Atitudine crestere copil	liceu	consilier scolar	,91477	,25877	,006	,1895	1,6400
Atitudine realizare raport	liceu	gimnaziu si liceu	1,17837	,40150	,036	,0531	2,3037
		consilier scolar	1,84160	,37857	,000	,7805	2,9027
Control comportamental persoana	liceu	consilier scolar	-1,37061	,39891	,008	-2,4887	-,2525
Control comportamental cadru didactic	consilier scolar	gimnaziu	-1,69715	,35380	,000	-2,6888	-,7055
		liceu	-1,31904	,32362	,001	-2,2261	-,4120
Cunostinte scala	consilier scolar	gimnaziu	1,92683	,31226	,000	1,0516	2,8020
		gimnaziu si liceu	2,08771	,34873	,000	1,1103	3,0651
		liceu	1,60331	,28562	,000	,8028	2,4038
Coping informational	gimnaziu	consilier scolar	-,51677340	,12039986	,000	-,854230	-,179316
		liceu	-,40527845	,10028669	,001	-,686362	-,124194
Coping personal	gimnaziu	consilier scolar	-,62425668	,11829804	,000	-,955822	-,292690
		liceu	-,34398488	,09853599	,007	-,620161	-,067808
	consilier scolar	gimnaziu si liceu	,42134534	,13211581	,018	,0510509	,7916398
Coping emotional extern	consilier scolar	gimnaziu	,40362033	,12483198	,016	,0537410	,7534996
		liceu	,32654900	,11418256	,043	,0065179	,6465801

Tabel A2.28 Modele de regresie multiplă ierahică, în care predictorii sunt subscalele de la CARIS-R şi criteriu este intenţia de a raporta abuzul şi neglijarea

Model 1

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,217[a]	,047	,043	14,51126	,047	10,789	3	652	,000

a. Predictors: (Constant), Cunostinte, Participare la programe de formare, Raportare abuz

Coefficients[a]

Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.

		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	56,359	1,200		46,949	,000
	Participare program de formare	5,091	1,465	,138	3,476	,001
	Raportare abuz	2,474	1,259	,079	1,966	,047
	Cunostinte	,537	,215	,098	2,499	,013

a. Dependent Variable: Intentia de a raporta

Model 2

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,217[a]	,047	,043	14,51126	,047	10,789	3	652	,000
2	,468[b]	,219	,211	13,17854	,172	35,635	4	648	,000

a. Predictors: (Constant), Cunostinte, Participare la programe de formare, Raportare abuz

b. Predictors: (Constant), Cunostinte, Participare la programe de formare, Atitudine realizare raportare, Atitudinea pedpsire abuzatori, Atitudine crestere copii, Atitudine responsabilitate profesionala

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	56,359	1,200		46,949	,000
	Participare programe de formare	5,091	1,465	,138	3,476	,001
	Raportare abuz	2,474	1,259	,079	1,966	,050
	Cunostinte	,537	,215	,098	2,499	,013
2	(Constant)	26,293	4,865		5,404	,000
	Participare programe de formare	4,222	1,336	,114	3,161	,002
	Raportare abuz	1,220	1,151	,039	1,060	,289
	Cunostinte	,252	,197	,046	1,279	,201
	Atitudine crestere copii	-,664	,225	-,107	-2,951	,003
	Atitudine pedepsire abuzator	,142	,110	,049	1,293	,196
	Atitudine realizare raportare	-,442	,153	-,105	-2,891	,004
	Atitudine responsabilitate profesionala	1,675	,183	,342	9,158	,000

a. Dependent Variable: Intentia de a raport

Model 3

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,217[a]	,047	,043	14,51126	,047	10,789	3	652	,000
2	,468[b]	,219	,211	13,17854	,172	35,635	4	648	,000
3	,530[c]	,281	,271	12,66245	,062	27,949	2	646	,000

a. Predictors: (Constant), Cunostinte, Participare la programe de formare, Raportare abuz

b. Predictors: (Constant), Cunostinte, Participare la programe de formare, Atitudine realizare raportare, Atitudinea pedpsire abuzatori, Atitudine crestere copii, Atitudine responsabilitate profesionala

c. Predictors: (Constant), Cunostinte, Participare la programe de formare, Atitudine realizare raportare, Atitudinea pedpsire abuzatori, Atitudine crestere copii, Atitudine responsabilitate profesionala, Norme subiective directe, Norme subiective indirecte

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
3	(Constant)	17,588	4,823		3,646	,000
	Programe de formare	3,347	1,293	,091	2,589	,010
	Raportare abuz	,839	1,108	,027	,758	,449
	Cunostinte	,206	,190	,038	1,085	,278
	Atitudine crestere copil	-,456	,218	-,074	-2,092	,037
	Atitudine pedepsire abuzatori	,041	,107	,014	,387	,699
	Atitudine realizare raport	-,383	,147	-,091	-2,601	,010
	Atitudinea responsabilitate raport	1,268	,184	,259	6,887	,000
	Norme subiective directe	2,948	,916	,193	3,217	,001
	Norme subiective indirecte	1,578	,970	,097	1,628	,104

a. Dependent Variable: Intentia de a raporta

Model 4

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	,217[a]	,047	,043	14,51126	,047	10,789	3	652	,000
2	,468[b]	,219	,211	13,17854	,172	35,635	4	648	,000
3	,530[c]	,281	,271	12,66245	,062	27,949	2	646	,000
4	,589[d]	,347	,336	12,08445	,066	32,637	2	644	,000

a. Predictors: (Constant), Cunostinte, Participare la programe de formare, Raportare abuz

b. Predictors: (Constant), Cunostinte, Participare la programe de formare, Atitudine realizare raportare, Atitudinea pedpsire abuzatori, Atitudine crestere copii, Atitudine responsabilitate profesionala

c. Predictors: (Constant), Cunostinte, Participare la programe de formare, Atitudine realizare raportare, Atitudinea pedpsire abuzatori, Atitudine crestere copii, Atitudine responsabilitate profesionala, Norme subiective directe, Norme subiective indirecte

d. Predictors: (Constant), Cunostinte, Participare la programe de formare, Atitudine realizare raportare, Atitudinea pedpsire abuzatori, Atitudine crestere copii, Atitudine responsabilitate profesionala, Norme subiective directe, Norme subiective indirecte, Control comportamental cadru, Control comportamental personal

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	56,359	1,200		46,949	,000
	Programe de formare	5,091	1,465	,138	3,476	,001
	Raportare abuz	2,474	1,259	,079	1,966	,050
	Cunostinte	,537	,215	,098	2,499	,013
2	(Constant)	26,293	4,865		5,404	,000
	Programe de formare	4,222	1,336	,114	3,161	,002
	Raportare abuz	1,220	1,151	,039	1,060	,289
	Cunostinte	,252	,197	,046	1,279	,201
	Atitudine crestere copil	-,664	,225	-,107	-2,951	,003
	Atitudine pedepsire abuzatori	,142	,110	,049	1,293	,196
	Atitudine realizare raport	-,442	,153	-,105	-2,891	,004
	Atitudinea responsabilitate raport	1,675	,183	,342	9,158	,000
3	(Constant)	17,588	4,823		3,646	,000
	Programe de formare	3,347	1,293	,091	2,589	,010
	Raportare abuz	,839	1,108	,027	,758	,449
	Cunostinte	,206	,190	,038	1,085	,278
	Atitudine crestere copil	-,456	,218	-,074	-2,092	,037
	Atitudine pedepsire abuzatori	,041	,107	,014	,387	,699
	Atitudine realizare raport	-,383	,147	-,091	-2,601	,010
	Atitudinea responsabilitate raport	1,268	,184	,259	6,887	,000
	Norme subiective directe	2,948	,916	,193	3,217	,001
	Norme subiective indirecte	1,578	,970	,097	1,628	,104
4	(Constant)	17,999	5,282		3,407	,001
	Programe de formare	1,357	1,260	,037	1,077	,282
	Raportare abuz	-,419	1,072	-,013	-,391	,696
	Cunostinte	,015	,183	,003	,081	,936
	Atitudine crestere copil	-,473	,209	-,076	-2,268	,024
	Atitudine pedepsire abuzatori	,081	,102	,028	,793	,428
	Atitudine realizare raport	-,154	,147	-,037	-1,044	,297

Atitudinea responsabilitate prof	,994	,179	,203	5,554	,000
Norme subiective directe	1,709	,888	,112	1,924	,055
Norme subiective indirecte	1,293	,927	,079	1,395	,164
Control comportamental persoana	1,107	,161	,275	6,860	,000
Control comportamental cadru	-,374	,188	-,076	-1,988	,047

a. Dependent Variable: Sever plus less severe

Anexa 3. Programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională - adolescenţi

Şedinţa 2 – *Psihoeducaţie şi tehnici de relaxare*

Scop: învăţarea despre reacţiile comune ale expunerii la evenimente traumatice (abuz şi neglijare), învăţarea şi exersarea unor strategii de relaxare.

Obiective:

- Reducerea stigmatizării privind simptomele emoţionale, comportamentale şi sociale asociate cu expunerea la evenimente traumatice;
- Identificarea modului în care reacţiile comune la evenimentele traumatice pot afecta activităţile zilnice;
- Folosirea Termometrului emoţiilor şi a unor strategii de relaxare.

Materiale: Fişe de lucru (2, 2.1)***,*** *Jurnalul meu* – caiet/online.

Temă: exersare RMP; realizarea a minim 2 activităţi plăcute; notarea în *Jurnalul meu* a evenimentelor semnificative.

1. Reactualizare informaţii şi evaluarea progresului

Scop: consolidarea relaţiei de consiliere, reactualizarea informaţiilor şi evaluarea evoluţiei adolescentului.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: dialogul reflexiv, reevaluare cognitivă, evaluarea informală a progresului.

Descrierea activităţii: consilierul reactualizează informatiile prezentate în *Şedinţa 1* privind rolul consilierului, confidenţialitate, modelul ABC şi a obiectivelor propuse (notate de către elev pe Fişa 1/temă). Adolescentul este invitat să discute despre evenimentele care au avut loc de la ultima şedinţă (ex. „cum te-ai simţit în ultima săptămână?", „ai dori să îmi povesteşti ce s-a mai întâmplat în viaţa ta?", „doreşti să discutăm despre ceva specific înainte de a face ce ne-am propus astăzi?", „a fost ceva care te-a supărat şi ai dori să îmi spui şi mie?"). Sunt prezentate obiectivele pentru *Şedinţa 2,* accentuând importanţa acestora pentru dezvoltarea personală.

Efecte obţinute: consolidarea sentimentului de siguranţă şi facilitarea tranziţiei către activităţile din Şedinţa 2.

2. Reacţii comune la expunerea la evenimente traumatice

Scop: normalizarea reacţiilor emoţionale şi comportamentale asociate cu experienţele de abuz şi neglijare, precum şi creşterea nivelului de conştientizare a simptomatologiei personale.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: psihoeducaţia, autoevaluare ghidată, scalarea intensităţii simptomelor.

Descrierea activităţii: consilierul prezintă *Fişa de lucru 2*, în care sunt detaliate cele mai comune reacţii survenite în urma expunerii la evenimente traumatice (abuz, neglijare, dezastre naturale,

accidente, moartea cuiva drag, violenţă în familie etc.). Adolescentul trebuie să le bifeze pe cele care i se potrivesc în acest moment şi apoi se discută despre situaţii din trecut, în care a experimentat anumite simptome. Pentru fiecare reacţie se cotează intensitatea pe o scală de 0 la 10, se discută despre frecvenţă (cât de des apare pe parcursul unei săptămâni) şi despre măsura în care afectează realizarea activităţilor de peste zi (ex: un somn neliniştit noaptea poate afecta capacitatea de concentrare, performanţa la un test).

Efecte obţinute: reducerea sentimentului de izolare (ex. „nu sunt singura persoană care trăieşte astfel de reacţii"), creşterea gradului de conştientizare a simptomelor şi facilitarea dezvăluirii experienţelor personale.

3. Termometrul emoţiilor

Scop: dezvoltarea abilităţii de identificare şi evaluare a intensităţii propriilor emoţii.

Durata: 10 minute.

Tehnici utilizate: auto-monitorizarea emoţiilor, scalarea emoţiilor, reflecţia ghidată.

Descrierea activităţii: consilierul prezintă *Termometrul emoţiilor* din *Fişa de lucru 2.1*. Adolescentul descrie situaţii recente şi identifică emoţiile trăite, precum şi intensitatea acestora utilizând scala propusă.

Efecte obţinute: creşterea gradului de alfabetizare emoţională şi dezvoltarea capacităţii de autoreglare, prin monitorizarea intensităţii emoţiilor resimţite în contexte sociale.

4. Metode de relaxare şi activare comportamentală

Scop: dezvoltarea strategiilor adaptative de gestionare a stresului şi reducerea reactivităţii fiziologice la evenimente stresante.

Durata: 15 minute.

Tehnici utilizate: relaxare musculară progresivă (RMP), activarea comportamentală, scriere expresivă.

Descrierea activităţii: consilierul prezintă rolul folosirii strategiilor de relaxare în viaţa de zi cu zi (ex: „strategiile de relaxare ne ajută să ne găsim calmul în situaţii stresante pentru noi, iar exersarea acestora poate duce la o reacţie automată a organismului, de relaxare, în momentele dificile"). Se prezintă fiecarea modalitate de relaxare.

a) relaxarea musculară progresivă (RMP) - presupune tensionarea și apoi relaxarea, pe rând, a câte unei grupe musculare. Fiecare grupă musculară este tensionată timp de 5 secunde, apoi detensionată instantaneu. Se face câte o pauză de 10 secunde între grupe diferite de muschi. Instrucţiunile pot fi preluate din The Relaxation and Stress Reduction Workbook, scrisă de Davis şi McKay (2019). Se exersează succint relaxarea a 3-4 grupe de muşchi.

b) planificarea activităţilor plăcute – adolescentul numeşte şi notează minim 5 activităţi plăcute. Apoi, acesta alege zilele şi orele când le va realiza (notarea în *Jurnalul meu* dacă acestea au fost realizate sau nu; notarea duratei activităţilor şi a motivelor pentru care nu s-au putut realiza). Exemple de activităţi pot fi: plimbarea căţelului, citit, desenat, vizionarea unui film, participarea la anumite cursuri, ieşit în oraş cu prietenii şi altele. Este necesar să se discute cu adolescentul despre durata activităţilor plăcute şi modalitatea în care acestea pot schimba programul unei zile (ex: „unii elevi au tendinţa de a petrece mai mult timp în activităţi plăcute şi de a amâna sarcinile neplăcute, fapt care poate fi o sursă de stres atunci când termenele pentru activităţile şcolare nu sunt respectate").

c) scrierea expresivă – Jurnalul meu. Scrierea expresivă prespune notarea în *Jurnalul meu* a evenimentelor semnificative pentru adolescent, cu includerea a cât mai multe detalii, precum şi a comportamentelor, emoţiilor, gândurilor pe care le-au avut ei şi pe care cred că le-au avut ceilalţi. Pot fi atât evenimente pozitive, cât şi evenimente negative.

Observaţie: *Jurnalul meu* presupune un caiet fizic sau online, în care adolescentul notează aspecte din viaţa proprie şi descrie cum a realizat obiectivele stabilite împreună cu consilierul. Conţinutul jurnalului poate fi accesat doar de către adolescent, consilierul poate cere doar informaţii despre îndeplinirea temelor. Jurnalul are rol de „confident", iar adolescentul ar trebui motivat să scrie acolo tot ceea ce simte pentru a se detensiona emoţional.

Efecte obţinute: reducerea activării fiziologice, creşterea controlului comportamental perceput şi stimularea implicării în activităţi cu rol de relaxare şi reglare emoţională.

5. *Feedback şi stabilirea temei pentru acasă*

Scop: evaluarea gradului de înţelegere a tehnicilor învăţate şi consolidarea transferului în viaţa cotidiană.

Durata: 5 minute.

Tehnici utilizate: feedback-ul formativ, verificarea comprehensiunii informaţiilor prezentate.

Descrierea activităţii: adolescentul este invitat să aplice Termometrul emoţiilor pe o situaţie dată, să explice ce presupune RMP şi să detalieze planificarea unei activităţi plăcute. Se stabilesc sarcinile pentru acasă: exersare RMP; realizarea a minim 2 activităţi plăcute (notarea zilelor şi duratei acestora); notarea în *Jurnalul meu* a evenimentelor semnificative.

Efecte obţinute: consolidarea învăţării, creşterea angajamentului faţă de programul de consiliere psihoeducaţională şi facilitarea transferului abilităţilor dobândite.

Şedinţa 3 – *Emoţii, Gânduri, Comportamente*

Scop: creşterea conştientizării legăturii dintre gânduri, emoţii şi comportamente, în scopul gestionării mai eficiente a propriilor emoţii.

Obiective:

- Identificarea gândurilor şi emoţiilor asociate cu experienţa de CAN;
- Invăţarea legăturii dintre gând-emoţie- comportament;
- Identificarea şi exemplificarea distorsiunilor cognitive;
- Învăţarea unor tehnici eficiente de gestionare a furiei.

Materiale: Fişe de lucru (3, 3.1), foi albe, markere colorate, *Jurnalul meu*.

Temă: punerea în practică a abilităţilor învăţate; completarea în *Jurnalul meu* despre furie şi modalităţi de gestionare.

1. Reactualizare şi evaluare progres

Scop: consolidarea continuităţii intervenţiei, evaluarea aplicării tehinicilor învăţate şi identificarea barierelor întâmpinate.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: dialog reflexiv, evaluare formativă, analiza barierelor, restructurarea orientată pe soluţii.

Descrierea activităţii: se reviziuiesc conceptele din *Şedinţa 2* (reacţiile comune ale expunerii la CAN/traumă, *Termometrul emoţiilor*, metodele de relaxare şi aplicabilitatea practică). Se discută liber despre: 1) temă (măsura în care a fost realizată şi efectele resimţite); 2) barierele care au apărut în realizarea temei şi se caută soluţii concrete pentru contracararea acestora. Se prezintă obiectivele pentru *Şedinţa 3*, accentuând modul în care se intersectează cu obiectivele personale, precum şi utilitatea acestora.

Efectele obţinute: creşterea nivelului de responsabilitate personală, consolidarea motivaţiei pentru schimbare şi a relaţiei de consiliere.

2. Identificarea gândurilor şi emoţiilor asociate cu experienţele de CAN, dar şi cu alte situaţii din viaţa personală/şcolară

Scop: conştientizarea relaţiei dintre gânduri, emoţii şi comportamente în contextul experienţei de CAN.

Durata: 20 minute

Tehnici utilizate: psihoeducaţia cognitiv-comportamentală, analiza ABC, auto-reflecţie ghidată.

Descrierea activităţii: consilierul explică legătura dintre emoţiile puternice şi gândurile disfuncţionale (negative, care nu sunt de ajutor) asociate cu experienţele de abuz şi neglijare, conform cu modelul ABC. De exemplu: „Uneori când ni se întâmplă lucruri urâte, care nu ne

plac şi pe care nu le putem controla, putem ajunge să credem lucruri negative despre noi. Experienţa de abuz şi neglijare nu este vina copilului, ci este modul în care un adult alege să se comporte la un moment dat. Dar când aceasta apare poate să afecteze modul în care un copil gândeşte, simte şi se comportăm în viaţa de zi cu zi. Emoţiile negative puternice (ex. ruşine, frică, furie) declanşează gânduri negative, ce pot apărea automat în mintea noastră. De exemplu, atunci când simţim într-o situaţie – ruşine puternică, am putea să gândim despre noi că „nu sunt bun de nimic", „nu mă pricep la nimic", „sunt un eşec total". Ne ajută această gândire? Putem spune pe baza unui singur eveniment că nu suntem buni de nimic? Nu ne ajută! Dar ne face să ne simţim rău, singuri şi trişti. Un alt exemplu de gând care nu ne ajută este etichetarea negativă – sunt slab/sunt prost/ nu mă descurc deloc -, deoarece ne evaluăm global ca persoană, fără să luăm în considerare trăsăturile noastre bune şi abilităţile. În situaţia de abuz şi neglijare pot apărea mai multe astfel de gânduri, care ne fac rău şi nu ne ajută în viaţă/activitatea şcolară."

Exerciţiu de auto-reflexie, psihoeducaţie – se foloseşte *Fişa de lucru 3* pentru a aborda distorsiunile cognitive în cadrul şedinţei de consiliere (conţinutul teoretic, în care sunt prezentate pe larg distorsiunile cognitive, preluat din *Tehnici de terapie cognitivă,* Manualul clinicianului, ediţia a doua, de Robert L. Leahy, care nu poate fi redat deoarece s-ar încălca drepurile de autor). Adolescentului îi sunt prezentate şi explicate principalele distorsiuni cognitive, ce pot apărea ca urmare a expunerii la un eveniment traumatic (negativ, conflictual), precum: cititul gândurilor, prezicerea viitorului, gândirea catastrofică, etichetarea, desconsiderarea aspectelor pozitive, suprageneralizarea, gândirea dihotomică, blamarea, „trebuie să...", filtru negativ, orientarea spre regret, „dar dacă?". Scopul prezentării este de a familiariza adolescentul cu distorsiunile cognitive, dar şi de a schimba modul în care analizează evenimentele din viaţa de zi cu zi, prin prisma gândurilor pe care le pot avea. Apoi, cu ajutorul *Fişei de lucru 3* sunt discutate şi analizate situaţii concrete din viaţa elevului, cu scopul de a înţelege modul în care gândurile pot influenţa emoţiile şi comportamentele.

Efectele obţinute: consolidarea flexibilităţii cognitiv, diminuarea interpretărilor rigide şi dezvoltarea abilităţii de restructurare a gândurilor disfuncţionale.

3. Gestionarea furiei: înţelegere şi intervenţie

*Scop:*dezvoltarea abilităţilor de management al furiei prin identificarea mecanismelor cognitive şi a comportamentelor implicate.

Durata: 15 minute.

Tehnici utilizate: psihoeducaţia, auto-monitorizarea, respiraţia controlată, restructurarea cognitivă, RMP (reactualizare).

Descrierea activităţii. Se foloseşte psihoeducaţia pentru a prezenta ce este furia. De exemplu: „Furia este o emoţie normală, pe care cu toţii o simţim la un moment dat. Această emoţie este o reacţie biologică a organismului, de apărare faţă de ceea ce noi considerăm periculos. Furia poate fi sănătoasă (atunci când reacţiile pe care le avem nu ne rănesc pe noi şi pe ceilalţi) şi nesănătoasă/disfuncţională (atunci când duce la reacţii violente, izolare, distrugere). Adesea, furia ascunde alte emoţii precum frica, ruşinea, tristeţea sau umilinţa (exemplu vizual în *Fişa de lucru 3.1*-iceberg-ul furiei). De exemplu, atunci când un profesor te jigneşte pentru că nu ai ştiut să rezolvi un exerciţiu, în spatele furiei se poate ascunde ruşinea. De asemenea, furia nu este mereu la fel, ea poate avea o intensitate diferită în funcţie de factorul care o declanşează (*Fişa de lucru 2.1* – termometrul furiei). De exemplu, sunt iritat/ă când o colegă îmi adresează un cuvânt urât, dar pot simţi că explodez atunci când sunt certat/ă pe nedrept. Furia poate fi gestionată şi controlată, astfel încât să nu ne facem rău nouă şi celorlalţi."

Exerciţiu: tehnici de management a furiei – prezentarea şi exersarea acestora

Cu ajutorul părţii a doua din *Fişa de lucru 3.1*, auto-monitorizarea furiei, adolescentul poate exersa managementul furiei. Acest lucru presupune ca adolescentul să dea exemplu de o situaţie declanşatoare, să identifice pe o scară de la 1 la 10 cât de intensă a fost furia, să identifice gândul automat (folosindu-se şi de lista distorsiunilor cognitive), să descrie reacţiile comportamentale şi să analizeze cum ar fi putut proceda diferit. Scopul final este ca adolescentul să conştientizeze legătura dintre emoţie (furia) – gând automat – comportament – consecinţe. Acest lucru se realizează cu următorii paşi şi se exersează cu minim 3 situaţii declanşatoare (din trecut sau ipotetice):

1. Adolescentul dă exemplu de o situaţie, apoi i se prezintă prima tehnică – respiraţia, care ajută la calmarea ritmului cardiac:

- Respiraţia 4-7-8: inspiri 4 secunde – ţii aerul în piept 7 secunde – expiri 8 secunde. Respiraţia 3-3-3 – poate fi prezentată cu ajutorul filmuleţului cu Ozzy, bufniţa mindfulness (preluat: https://childeqguide.org/educatori/ghid/107-m3-activitatea-1)

2. În pasul următor se descriu şi se analizează gândurile automate care au apărut în acea situaţie (ex. „nu mă place nimeni", „nu sunt bună de nimic", „trebuie să fac asta", „nu pot suporta să mi se întâmple aşa ceva", „nu voi reuşi niciodată"), iar apoi se prezintă următoarele tehnici (restructurare cognitivă şi relaxare musculară progresivă).

- Restructurarea cognitivă – înlocuirea gândului declanşator al furiei cu un gând opus, cu ajutorul întrebărilor: „Ce altă explicaţie ar putea exista pentru ce s-a întâmplat?", „Faptul că ai gândit aşa te-a făcut să te simţi bine sau rău?", „Dacă ai gândi că a fost doar o

rătăcire de moment şi nu însemnă că nu eşti bun/ă la nimic, cum te-ai simţi?".

- Relaxare musculară progresivă – reactualizarea şi exersarea parţială a RMP din Şedinţa 2.

3. Se descriu şi se analizează comportamentele şi consecinţele acestora. Scopul este ca adolescentul să conştientizeze că o emoţie puternică şi modul în care gândim poate influenţa comportamentele pe care le adoptăm în situaţiile tensionate. Se face o listă cu comportamentele pe care este predispus adolescentul să le adopte atunci când simte furie, în funcţie de intensitatea acesteia (ex. lovesc, înjur, ţip, urlu, vorbesc urât, mă închid în cameră, nu mai vorbesc cu cel/cea care m-a enervat, chiulesc de la şcoală, nu mai învăţ la materia respectivă, vorbesc urât despre adversarul meu etc.).

Efectele obţinute: creşterea capacităţii de autoreglare emoţională, diminuarea impusivităţii şi dezvoltarea unor pârghii comportamentale adaptative pentru managementul furiei.

5. Feedback şi consolidarea „trusei anti-furie"

Scop: evaluarea gradului de înţelegere a informaţiilor şi tehnicilor prezentate în această şedinţă, precum şi consolidarea strategiilor personale de gestionare a furiei.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: feedaback-ul formativ, plan personal de gestionare a furiei.

Descrierea activităţii: consilierul evaluează prin întrebări gradul de înţelegere a tehnicilor învăţate şi disponibilitatea adolescentului de a le aplica în practică, atunci când simte furie. Se realizează împreună cu adolescentul „trusa anti-furie", prin numirea lucrurilor pe care le poate face în situaţiile care generează furie: retragerea din situaţie pentru câteva minute, respiraţia şi relaxarea musculară, schimbarea perspectivei prin schimbarea gândului, ascultarea unei melodii liniştitoare, realizarea unei activităţi cu rol de calmare (ex. desenat), vorbitul cu o persoană de încredere sau angajarea în activităţi sportive.

Se prezintă tema pentru acasă care constă în auto-monitorizarea furiei, aplicarea în practică a tehnicilor învăţate completarea în *Jurnalul meu* a informaţiilor despre furie şi modalităţi de gestionare eficientă a acesteia.

Efecte obţinute: consolidarea autoeficacităţii, creşterea disponibilităţii pentru aplicarea tehnicilor învăţate în situaţii reale şi internalizarea mecanismelor de autoreglare a furiei.

Şedinţa 4 – Provocarea gândurilor disfuncţionale

Scop: învăţarea şi exersarea unor tehnici de schimbare a gândurilor negative (sau disfuncţionale), cu scopul de a optimiza modul de gândire şi de a modifica emoţii şi comportamente

Obiective:

- Recunoaşterea gândurilor disfuncţionale în situaţii sociale;
- Învăţarea şi exersarea unor tehnici de înlocuire a gândurilor negative (disfuncţionale) cu unele alternative (funcţionale, realiste) – provocarea gândurilor, schimbarea comportamentală,
- Modificarea etichetării negative despre sine şi ceilalţi.

Materiale: Fişa de lucru 4,
Jurnalul meu.

Tema: exersarea tehnicilor învăţate în această şedinţă prin 3 exerciţii.

1. Reactualizare informaţiilor şi evaluarea progresului

Scop: consolidarea cunoştinţelor dobândite în şedinţele anterioare şi evaluarea aplicării acestora în situaţii reale.

Durata: 10 minute.

Tehnici utilizate: dialogul reflexiv, evaluarea formativă, analiza barierelor, restructurarea orientată pe soluţii.

Descrierea activităţii: consilierul reactualizează succint informaţiile prezentate în *Şedinţa 3* privind: legătura dintre gânduri şi emoţii; metode de gestionare a furiei (respiraţia, relaxarea musculară, restructurare cognitivă). Se discută liber despre: 1) temă (ex: „Poţi să îmi spui ce a fost util pentru tine din ceea ce ai învăţat până acum?"; „Ai avut vreun moment în care te-ai simţit supărat/trist/stresat? Ce gânduri ai avut atunci?": „Spune-mi motivele pentru care nu ai reuşit să îţi faci tema"); 2) barierele care au apărut în realizarea temei, dificultăţile întâmpinate şi posibile soluţii concrete pentru contracararea acestora; 3) evenimentele petrecute de la ultima şedinţă şi măsura în care tenhicile învăţate au putut fi aplicate în situaţiile povestite. Se prezintă obiectivele pentru *Şedinţa 4* şi utilitatea lor în atingerea obiectivelor personale ale adolescentului.

Efecte obţinute: creşterea responsabilităţii personale, consolidarea motivaţiei pentru schimbare şi întărirea relaţiei de consiliere.

2. Ce sunt gândurile disfuncţionale?

Scop: înţelegerea conceptului de „gând disfuncţional" şi a impactului acestuia asupra emoţiilor şi comportamentelor.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: psihoeducaţia cognitiv-comportamentală, exemplificarea, discuţia ghidată.

Descrierea activităţii: consilierul explică ce sunt gândurile disfuncţionale (de exemplu: „Uneori, gândurile pe care le avem ne pot face să ne simţim rău/trişti/ruşinaţi şi să reacţionăm nepotrivit în situaţiile sociale, după cum am discutat şi în şedinţa anterioară. Aceste gânduri sunt disfuncţionale şi adesea false, iar dacă trec de o anumită intensitate, după cum am văzut şi cu Termometrul emoţiilor, ne influenţează semnificativ emoţiile/comportamentele şi ne pot „strica toată ziua". În perioada adolescenţei, gândurile negative despre sine sau alţii sunt comune, deoarece corpul trece prin schimbări fizice, hormonale, emoţionale şi sociale. Putem fi mai sensibili în anumite situaţii, în unele zile sau putem reacţiona total diferit, neaşteptat. De aceea, astăzi, vom vorbi despre gândurile pe care le ai când te simţi trist(ă)/supărat(ă)/furios(ă) şi le vom analiza împreună. Scopul este de a le identifica şi de a încerca să le schimbăm, astfel încât situaţiile prin care treci să fie evaluate corespunzător.") Se oferă exemple frecvent întâlnite în adolescenţă (ex: „dacă am greşit, sunt prost"; „nimeni nu mă place"; „dacă nu reuşesc acum, nu voi reuşi niciodată") şi se discută modul în care aceste gânduri influenţează emoţiile (ruşine, tristeţe, furie) şi comportamentele (evitare, izolare, reacţii impulsive).

Efecte obţinute: creşterea nivelului de conştientizare a relaţiei gânduri-emoţii-comportamente şi pregătirea pentru intervenţia practică de restructurare cognitivă.

3. Tehnica „Provocarea gândurilor"- exerciţiu aplicativ

Scop: dezvoltarea abilităţii de analiză şi modificare a gândurilor disfuncţionale prin restructurare cognitivă.

Durata: 15 minute

Tehnici utilizate: auto-reflecţie ghidată, restructurare cognitivă, analiza cost-beneficiu, identificarea dovezilor pro şi contra.

Descrierea activităţii: consilierul utilizează *Fişa de lucru 4* şi lucrează pe minimum două situaţii concrete oferite de către adolescent.

Paşi:

1. Identificarea gândului negativ (ex: „Nu pot să învăţ niciodată" – evaluare globală; „Dacă iau o notă mică sunt prost" – gândire al/negru; „Am greşit un exerciţiu şi sigur voi lua o notă mică"-catastrofare; „Dacă prietenii mei nu îmi răspund la mesaje, înseamnă că nu mă plac"-citirea gândurilor şi personalizare; „Nimic nu merge cum vreau, viaţa mea e un dezastru" – catastrofare).
2. Evaluarea gândului (adevărat/fals; costuri/beneficii pe termen lung/scurt)

De exemplu pentru gândul - „sunt un prost pentru că am luat nota 6 la test", putem face

următoarea evaluare:

a. Adevărat – Fals:
   i. Este acest gând 100% adevărat? Faptul că am luat nota 6 denotă că sunt prost? (răspuns: „nu, faptul că am luat o notă mică nu spune despre mine că sunt prost; am luat si note mari în trecut; poate nu am învăţat suficient pentru acest test").
   ii. Există dovezi care susţin acest gând? (răspuns: „da, am luat nota 6; nu am fost pregătit pentru test în acea zi").
   iii. Există dovezi care contrazic acest gând? (răspuns: „da, am luat nota 9 în trecut la alt test de la această materie; dacă am greşit acum, nu înseamnă că voi greşi mereu; colegii spun că a fost un test greu şi pentru ei").

b. Beneficii şi costuri: (se referă la efectele emoţionale, comportamentale şi sociale ale unui anumit gând, pe care le resimte o persoană într-o situaţie dată):
   i. Care sunt beneficiile menţinerii acestui gând? Ce câştig eu dacă menţin acest gând? (răspuns: „mă motivează să fac mai bine la următorul test" – această motivaţie este de obicei de scurtă durată; evitarea asumării responsabilităţii - elevul pune totul pe seama faptului că este prost şi evită să facă ceva pentru a schimba situaţia; validarea unei stări emoţionale – complacerea în tristeţe şi evitarea unor acţiuni concrete; iluzia controlului – critica aspră dă senzaţia de control asupra situaţiei). Atenţie, unele gândurile negative pot avea beneficii, de aceea sunt foarte greu de schimbat.
   ii. Care sunt costurile menţinerii acestui gând? Ce pierd eu prin faptul că menţin acest gând despre mine? (răspuns: scăderea stimei de sine - perceperea într-o lumină nefavorabilă, cu trăsături negative, conduce la scăderea încrederii în sine; creşterea anxietăţii şi a nivelului de stres; blocarea motivaţiei şi evitarea realizării unor acţiuni care ar schimba percepţia actuală; sentimente de ruşine, vinovăţie furie etc.)

3. <u>Înlocuirea gândului disfuncţional cu un gând alternativ realist</u>, precum: „Am luat o notă mică la acest test, dar asta nu înseamnă că eu sunt un copil prost. Pot să învăţ mai bine pentru următoarele teste şi să-mi îmbunătăţesc performanţa!".

4. Schimbarea gândurilor negative prin schimbarea comportamentului şi evaluarea etichetării negative

Scop: conştientizarea relaţiei bidirecţionale dintre gânduri şi comportamente, precum şi reducerea etichetării negative globale.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: psihoeducaţia, analiza comportamentală, experimentul comportamental,

restructurare cognitivă.

Descrierea activităţii:

Partea a I –a*:* consilierul explică adolescentului că gândurile noastre negative prezintă, uneori, un anumit grad de adevăr. Atunci când acest lucru se întâmplă, o strategie utilă este să schimbi comportamentul pentru a îmbunătăţi situaţia în care te găseşti. Se analizează un gând de tipul: „nimeni nu este prieten cu mine."

a. Cum îmi menţin acest gând? (răspuns: „mă izolez sau stau singur în pauze, nu iniţiez conversaţii cu ceilalţi, evit contactul vizual şi social")
b. Ce comportamente alternative aş putea să adopt pentru a-mi schimba gândul? (răspuns: se numesc 2-3 comportamente şi momentele în care acestea pot fi realizate)

Partea a II –a Evaluarea etichetelor negative despre noi şi ceilalţi

Consilierul prezintă ce înseamnă o etichetă negativă (de exemplu: „Adesea folosim termeni generali când facem referire la noi sau la ceilalţi. De exemplu, când am o perioadă proastă, în care pare că toate lucrurile nu mi se indeplinesc, pot considera despre mine că sunt ghinionist/ă, nu sunt bun de nimic, sunt ratat/ă sau îmi pot atribui alte trăsături negative. Acest comportament se numeşte etichetare şi ne face să ne simţim descurajaţi, ceea ce duce la ignorarea trăsăturilor şi comportamentelor noastre pozitive. Punem etichete negative şi celor din jurul nostru, ceea ce poate duce la comportamente negative faţă de aceştia precum respingerea, denigrarea sau victimizarea. Folosirea frecventă a etichetării negative este un comportament care nu ne ajută, ci doar ne accentuează starea de tristeţe/furie/ruşine."). Se foloseşte apoi exerciţiul 3 din *Fişa de lucru 4*.

Fişa de lucru 4 – exerciţiul 3 arată o modalitate de evaluare şi modificare a etichetării negative. Scopul este ca adolescentul să înţeleagă că nu este corect să punem pe seama unei etichete, întrega noastră valoare ca persoană sau valoarea celorlalţi. Paşi în realizarea exerciţiului:

- Dă exemplu de o etichetă negativă: ex. sunt prost
- Câtă încredere ai în această etichetă negativă? (în procente) – ex.50%
- Care sunt acele comportamente negative relevante care confirmă această etichetă? – ex. am luat o notă mică la matematică; nu am reuşit să termin un puzzle; nu am reuşit să trec la un alt nivel la un joc pe calculator etc.
- Care sunt acele comportamente pozitive relevante care infirmă această etichetă? – ex. la testul de la istorie am luat o notă mare; am reuşit să finalizez o sarcină dată de mama; profesorul X mi-a spus că am... etc.

- Concluzie: această etichetă este relevantă pentru mine? Mă caracterizează în totalitate?

Efectele obţinute: reducerea evaluării globale negative, creşterea stimei de sine şi dezvoltarea unor comportamente alternative adaptative.

5. Feedback şi consolidare

Scop: evaluarea nivelului de înţelegere a informaţiilor prezentate şi consolidarea disponibilităţii de aplicare a tehnicilor în viaţa reală.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: feedback formativ, exerciţiu rapid de restructurare, reflecţie ghidată.

Descrierea activităţii: consilierul dă exemplu de câteva gânduri negative disfuncţionale şi cere adolescentului să formuleze gânduri alternative realiste (ex: „nimeni nu este prieten cu mine" cu „ar trebui să încerc să vorbesc cu cineva" sau „vecinul meu vorbeşte cu mine, poate că suntem totuşi prieteni").

Se explică tema pentru acasă:

Exerciţiu 1: Alege un gând negativ (frecvent) şi aplică tehnicile de modificare ale gândurilor învăţate în această şedinţă. Scrie cum te-ai simţit înainte şi după modificarea gândului.

Exerciţiu 2: Fă o listă cu 3 gânduri alternative pozitive ce pot fi folosite în situaţiile dificile.

Exerciţiu 3: Notează în jurnalul tău momentele în care ai recurs la schimbarea unui gând disfuncţional cu un gând alternativ - realist.

Efectele obţinute: consolidarea autoeficacităţii, creşterea disponibilităţii pentru schimbare şi internalizarea mecanismelor de restructurare cognitivă.

Şedinţa 5 – Strategii de coping şi management al stresului

Scop: dezvoltarea şi exersarea unor strategii de coping pentru reducerea nivelului de stres, diminuarea comportamentelor de evitarea şi creearea unui plan personalizat de autoreglare emoţională.

Obiective:

- Identificarea situaţiilor care generează stres şi a reacţiilor asociate (gânduri, emoţii, comportamente);
- Învăţarea şi exersarea unor strategii de coping eficiente în reducerea stresului şi a comportamentelor evitative;
- Elaborarea unui plan de coping personalizat, adaptat situaţiilor specifice ale adolescentului.

Materiale: *Fişa de lucru 5, Jurnalul meu*, makere/creioane, tablă magnetică.

Tema: aplicarea unei strategii de coping de fiecare dată când apare un nivel de stres ridicat (cel puţin o dată pe zi) şi notarea în *Jurnalul meu*: situaţia – intensitate – tehnica folosită – efectul.

1. Reactualizare informaţii şi evaluare progres

Scop: consolidarea continuităţii intervenţiei şi evaluarea aplicării în practică a tehnicilor învăţate anterior (relaxare, restructurare cognitivă).

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: dialogul reflexiv, evaluarea formativă, întrebări deschise, întărire pozitivă.

Descrierea activităţii: consilierul adresează întrebări precum: „cum te-ai simţit săptămâna aceasta? ai aplicat tehnicile de relaxare sau disputare a gândurilor? ce a mers bine? ce ai vrea să îmbunătăţeşti?". Se discută liber despre: 1) temă (măsura în care a fost realizată şi efectele resimţite; 2) barierele care au apărut în realizarea temei şi se caută soluţii pentru contracararea acestora; 3) evenimentele petrecute de la ultima şedinţă şi măsura în care tehnicile învăţate au putut fi aplicate în situaţiile povestite.

Efecte obţinute: creşterea responsabilităţii personale, consolidarea motivaţiei şi activarea resurselor personale (tehnicile învăţate în şedinţele anterioare).

2. Identificarea situaţiilor care provoacă stres (distres) şi reacţiile asociate

Scop: conştientizarea factorilor declanşatori ai stresului şi înţelegerea tiparului gând-emoţie-comportament (inclusiv comportamentul de evitarea).

Durata: 10 minute.

Tehnici utilizate: auto-monitorizarea, analiza cognitiv-comportamentală, discuţie ghidată.

Descrierea activităţii: consilierul oferă spre completare *Fişa de lucru 5*, în care adolescentul trebuie să dea exemple de situaţii care îi generează un nivel ridicat de stres şi să analizeze reacţiile care apar. Pe parcursul completării fişei se analizează fiecare situaţie.

Efectele obţinute: creşterea nivelului de claritate asupra factorilor declanşatori şi a mecanismelor stresului, pregătirea pentru exersarea strategiilor de coping.

3. „Termometrul Stresului"

Scop: dezvoltarea abilităţilor de evaluare a intensităţii stresului şi identificarea pragului la care trebuie aplicată o strategie de coping.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: Scalare (0–10), psihoeducație, auto-reflecție ghidată.

Descrierea activităţii: consilierul cere adolescentului să deseneze pe o foaie un termometru, cu scala 0-10. Apoi, adolescentul va trebui să marcheze pe termometru intensitatea stresului resimţit în situaţiile pe care le-a dat exemplu (un exemplu de „*Termometrul stresului"* este prezentat la sfârşitul *Fişei de lucru 5*). Se stabileşte un nivel al pragului de rezistenţă, de la care adolescentul trebuie să aplice o tehnică de coping.

Efectele obţinute: creşterea autoreglării personale prin recunoaşterea timpurie a unui nivel de stres ridicat şi aplicarea unor tehnici de coping menite să reducă intensitatea acestuia.

4. Exersarea strategiilor de coping

Scop: învăţarea şi exersarea unor strategii de coping adaptate intensităţii stresului şi caracteristicilor specifice ale situaţiei.

Durata: 20 minute

Tehnici utilizate: respiraţia controlată, relaxarea musculară progresivă (RMP), restructurarea cognitivă, mindfulness scurt, coping prin acţiune, coping prin suport social.

Descrierea activităţii (structurată pe mini-exerciţii):

4.1 Respiraţia abdominală (4 minute): consilierul oferă instrucţiunile pentru respiraţia abdominală (inspir 4 secunde – expir 6 secunde; 2-3 cicluri); după exersare, adolescentul este întrebat cum se simte faţă de începutul exerciţiului (scalare de la 1 la 10).

4.2 Relaxarea musculară progresivă - RMP (4 minute): exersarea pe 2-3 grupe de muşchi (mâini, umeri, maxilar).

4.3 Restructurarea cognitivă pe un exemplu (7 minute): se alege un gând (de ex: „o să greşesc", „nu voi reuşi", „toţi mă judecă"). Consilierul adresează 3 întrebări: „Ce dovezi am? Ce altă explicaţie poate exista? Ce gând alternativ pot folosi?". Se formulează o alternativă realistă la gândul ales (de ex: „pot să mă pregătesc şi să fac pas cu pas").

4.4 Alte strategii de coping. Consilierul prezintă următoarele strategii de coping:

- mindfulness 5-4-3-2-1: 5 lucruri văd, 4 simt, 3 aud, 2 miros, 1 gust.
- distragerea activă: se face o listă cu 3 activităţi care au rolul de a calm (muzica, desen, joc scurt, filme etc.).
- coping prin mişcare: 10 genoflexiuni/flotări, plimbare, joacă cu animalul de companie.
- auto-compasiunea: o frază de încurajare („e greu acum, dar voi reuşi să trec peste")
- suport social: exemple de persoane cu care adolescentul ar putea să vorbească timp de 10 minute cu scopul de a se calma şi a reduce nivelul de stres.

Efecte obţinute: creşterea repertoriului strategiilor de coping, reducerea reactivităţii fiziologice, scăderea nivelului de stres şi creşterea sentimentului de control.

5. Crearea unui Plan Personalizat de Coping

Scop: transferul strategiilor învăţate în situaţii concrete şi crearea unei rutine clare de intervenţie în cazul unui nivel ridicat al de stresului.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: planificarea ghidată, rezolvarea de probleme, formularea de intenţii („

dacă...atunci...")

Descrierea activităţii: consilierul cere adolescentului să noteze pe *Fişa de lucru 5* (exerciţiul 2) cele mai frecvente cinci situaţii, intensitatea resimţită (pe Termometrul Stresului), strategia de coping aleasă, modalitatea de aplicare concretă (ex: „dacă nivelul stresului este peste 6, atunci voi face respiraţia 4-6 timp de 3 minute").

Efecte obţinute: creşterea autoeficacităţii, claritate şi structură în gestionarea stresului, reducerea evitării situaţiilor cu un nivel de stres ridicat.

6. Feedback şi consolidare

Scop: consolidarea învăţării şi evaluarea gradului de înţelegere al strategiilor învăţate.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: feedback formativ, întărirea pozitivă, contractul comportamental.

Descrierea activităţii: consilierul discută cu adolescentul despre utilitatea şi aplicabilitatea practică a strategiilor de coping învăţate. Tema pentru acasă constă în aplicarea unei strategii de coping ori de câte ori îi creşte nivelul de stres într-o zi şi înregistrarea în *Jurnalul meu* a cel puţin 4 momente în care a folosit ceea ce a învăţat în şedinţa de consiliere.

Efecte obţinute: consolidarea motivaţiei, creşterea aderenţei la practică şi internalizarea strategiilor de coping învăţate.

Şedinţa 6 – Sens şi semnificaţie în viaţa mea

Scop: sprijinirea adolescentului în procesul de organizare şi reinterpretare a experienţelor de viaţă şi adunarea acestora într-o poveste personală coerentă, echilibrată şi orientată spre resurse, creşterea stimei de sine şi a capacităţii de autoreglare.

Obiective:

- Reflecţia asupra experienţelor trecute şi construirea unei poveşti personale cu sens;
- Recunoaşterea resurselor interne (curaj, rezilienţă, empatie, perseverenţă);
- Integrarea tehnicilor cognitiv-comportamentale în reinterpretarea evenimentelor;
- Îmbunătăţirea stimei de sine prin abordarea unei perspective realiste şi blânde cu sine.

Materiale: *Fişele de lucru 6 şi 6.1*, hârtii A4 sau foaie de flipchart, foarfecă, lipici, imagini pentru colaj, markere colorate şi tablă magnetică.

Tema: scrie 8-12 rânduri despre un moment dificil (altul decât cel discutat astăzi) folosind structura - ce s-a întâmplat pe scurt, ce am simţit (1-10), ce gânduri am avut, ce resursă am folosit (dintre cele învăţate sau altele), ce lecţie am învăţat din acea situaţie.

1. Reactualizarea informaţiilor şi introducerea temei şedinţei

Scop: consolidarea continuităţii intervenţiei şi evaluarea aplicării în practică a tehnicilor învăţate

anterior (relaxare, restructurare cognitivă, strategii de coping).

Durata: 5 minute.

Tehnici utilizate: evaluarea formativă, dialogul, întrebări deschise, explicaţia.

Descrierea activităţii: se începe cu evaluarea temei şi a gradului în care acesta a fost realizată pe modelul şedinţelor anterioare. Apoi, consilierul reia pe scurt tehnicile exersate în şedinţele anterioare şi explică utilitatea acestora pentru creşterea stării de bine (identificarea emoţiilor şi cotarea intensităţii acestora cu Termometrul emoţiilor; identificarea şi disputarea gândurilor disfuncţionale, strategiile de coping precum respiraţia, RMP, implicarea în activităţi plăcute). Se introduc tema şi obiectivele şedinţei actuale.

Efecte obţinute: creşterea sentimentului de control, reducerea defensivităţii, pregătirea pentru a aborda evenimentele semnificative din viaţă personală care au avut un efect negativ asupra dezvoltării.

2. „Mă întâlnesc cu trecutul meu" – identificarea evenimentelor semnificative

Scop: identificarea evenimentelor semnificative din viaţa personală (negative şi pozitive) şi conştientizarea reacţiilor emoţionale şi a gândurilor asociate cu acestea.

Durata: 15 minute

Tehnici utilizate: istoric personal, auto-monitorizare, scalarea intensitaăţii cu termometrul stresului, analiza cognitiv-comportamentală, ghidajul prin întrebări.

Descrierea activităţii: adolescentul completează *Fişa de lucru 6*, în care va nota 4-6 momente semnificative din viaţa personală (inclusiv 1-2 momente dificile – experienţa de CAN, fără prea multe detalii care ar putea genera emoţii negative puternice). Pentru fiecare eveniment, adolescentul va nota: emoţia resimţită (intensitatea acesteia pe scala 0-10, folosind *Termometrul stresului*), gândurile disfuncţionale asociate şi comportamentele realizate. Întrebările ghidate ce pot fi folosite de către consilier sunt: „ce ai simţit atunci? Ce ţi-ai spus în mintea ta? Ce ai făcut în acea situaţie? Ce te-a ajutat să mergi mai departe?". Fiecarea eveniment se plasează pe axa timpului pentru a avea o ordine cronologică a acestora.

Efectele obţinute: creşterea conştientizării legăturii dintre gânduri – emoţii – comportamente, organizarea memoriei autobiografice într-un mod clar, cu sens şi semnificaţie.

3. Reinterpretarea unei situaţii cu accent pe resursele personale

Scop: transformarea perspectivei asupra unui eveniment dificil prin identificarea resurselor interne şi prin disputarea gândurilor difuncţionale.

Durata: 15 minute.

Tehnici utilizate: restructurare cognitivă, disputarea gândurilor, reevaluare cognitivă, auto-

compasiune, dialogul socratic.

Descrierea activităţii: adolescentul alege un eveniment din istoricul personal (de preferat este să fie un eveniment care poate fi uşor de gestionat emoţional) şi lucrează împreună cu consilierul pe următorii paşi: 1) alegerea unui gând disfuncţional; 2) disputarea scurtă a acestuia prin dialogul socratic (este 100% adevărat? Ce dovezi contrazic acest gând? Ce aş putea să spun unui prieten care trece printr-o astfel de situaţie?); 3) investigarea resurselor interne, cum ar fi: curajul, reziliența (situaţii din trecut în care a demonstrat că poate face faţă), perseverența (măsura în care este determinat(ă) să facă faţă situaţiei prin accesarea resurselor disponibile – interne sau externe), empatia etc. Un exemplu de resurse personale ce pot fi explorate sunt prezentate aici: https://www.canva.com/design/DAG1MWlC43c/mp-E2qYkaOYGrdW0LbBtxw/edit; 4) formularea unui gând alternativ realist şi blând (de exemplu: „Ce s-a întâmplat a fost greu şi nedrept, dar nu spune totul despre mine. Am supravieţuit şi pot învăţa să mă protejez"); 5) lecţia şi semnificaţia evenimentului prin care am trecut (ex de întrebări: „ce am învăţat despre mine? ce vreau să fie diferit de acum înainte?"). pentru această activitate se pot folosi foi albe sau o tablă magnetică şi markere colorate.

Efectele obţinute: reducerea autoînvinovăţirii şi a etichetării globale, creşterea încrederii în sine, dezvoltarea unei perspective cu sens şi semnificaţie asupra evenimentelor trecute.

4. Exerciţiul „Colajul poveşti mele"

Scop: vizualizarea unei poveşti personale echilibrate (în care sunt integrate dificultăţile din istoricul personal, resursele şi direcţiile de viitor) pentru consolidarea identităţii personale şi întărirea speranţei în viitor.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: expresiv creative (colaj), simbolizarea, externalizarea, reflecţia ghidată.

Descrierea activităţii: se folosesc 3 foi A4 sau o foaie de flipchart pentru 3 secţiuni: trecut (ce a fost greu), prezent (ce m-a ajutat, ce resurse am) şi viitor (încotro mă îndrept, ce doresc să construiesc). Adolescentul poate desena, lipi imagini sugestive sau scrie fraze de încurajare/cuvinte cheie (în *Fişa de lucru 6.1* se găsesc resurse pentru aceast activitate). Consilierul foloseşte întrebări de reflecţie precum: „Ce spune colajul tău despre tine? Ce parte arată puterea ta, resursele? Cum poţi atrage mai multe resurse?". După realizarea colajului, adolescentul subliniază/evidenţiază resursele personale care l-au ajutat să facă faţă evenimentelor din trecut, dar care pot fi folosite şi acum.

Efecte obţinute: creşterea coerenţei poveştii personale, conştientizarea resurselor de care dispune adolescentul, întărirea sentimentului de identitate pozitivă.

5. Feedback şi consolidare

Scop: consolidarea învăţării şi continuarea construirii poveştii personale între şedinţe.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: feedback formativ, sumarizarea, ancorarea în resursele personale.

Descrierea activităţii: consilierul adresează întrebări scurte adolescentului: „Ce iei cu tine din şedinţa de astăzi? Ce ai descoperit despre tine? Care sunt paşii următori?". Apoi se prezintă tema pentru acasă, subliniind importanţa acesteai pentru consolidarea învăţării.

Efecte obţinute: consolidarea autoeficacităţii şi transferarea abilităţilor învăţate în viaţa personală.

Şedinţa 7 – Rezolvarea de probleme şi luarea deciziilor

Scop*:* dezvoltarea abilităţilor de rezolvare de probleme şi luare a deciziilor prin integrarea autocunoaşterii şi a resurselor personale.

Obiective:

- Identificarea şi valorificarea punctelor tari şi a ariilor de dezvoltare;
- Învăţarea şi aplicarea practică a unui model structurat de rezolvare de probleme;
- Integrarea tehnicilor cognitiv-comportamentale în procesul decizional;

Materiale: Fişe de lucru 7 şi 7.1, *Jurnalul meu,* post-it

Tema: în *Jurnalul meu* descrie o situaţie la care doreşti să găseşti o rezolvare. Aplică modelul învăţat astăzi şi notează resursa personală pe care ai folosit-o.

1. Reactualizarea informaţiilor şi introducerea temei

Scop: consolidarea cunoştinţelor dobândite în şedinţele anterioare şi introducerea relaţiei dintre autocunoaştere şi luarea deciziilor.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: dialogul reflexiv, activarea resurselor personale, nromalizarea.

Descrierea activităţii: se discută tema pentru acasă după modelul şedinţelor anterioare. Apoi, consilierul reactualizează succint informaţiile prezentate în *Şedinţa 6*. Ulterior, adolescentul este întrebat: „ce ai descoperit despre tine în şedinţa trecută? Cum crezi că te-ar ajuta să ştii care sunt resursele tale?". Se face legătura dintre ceea ce ştim despre noi (autocunoaşterea) şi abilitatea de a lua decizii bune (de exemplu: „pentru a lua decizii bune, trebuie să ştim cine suntem, ce ne ajută să ne atingem obiectivele şi ce ne blochează"), apoi se prezintă obiectivul şedinţei de astăzi.

Efecte obţinute: activarea sentimentului de competenţă şi pregătirea pentru activităţile de autocunoaştere.

2. Activitate de autocunoaştere

Scop: identificarea punctelor tari (resurse) şi consolidarea imaginii de sine.

Durata: 15 minute

Tehnici utilizate: auto-reflecţie, reevaluarea cognitivă.

Descrierea activităţii: adolescentul completează *Fişa de lucru 7*. La exerciţiul 2 se reevaluează cognitiv fiecare dintre aspectele pe care adolescentul doreşte să le îmbunătăţească, după modelul dat („transformă un punct slab într-o oportunitate de dezvoltare). pentru fiecare punct pe care doreşte să îl îmbunătăţească se discută despre modalităţi practice prin care acest lucru poate fi realizat.

Efectele obţinute: creşterea încrederii în sine, diminuarea etichetării negative, orientarea spre dezvoltare personală prin creşterea resurselor personale.

3. Rezolvarea de probleme şi luarea deciziilor – aplicaţie ghidată

Scop: învăţarea şi exersarea unui model structurat ce poate fi utilizat în rezolvarea de probleme şi luarea deciziilor.

Durata: 20 minute

Tehnici utilizate: modelul PAS (problemă-alternativă-selecţie), restructurarea cognitivă, analiza cost-beneficiu, planificarea.

Descrierea activităţii. Adolescentul alege o situaţia la care doreşte să găsească o soluţie şi o scrie pe *Fişa de lucru 7.1.* Apoi, consilierul prezintă adolescentului modelul în 4 paşi, iar la fiecare pas se particularizează întrebările pentru situaţia aleasă şi se completează pe fişă:

1. Definirea problemei: Care este problema concretă? Este o situaţie specifică? Este în controlul meu?
2. Generarea alternativelor (soluţiilor): se dau exemple de modalităţi în care problema ar putea fi rezolvată. Se alege o calitate menţionată în *Fişa de lucru 7*, care ar putea fi o resursă în rezolvarea problemei actuale.
3. Evaluarea opţiunilor prin analiza cost-beneficiu: Ce câştig? Ce risc? Cât de realist este? Se foloseşte restructurarea cognitivă: în loc de „nu voi reuşi” putem înlocui cu „pot încerca pas cu pas”.
4. Alegerea celei mai bune soluţii şi planificarea aplicării acesteia pas cu pas: Ce voi face? Când voi face? Cum voi şti că funcţionează?

Efectele obţinute: creşterea sentimentului de control, reducerea impulsivităţii în rezolvarea problemelor şi dezvoltarea gândirii raţionale.

4. Fedback şi consolidare

Scop: consolidarea abilităţilor învăţate în această şedinţă.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: reflecţie ghidată, afirmaţiile pozitive despre sine.

Descrierea activităţii: adolescentul este întrebat ce a învăţat astăzi despre el: „Ce ai învăţat astăzi despre tine?". Apoi consilierul aplică o tehnică de auto-compasiune şi îi cere adolescentului să emită câteva fraze pozitive despre sine, pe care şi le poate spune în momentele dificile (de exemplu: sunt capabil/ă să îmi rezolv problemele şi să iau decizii bune pentru mine). Toate frazele sunt notate pe foiţe post-it şi sunt luate de adolescent. La final se prezintă tema pentru acasă şi se clarifică modalitatea de realizare a acesteia.

Efecte obţinute: consolidarea autoeficacităţii şi integrarea autocunoaşterii în rezolvarea de probleme şi luarea deciziilor.

Şedinţa 8 – Comunicarea asertivă şi exprimarea sănătoasă a emoţiilor

Scop: dezvoltarea abilităţilor de comunicare asertivă pentru exprimarea clară şi respectuoasă a gândurilor, emoţiilor şi nevoilor, în vederea reducerii situaţiilor conflictuale.

Obiective:

- Înţelegerea diferenţei dintre comunicarea pasivă, agresivă şi asertivă;
- Învăţarea unor tehnici de exprimare clară şi cu respect faţă de ceilalţi;
- Exersarea comunicării asertive în situaţii reale din viaţa personală;
- Creşterea încrederii în sine prin autocontrolul emoţiilor şi exprimarea clară a nevoilor.

Materiale: Fişe de lucru 8 şi 8.1**,** *Jurnalul meu*

Tema: în săptămâna care urmează identifică trei situaţii de comunicare în care foloseşti comunicarea asertivă şi notează-le în *Jurnalul meu*. Trebuie să descrii situaţia, ce ai spus şi cum te-ai simţit.

1. Reactualizare informaţii şi introducerea temei

Scop: consolidarea cunoştinţelor dobândite în şedinţele anterioare şi clarificarea modulului în care tipul de comunicare afectează relaţiile cu ceilalţi şi încrederea în propria persoană.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: dialogul reflexiv, psihoeducaţia, exemplificarea.

Descrierea activităţii: consilierul reactualizează succint informaţiile prezentate în *Şedinţa 7* şi verifică gradul în care a fost realizată tema. Apoi, consilierul deschide dialogul prin următoarele întrebări: „Ce se întâmplă atunci când nu spunem ce simţim? Cum reacţionezi atunci când cineva nu te respectă şi are comportamente nepotrivite?". Întrebările sunt premisa pentru introducerea conceptului de comunicare asertivă ca echilibru între pasivitate (situaţia în care nu spun ce simt, nu mă implic, mă comport ca şi cum nu mi-ar păsa) şi agresivitate (reacţie exagerată şi violentă

în situaţii de stres ridicat, care poate conduce la rănirea celorlalţi).

Efecte obţinute: creşterea conştientizării impactului pe care modalitatea în care comunicăm afectează relaţiile şi pregătirea pentru învăţarea unor tehnici noi de comunicare.

2. Stiluri de comunicare – înţelegere şi diferenţiere

*Scop:*identificarea propriului stil dominant de comunicare şi diferenţierea între stilurile de comunicare pasiv, agresiv şi asertiv.

Durata: 15 minute

Tehnici utilizate: psihoeducaţia, analiza comparativă, exemple practice.

Descrierea activităţii: consilierul prezintă cele trei stiluri de comunicare: pasiv = evit exprimarea propriilor sentimente, dorinţe şi îmi ignor nevoile; agresiv = îmi exprim nevoile într-un mod care îi răneşte pe ceilalţi şi nu iau în considerare sentimentele acestora; asertiv = îmi exprim emoţiile şi nevoile într-un mod clar, fără a încălca drepturile celorlalţi. Se oferă un exemplu de situaţie (o persoană apropiată îţi cere un lucru la care ţii foarte mult, cum ai reacţiona?) şi se trece prin toate tipurile de comunicare (ex: pasiv: îi spun să îl ia, nu mă interesează; agresiv – ţip la el şi îi spun să nu îl atingă; asertiv – îi explic frumos că este un lucru la care ţin foarte mult şi prefer să nu il împrumut). Apoi se exersează trei tipuri de situaţii pe care adolescentul le dă exemplu, pentru a consolida diferenţierea între cele trei stiluri de comunicare. La final, adolescentul completează întrebările din *Fişa de lucru 8*, care reprezintă un mini-chestionar prin care se evaluează stilul de comunicare dominant.

Efecte obţinute: creşterea conştientizării propriului stil de comunicare şi deschiderea spre schimbarea sau rafinarea acestuia.

3. Tehnici de comunicare asertivă – învăţarea structurată

Scop: învăţarea şi exersarea comunicării asertive.

Durata: 15 minute:

Tehnici utilizate: psihoeducaţia, modelarea comportamentală, restructurarea cognitivă.

Descrierea activităţii: se lucrează pe *Fişa de lucru 8.1*, în care sunt prezentate cele patru tehnici de bază în comunicarea asertivă. Acelor adolescenţi care au un stil de comunicare asertiv, li se explică că această activitate are rolul de a îmbunătăţi stilul de comunicare.

Efecte obţinute: creşterea încrederii în sine, reducerea evitării situaţiilor conflictuale sau inconfortabile, dezvoltarea abilităţilor de comunicare asertivă în situaţii tensionate.

4. Feedback, recapitulare şi auto-compasiune:

Scop: consolidarea progresului şi integrarea comunicării asertive în viaţa personală.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: reflecţia ghidată, afirmaţii pozitive, tehnica de auto-compasiune.

Descrierea activităţii: consilierul adresează întrebări menite să evalueaze emoţiile resimţite de adolescent după exersarea tehnicilor de comunicare asertivă şi utilitatea acestora: „Cum te simţi după ce ai exersat tehnicile de comunicarea asertivă? Ce tehnică ţi se pare cea mai utilă? Crezi că ai putea să foloseşti ceea ce ai învăţat în comunicarea cu ceilalţi?". Se formulează un mesaj de auto-compasiune, pe care adolescentul şi-l poate repeta pentru a motiva schimbarea stilului de comunicare: „este normal să mai fac greşeli, dar comunicarea este o abilitate pe care o pot dezvolta prin exerciţiu susţinut". Se prezintă tema pentru acasă.

Efecte obţinute: creşterea autoeficacităţii, reducerea autocriticii şi consolidarea comunicării asertive.

Şedinţa 9 – Consolidarea şi exersarea tehnicilor învăţate

Scop: consolidarea abilităţilor dobândite în şedinţele anterioare (relaxare, restructurare cognitivă, strategii de coping, rezolvarea de probleme, comunicarea asertivă) şi dezvoltarea capacităţii adolescentului de a le folosi independent în situaţii din viaţa personală.

Obiective:

- Consolidarea folosirii tehnicilor cognitiv-comportamentale în situaţii de viaţă concrete;
- Integrarea strategiilor de gestionare a stresului în situaţiile conflictuale;
- Evaluarea progresului personal în urma şedinţelor de consiliere;
- Creşterea autonomiei în aplicarea tehnicilor învăţate.

Materiale: fişele de lucru anterioare, *Jurnalul meu*, tablă magnetică, markere colorate.

Tema: notează în *Jurnalul meu* 3 situaţii în care aplici o tehnică învăţată, evaluează eficienţa acesteai (0-10) şi notează ce ai putea îmbunătăţi pe viitor.

1. Reactualizarea informaţiilor şi evaluarea progresului

Scop: activarea cunoştinţelor dobândite şi creşterea conştientizării progresului realizat până în prezent.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: dialogul reflexiv, recapitularea ghidată.

Descrierea activităţii: consilierul cere adolescentului să enumere

tehnicile învăţate anterior (RPM, disputarea gândurilor disfuncţionale, strategii de coping, rezolvarea de probleme şi luarea deciziilor). Apoi, adolescentul este încurajat să reflecteze asupra modului în care se simte atunci când foloseşte tehnicile învăţate şi să dea exemple de situaţii în care i-au fost utile.

Efecte obţinute: consolidarea memoriei procedurale şi creşterea încrederii în progresul realizat până acum.

2. Exerciţiu de relaxare

Scop: creşterea capacităţii de autoreglare emoţională.

*Durata:*10 minute

Tehnici utilizate: RPM, ghidajul verbal, dialogul.

Descrierea activităţii: se realizează un exerciţiu scurt de RPM, în care consilierul îl ghidează pe adolescent să tensioneze şi să relaxeze pe rând grupele musculare principale. După acest exerciţiu, se discută despre efectele pe care RPM le-a avut asupra corpului şi se dau exemple de situaţii în care adolescentul a folosit această tehnică şi l-a ajutat.

Efecte obţinute: reducerea tensiunii musculare şi consolidarea deprinderii de autoreglare a tensiunii musculare.

3. Disputarea gândurilor disfuncţionale

Scop: consolidarea abilităţii de restructurare cognitivă a gândurilor disfuncţionale.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: restructurarea cognitivă, analiza pe paşi.

Descrierea activităţii: adolescentul completează cu ajutorul consilierului *Fişa de lucru 9* (în care trebuie să descrie o situaţie – eveniment activator; gândurile disfuncţionale – se poate face referire şi la *Fişa de lucru 4* cu distorsiunile cognitive; consecinţe emoţionale, reacţii fizice şi comportamente dezadaptative; restructurarea gândurilor; gândul funcţional; consecinţele noi dupa restructurarea gândului dezadaptativ). Această fişă este o variantă îmbunătăţită, care include toate informaţiile pe care adolescentul le-a învăţat anterior.

Efecte obţinute: creşterea flexibilităţii cognitive şi reducerea intensităţii emoţiilor negative.

4. Rezolvarea de probleme şi luarea deciziilor

Scop: aplicarea structurată a modelului de rezolvarea de probleme în viaţa personală.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: brainstorming, planificare, analiza critică.

Descrierea activităţii: adolescentul selectează o problemă reală la care doreşte să găsească o soluţie (ex: conflict cu un coleg, dificultăţi la o materie, stresul şcolar). Apoi, se parcurg paşii din *Fişa de lucru 7.1* (descrierea situaţiei, 3 opţiuni pentru rezolvarea situaţiei, analiza fiecărei opţiuni, decizia de a alege una dintre opţiuni, planul de aplicare în practică a opţiunii alese). Se notează paşii concreţi de rezolvare a situaţiei şi barierele pe care ar putea să le întâmpine.

Efecte obţinute: creşterea sentimentului de control asupra deciziilor din viaţa personală.

5. Strategii de coping

Scop: consolidarea strategiilor de coping învăţate pentru management-ul stresului.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: planificarea comportamentală, reflecţia ghidată.

Descrierea activităţii. Adolescentul răspunde la următoarele întrebări privind metodele de coping pe care la foloseşte pentru a reduce nivelul de stres: „Ce activităţi te ajută atunci când te simţi stresat sau anxios? Cum te ajută concret aceste activităţi? Cum le integrezi în programul tău?". Dintre toate strategiile enumerate, adolescentul trebuie să aleagă una singură (ex: plimbări, desen, ascultat muzică, exerciţii fizice) şi să creeze un plan de aplicare în practică (implementarea în practică a planului se monitorizează cu *Fişa de lucru 9.1*).

Efectele obţinute: dezvoltarea responsabilităţii personale şi utilizarea conştientă a resurselor proprii în managemntul situaţiilor de stres.

6. Feedback şi consolidare

Scop: evaluare progresului şi consolidarea autonomiei personale.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: dialogul reflexiv, analiza critică, extragerea concluziilor.

Descrierea activităţii. Consilierul adresează întrebări adolescentului cu scopul de a afla care tehnică i s-a părut cea mai utilă, în ce situaţii din viitor va aplica acea tehnică şi ce a învăţat despre el pe parcursul acestei şedinţe. Toate concluziile vor fi notate de către adolescent în *Jurnalul meu*. Se oferă un feedback pozitiv şi se subliniază progresul adolescentului. La final se prezintă tema pentru acasă.

Efecte obţinute: creşterea autoeficacităţii şi consolidarea motivaţiei pentru aplicarea independentă a strategiilor învăţate.

Şedinţa 10 – Motivaţia în învăţare

Scop: dezvoltarea capacităţii adolescentului de a înţelege factorii care îi influenţează motivaţia în învăţare şi de a formula obiective educaţionale clare şi realiste.

Obiective:

- Identificarea factorilor motivaţionali intrinseci şi extrinseci;
- Exersarea abilităţilor de disputare a gândurilor disfuncţionale care diminuează nivelul motivaţiei;
- Formularea unor obiective educaţionale SMART;
- Creşterea autoeficacităţii în învăţare.

Materiale: Fişe de lucru 10 şi 10.1, markere colorate, tabla magnetică, foi A4 *Jurnalul meu.*
Tema: aplică minim două obiective SMART stabilite, monitorizează progresul în *Jurnalul meu* (notează obstacolele şi modul de gestionare al acestora).

1. Reactualizarea informaţiilor şi introducerea temei

Scop: activarea cunoştinţelor dobândite, introducerea conceptului de motivaţie şi rolul acesteaia în performanţa şcolară.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: psihoeducaţia, dialogul reflexiv.

Descrierea activităţii: se reviziuiesc împreună cu adolescentul conceptele din *Şedinţa 9* şi se evaluează măsura în care tema a fost realizată, după modelul şedinţelor anterioare. Apoi, adolescentul este invitat să răspundă la două întrebări: „Ce te motivează cel mai mult să înveţi”?, „În ce moment simţi că înveţi cu plăcere?”. Scopul acestor întrebări este de face legătura între motivaţie şi performanţa academică.

Efecte obţinute: conştientizarea rolului resurselor personale în creşterea motivaţiei.

2. Identificarea factorilor motivaţionali

Scop: identificarea factorilor care susţin sau diminuează motivaţia în învăţare.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: analiza comparativă.

Descrierea activităţii: adolescentul completează împreună cu consilierul *Fişa de lucru 10,* în care sunt prezentaţi o serie de factori motivaţionali (intrinseci şi extrinseci). Pe baza fişei se discută despre influenţa acestor factori asupra performanţei şcolare. Pe tabla magnetică sau foi A4 se desenează cu markere colorate o hartă a propriului profil motivaţional, în care trebuie să apară diferenţa între factorii intrinseci şi cei extrinseci. Se concluzionează prin evidenţierea faptului că motivaţia intrinsecă este mai stabilă pe termen lung, în timp ce motivaţia extrinsecă poate funcţiona pe moment.

Efecte obţinute: clarificarea profilului motivaţional şi identificarea resurselor interne ce pot fi folosite pentru cultivarea motivaţiei intrinseci.

3. Disputarea gândurilor disfuncţionale

Scop: disputarea gândurilor disfuncţionale care sabotează motivaţia.

Durata: 15 minute

Tehnici utilizate: restructurarea cognitivă.

Descrierea activităţii: consilierul identifică împreună cu adolescentul o serie de gânduri

disfuncţionale care pot diminua motivaţia (de exemplu: „nu sunt suficient de bun”, „oricum nu voi înţelege”, „nu are rost să încerc”), apoi folosind *Fişa de lucru 9* se analizează aceste gânduri şi se înlocuiesc cu gânduri alternative realiste şi funcţionale (de exemplu: „am reuşi în trecut, pot progresa dacă fac mai multe exerciţii”, „voi reuşi să înţeleg măcar o parte din materie dacă depun efort”).

Efectele obţinute: creşterea încredereii în capacitatea de a progresa.

4. Stabilirea obiectivelor educaţionale

Scop: dezvoltarea orientării spre planificarea eficientă a îndeplinirii obiectivelor educaţionale.

Durata: 15 minute

Tehnici utilizate: psihoeducaţia, planificarea SMART.

Descrierea activităţii: se explică modelul SMART (S-specific, M-măsurabil, A-de atins, R-relevant, T-încadrat în timp). Adolescentul formulează două obiective pe termen scurt şi un obiectiv pe termen lung. Obiectivele sunt notate în *Jurnalul meu*, împreună cu paşii pe care trebuie să îi facă pentru realizarea acestora, barierele care pot apărea şi strategii concrete de contracarare a acestora.

Efectele obţinute: creşterea sentimentului de control şi a clarităţii în realizarea obiectivelor academice.

5. Feedback şi consolidare

Scop: creşterea motivaţiei şi a autoeficacităţii.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: feedback pozitiv, reflecţie ghidată.

Descrierea activităţii. Consilierul adresează câteva întrebări de reflecţie asupra tematicii abordate în şedinţă: „Ce te poate ajuta să rămâi motivat în atingerea obiectivelor?”, „Ce vei face atunci când vor apărea obstacole?”. Se prezintă tema pentru acasă. Pentru şedinţa următoare, adolescentul trebuie să aducă o lecţie ce trebuie învăţată pentru o evaluare.

Efecte obţinute: consolidarea motivaţiei pentru schimbare şi a angajamentului personal în îndeplinirea obiectivelor propuse.

Şedinţa 11 – Dificultăţi de concentrare şi strategii de învăţare eficientă

Scop: sprijinirea adolescentului în înţelegerea dificultăţilor de învăţare proprii şi dezvoltarea unor strategii concrete de învăţare eficientă şi management al timpului.

Obiective:

- Identificarea factorilor care influenţează concentrarea în timpul învăţării;
- Dezvoltarea unor strategii de învăţare activă şi eficientă;
- Dezvoltarea abilităţilor de organizare şi gestionare a sarcinilor şcolare;
- Creşterea sentimentului de autocontrol şi autoeficacitate academică.

Materiale: Fişe de lucru 11 şi 11.1, markere colorate, *Jurnalul meu.*

Tema: aplicarea tehnicii Pomodoro într-o sesiune reală de studiu şi notarea în *Jurnalul meu* a dificultăţilor întâmpinate şi a progresului observat.

1. Reactualizarea informaţiilor şi introducerea temei

Scop: clarificarea conceptului de „capacitate de concentrare" şi înţelegerea rolului acesteia în învăţare.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: psihoeducaţia, dialogul reflexiv.

Descrierea activităţii: se reviziuiesc împreună cu adolescentul conceptele din *Şedinţa 10* şi se discută despre temă după modelul şedinţelor anterioare. Apoi, consilierul introduce termenul de capacitate de concentrare, care reprezintă capacitatea de a direcţiona atenţia asupra unei sarcini pentru o perioadă de timp, fără a fi distras(ă) de stimuli interni sau externi. Se discută despre momentele în care adolescentul reuşeşte să se concentreze cel mai bine şi care sunt acei factori care îi distrag cel mai frecvent atenţia.

Se introduc două categorii de factori ce pot afecta concentrarea:

a) externi: zgomot, telefon, reţele sociale, alte persoane etc;

b) interni: oboseală, gânduri negative, lipsa interesului etc.

Efecte obţinute: înţelegerea conceptului de concentrare şi a factorilor ce o pot afecta.

2. Identificarea dificultăţilor de concentrare

Scop: identificarea factorilor care afectează concentrarea şi încetinesc procesul de învăţare.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: auto-obervaţia, reflecţia ghidată.

Descrierea activităţii: adolescentul completează *Fişa de lucru 11*, unde bifează sau notează factorii care îi afectează capacitatea de concentrare şi încetinesc realizarea cu succes a sarcinilor şcolare. Fiecare răspuns la itemii din fişă este analizat şi adolescentului i se cere să reflecteze asupra măsurii în care rezultatele şcolare s-ar schimba, dacă capacitatea de concentrare s-ar îmbunătăţi.

Efecte obţinute: asumarea responsabilităţii pentru controlarea factorilor interni şi externi care afectează capacitatea de concentrare şi identificare ariilor de intervenţie pentru a o îmbunătăţi.

3. Strategii de învăţare eficientă

Scop: învăţarea şi exersarea unor metode active de învăţare pentru creşterea eficienţei în învăţare şi reducerea procrastinării.

Durata: 15 minute

Tehnici utilizate: modelare, aplicarea practică, învăţarea activă.

Descrierea activităţii. Consilierul prezintă patru tehnici de învăţare ce pot fi folosite pentru a o învăţarea rapidă şi de durată:

1. Repetiţia activă – formularea de întrebări şi răspunsuri pe baza textului lecturat, apoi explicarea cu voce tare a informaţiei;
2. Organizarea informaţiei – realizarea unor scheme, hărţi mentale, tabele comparative, folosirea culorilor pentru a evidenţia informaţiile relevante;
3. Fragmentarea sarcinilor – împărţirea materialului de învăţat în secţiuni mai mici;
4. Învăţarea distribuită – realizarea unor sesiuni scurte şi repetate, evitarea învăţării intensive în ultimul moment.

În *Fişa de lucru 11.1* sunt prezentate alte trei tehnici de învăţare eficientă, ce vor fi lecturate de către adolescent acasă şi discutate în şedinţa de consiliere 12.

Exerciţiu practic: adolescentul alege un subiect concret din materialul pe care trebuie să îl inveţe pentru evaluare (la finalul şedinţei anterioare i s-a spus să aducă acest material). Apoi, împarte materialul în secţiuni, realizează o minischemă a acestuia (listă cu idei principale, tabel comparativ, sublinierea ideilor principale) şi formulează 3 întrebări de verificare. Se discută despre cum s-a simţit când a aplicat această metodă şi măsura în care i se potriveşte.

Efectele obţinute: creşterea autoeficacităţii în abordarea sarcinilor de învăţare.

4. Strategii de management al timpului

Scop: învăţarea unor strategii de organizare eficientă a timpului pentru reducerea stresului şi crştere productivităţii în sarcinile de învăţare.

Durata: 15 minute

Tehnici utilizate: planificarea structurată, prioritizarea.

Descrierea activităţii. Consilierul prezintă trei strategii de planificare eficientă a timpului:

1. Tehnica Pomodoro (*Fişa de lucru 11.2*)
2. Stabilirea priorităţilor (*Fişa de lucru 1* utilizată în prima şedinţă de consiliere)
3. Planificarea zilnică realistă (*Fişa de lucru 11.3*)

Exerciţiu practic. Adolescentul creează un mini-plan pentru o zi de studiu, în care identifică trei sarcini care sunt prioritare şi stabileşte un interval Pomodoro pentru una dintre ele. Se

discută despre ce ar putea împiedica aplicarea planului de studiu şi cum s-ar putea preveni aceste distrageri.

Efecte obţinute: îmbunătăţirea abilităţii de organizare a sarcinilor şi reducerea sentimentului de suprasolicitare sau epuizare fizică/mentală.

5. Feedback şi consolidare

Scop: consolidarea învăţării şi creşterea autoeficacităţii.

Durata: 5 minute

Tehnici utilizate: feedback pozitiv, reflecţie ghidată.

Descrierea activităţii. Explorarea informaţiilor pe care adolescentul le ia cu sine din sesiunea de astăzi prin intermediul întrebărilor: „Ce strategie vei aplica prima dată dintre cele învăţate astăzi?, „Ce ai descoperit despre stilul tău de învăţare?", „Ce schimbare mică poţi face chiar de mâine?". Apoi, adolescentul va nota, în *Jurnalul meu,* 2 strategii pe care le va aplica în săptămâna următoare. La final se prezintă tema pentru acasă.

Efectele obţinute: creşterea motivaţiei pentru învăţare şi a sentimentului de control asupra parcursului academic.

Şedinţa 12 – Absolvirea programului de consiliere

Scop: evaluarea progresului realizat pe parcursul programului de consiliere şi elaborarea unui plan de continuitate, care să sprijine menţinerea şi consolidarea abilităţilor dobândite.

Obiective:

- Evaluarea progresului personal realizat pe parcursul programului de intervenţie;
- Identificarea punctelor forte şi a resurselor interne dezvoltate pe parcursul programului;
- Stabilirea unui plan de acţiune pe termen lung şi scurt;
- Consolidarea încredereii în capacitatea de gestionare a evenimentele din viaţa de zi cu zi cu ajutorul abilităţilor dobândite;
- Încheierea programului de intervenţie într-un mod pozitiv şi motivant;

Materiale: Fişe de lucru 1, 12 şi 12.1, markere colorate, Jurnalul meu.

Tema: notarea în *Jurnalul meu* a două obiective prioritare, monitorizarea aplicării strategiilor învăţate în următoarele săptămâni.

1. Recapitulare şi evaluarea progresului

Scop: conştientizarea schimbărilor realizate pe parcursul programului de intervenţie şi consolidarea sentimentului de competenţă.

Durata: 10 minute

Tehnici utilizate: autoevaluare, dialogul reflexiv.

Descrierea activităţii: Se discută liber despre temă şi se evaluează măsura în care aceasta a fost realizată. Consilierul adresează întrebări adolescentului pentru a evalua progresul pe care l-a realizat până acum: „Care sunt cele mai importante schimbări pe care le-ai observat la tine?", „Ce dificultăţi reuşeşti să gestionezi mai bine acum?", „Care sunt tehnicile pe care le-ai aplicat cel mai uşor pe parcursul programului?", „În ce situaţii ţi-au fost cele mai utile abilităţile dobândite". Apoi se completează *Fişa de lucru 12*, în care adolescentul trebuie să evalueze progresul realizat în urma participării la programul de intervenţie.
Efecte obţinute: creşterea conştientizării progresului şi a autoeficacităţii.

2. Identificarea punctelor forte şi a resurselor personale

Scop: consolidarea unei identităţi pozitive şi identificarea resurselor interne disponibile spre a fi folosite în situaţiile din viaţa personală.
Durata: 10 minute.
Tehnici utilizate: exerciţiu de autocunoaştere, feedback pozitiv.
Descrierea activităţii: pe baza informaţiilor completate în Fişa de lucru 12, adolescentul notează 3-5 puncte forte dezvoltate în cadrul programului (ex: „sunt mai calm(ă) în situaţii conflictuale", „îmi organizez mai bine timpul" etc). Consilierul oferă feedback pozitiv şi îl încurajează pe adolescent să continue demersul de dezvoltare personală început în consiliere.
Efecte obţinute: întărirea identităţii de persoană capabilă să facă faţă provocărilor.

3. Elaborarea planului de acţiune

Scop: asigurarea continuităţii progresului prin stabilirea unor obiective clare.
Durata: 20 minute.
Tehnici utilizate: planificarea, obiective SMART, anticiparea barierelor.
Descrierea activităţii: se stabilesc obiectivele pentru următoarele 1-3 luni, folosindu-se *Fişa de lucru 1* şi tehnica SMART. Pentru fiecarea obiectiv se notează paşii concreţi, resursele necesare, barierele ce ar putea să apară şi soluţii pentru depăşirea acestor bariere.
Efecte obţinute: creşterea autonomiei şi responsabilităţii personale pentru îndeplinirea propriilor obiective.

4. Încheiere programului

Scop: finalizarea programului de intervenţie într-o notă pozitivă şi motivantă.
Durata: 5 minute.
Tehnici utilizate: feedback pozitiv, validarea emoţională.
Descrierea activităţii: consilierul subliniază progresele observate, validează efortul depus şi încurajează adolescentul să îndeplinească obiective stabilite în cadrul programului. I se oferă

adolescentului diploma de absolvire a programului (*Fişa de lucru 12.1*) şi se discută despre impresiile finale (feedback pozitiv).

Efecte obţinute: încheierea cu sens şi semnificaţie a unui program intens de dezvoltare personală.

Fişe de lucru

Fişa de lucru 1 – stabilirea obiectivelor

Obiectiv: identificarea dificultăţilor şi stabilirea obiectivelor (adaptate în funcţie de obiectivele programului de intervenţie şi nevoile/dorinţele actuale ale adolescentului).

Observaţie: identificarea nevoilor/dorinţelor începe cu o discuţie liberă despre ce doreşte adolescentul să realizeze pe parcursul programului de intervenţie (ex. creşterea încrederii în sine, reducerea fricii/anxietăţii în mediul şcolar, managementul eficient al stresului/sarcinilor şcolare, învăţarea unor strategii de coping adaptative etc.). Obiectivele sunt împărţite în paşi mici, în funcţie de obiectivele programului şi principiile psihologiei pozitive (ex. „ce îţi aduce energie pozitivă?", „ce te face să te simţi bine în viaţa de zi cu zi?", „cum ar trebui să arate o zi din viaţa ta, în care te simţi bine şi fericit/ă?").

Urgent şi Important (acţionează acum)	**Important şi puţin urgent** (planifică)
Urgent şi Puţin Important (deleagă)	**Neimportant şi puţin urgent** (stop)

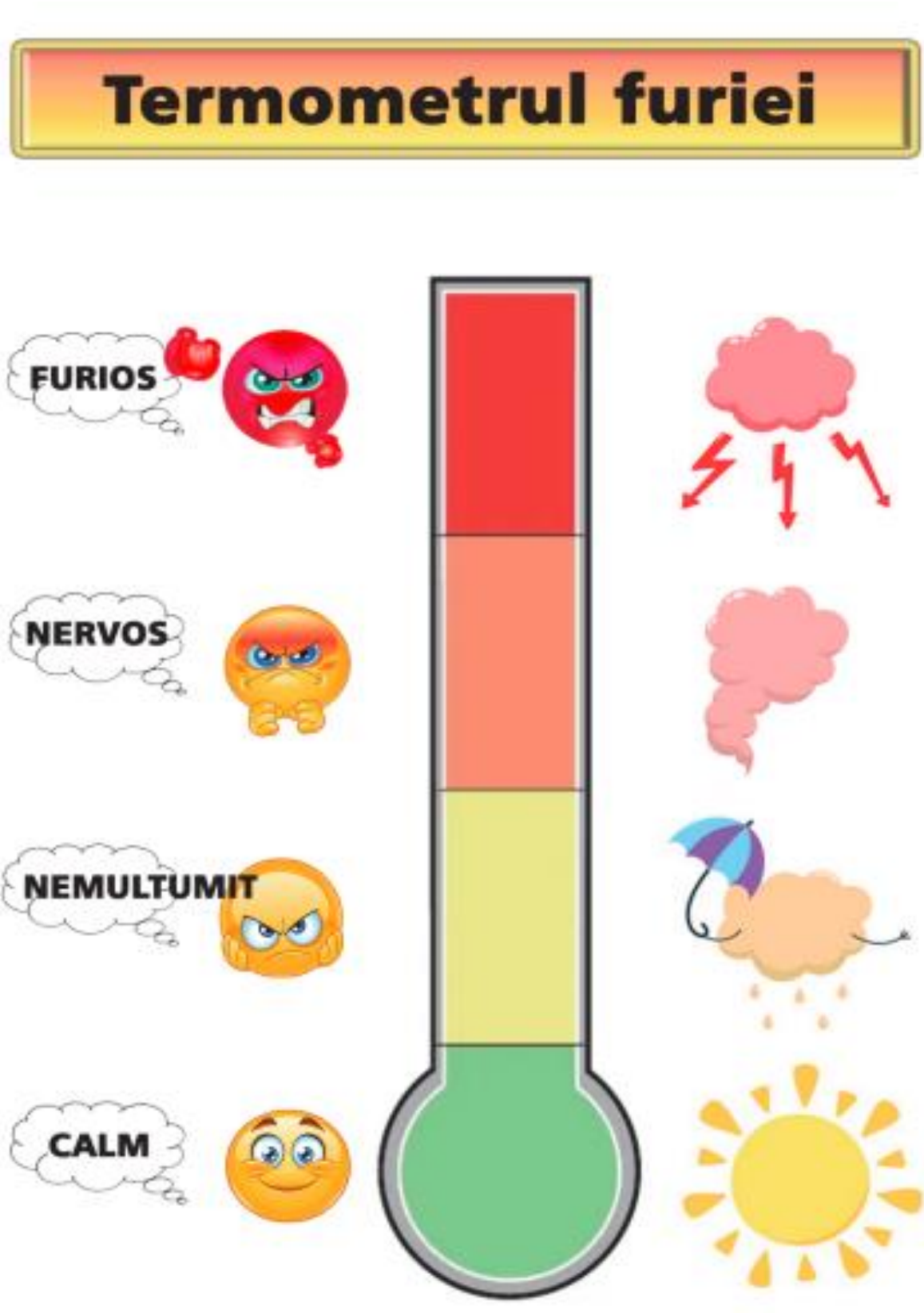
Fişa de lucru 2 – Reacţii survenite în urma expunerii la evenimente traumatice

Bifează simptomele care ţi se potrivesc dintre următoarele:

- ***Am coşmaruri şi dificultăţi de somn –*** uneori, când o persoană este speriată sau supărată din anumite motive, aceste lucruri se pot manifesta în somn. Coşmarurile sunt o modalitate prin care organismul „digeră" evenimentele care ţi s-au întâmplat.
- ***Mă gândesc la ce s-a întâmplat tot timpul*** – aceasta este o altă modalitate în care tu încerci să înţelegi ce s-a întâmplat.
- ***Nu doresc să mă gândesc sau să vorbesc despre asta*** – acesta este un lucru natural deoarece discuţia despre eveniment poate stârni emoţii negative puternice. Dar evitarea acestui subiect, nu este o soluţie benefică pe termen lung.
- ***Evit locuri, oameni şi lucruri care mă fac să mă gândesc la ce s-a întâmplat*** – evitarea acestora te poate ajuta să te simţi mai bine pe termen scurt. Dar problema apare atunci când prin evitare, tu nu mai reuşeşti să faci lucrurile care îţi plăceau.
- ***Mă simt speriat(ă) fără motiv*** – uneori se întâmplă acest lucru deoarece îţi aminteşti ceea ce s-a întâmplat. Uneori acest lucru se întâmplă deoarece corpul tău este prea tensionat şi nu ştie cum să se relaxeze.
- ***Simt că „înnebunesc" şi nu mai am control*** – uneori evenimentele la care suntem expuşi ne pot face să ne simţim aşa. Dar asta nu însemnă că înnebunim, ci este o reacţie comună la un nivel de stres ridicat.
- ***Nu îmi amintesc părţi din ceea ce s-a întâmplat*** – acest lucru se întâmplă multor oameni. Expunerea la un eveniment traumatizant poate duce la pierderea unor amintiri deoarece creierul evită să îşi amintească ce s-a întâmplat.
- ***Am dificultăţi de concentrare la şcoală*** – dacă petreci mare parte din zi gândindu-te la ceea ce s-a întâmplat şi încercând să faci sens din acea experienţă, poate deveni dificil să te concentrezi la sarcinile din viaţa ta.
- ***Simt că trebuie să fiu mereu în gardă, să mă protejez; simt că ceva rău este pe cale să se întâmple*** – este normal ca după ce ţi s-a întâmplat ceva negativ să ai senzaţia că trebuie să te protejezi mereu. Problema cu asta este că poate deveni foarte obositor şi scade nivelul de energie pentru celelate activităţi din viaţa ta.
- ***Sar când aud zgomote puternice*** – aceasta este o altă modalitate prin care corpul tău se pregăteşte pentru situaţia în care ţi s-ar întâmpla ceva.
- ***Simt multă furie*** – unii oameni sunt furioşi din cauza a ceea ce s-a întâmplat. Alteori, oamenii sunt furioşi tot timpul.
- ***Mă simt ruşinat(ă)*** – uneori oamenii se simt ruşinaţi de ceea ce li s-a întâmplat sau de ceea ce au făcut. Chiar dacă pare greu de crezut, ruşinea se va diminua cu timpul.
- ***Mă simt vinovat(ă)*** – uneori te poţi învinovăţi pentru ceea ce s-a întâmplat. Vinovăţia te poate face să vorbeşti mai greu despre ceea ce s-a întâmplat.
- ***Mă simt trist(ă), am senzaţia că am pierdut ceva*** – expunerea la evenimente stresante te poate face să te simţi trist(ă) în anumite momente.
- ***Am probleme de sănătate*** – stresul îţi suprasolicită corpul. De aceea, uneori poţi să te îmbolnăveşti mai uşor sau să resimţi dureri în anumite părţi ale corpului.

Fişa de lucru 2.1 – Termometrul emoţiilor

Preluat de pe: https://childeqguide.org/images/download/M2_A10_termometrul_furiei.pdf



Fişa de lucru 3 – evaluarea distorsiunilor cognitive

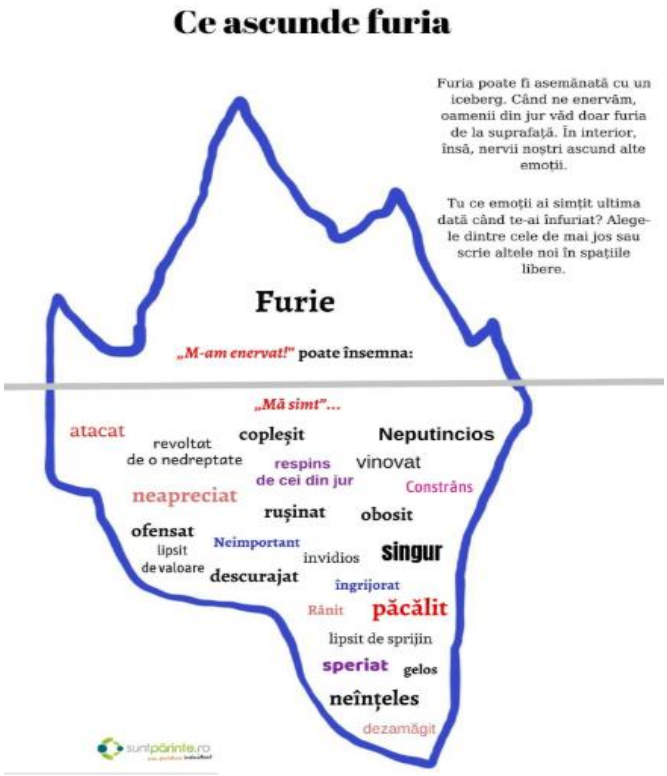
Descrie o situaţie din trecut, în care ai avut parte de un conflict, abuz sau neglijare. Identifică emoţiile pe care le-ai resimţit în acele momente (ex. ruşine, furie, tristeţe, dezgust, uimire etc.) şi gândurile pe care le-ai avut (ex. nu sunt bun, nu voi reuşi etc). Apoi analizează măsura în care aceste gânduri sunt o distorsiune cognitivă (o perspectivă falsă asupra realităţii).

Situaţie din trecut (conflict / abuz / neglijare) - descrie	***Emoţii resimţite***	***Gânduri apărute în acea situaţie***
Ex. Am fost certat/ă, umilit/ă, în faţa clasei de către profesorul de matematică.	Ruşine, furie, dezgust, tristeţe.	„Nu sunt bun/ă de nimic”, „Nu voi reuşi niciodată să învăţ la matematică”, „Nu voi mai putea da ochii cu colegii după asta”
Distorsiuni cognitive: evaluarea globală, prezicerea viitorului, sprageneralizarea.		

Exemple de *distorsiuni cognitive* sunt: cititul gândurilor („eu cred că ea/el crede asta”), prezicerea viitorului („nu voi şti niciodată la română”), gândirea catastrofică („ar fi îngrozitor dacă greşesc”), etichetarea („sunt prost/ă”), desconsiderarea aspectelor pozitive („mi se întâmplă doar mie lucruri rele”), suprageneralizarea („nu îmi va ieşi nimic niciodată, nu are rost să mai învăţ”), gândirea dihotomică („toată lumea mă respinge, a fost o pierdere de vreme”), blamarea („este doar vina mea/vina lui”), trebuie să... („trebuie neapărat să obţin asta”), filtru negativ („alegi doar aspectele negative ale unei situaţii”), orientarea spre regret („îmi pare rău, nu trebuia să fac asta”), dar dacă? („dacă aş fi procedat altfel? dacă aş fi făcut asta?”).

Fişa de lucru 3.1 – tehnici de management a furiei

Iceberg-ul Furiei (suntparinte.ro) şi **Termometrul furiei** (teacherspayteachers.com)





Auto-monitorizarea furiei

Situaţie declanşatoare	**Intensitatea Furiei**	**Gând automat**	**Reacţie comportamentală**	**Ce aş putea face altfel?**
Un coleg mă împinge şi îmi vorbeşte urât în pauză.	8	„A făcut asta intenţionat ”	Îl împing înapoi	Mă opresc, analizez situaţia, respir şi îi spun calm că nu-mi place comportamentul lui.

Fişa de lucru 4 – tehnici de disputare a gândurilor disfuncţionale

1. Disputarea gândurilor disfuncţionale

Situaţie/Gând automat	**Dovezi Adevărat/Fals**	**Beneficii/Costuri**	**Gând alternativ folositor**
	Adevărat? Fals?	Beneficii: Costuri	

2. Schimbarea gândurilor prin schimbarea comportamentului.

Gând	**Comportamente care menţin gândul**	**Comportamente noi care ar putea schimba gândul (când le voi face?)**

3. Evaluare etichetelor negative despre mine şi ceilalţi

Etichetă negativă: **Încredere %:**	
Comportamente negative relevante	**Comportamente pozitive relevante**
Concluzie:	
Etichetă negativă: **Încredere %:**	
Comportamente negative relevante	**Comportamente pozitive relevante**
Concluzie:	

Fişa de lucru 5 – Exersarea unor strategii de coping în situaţii de stres (distres)

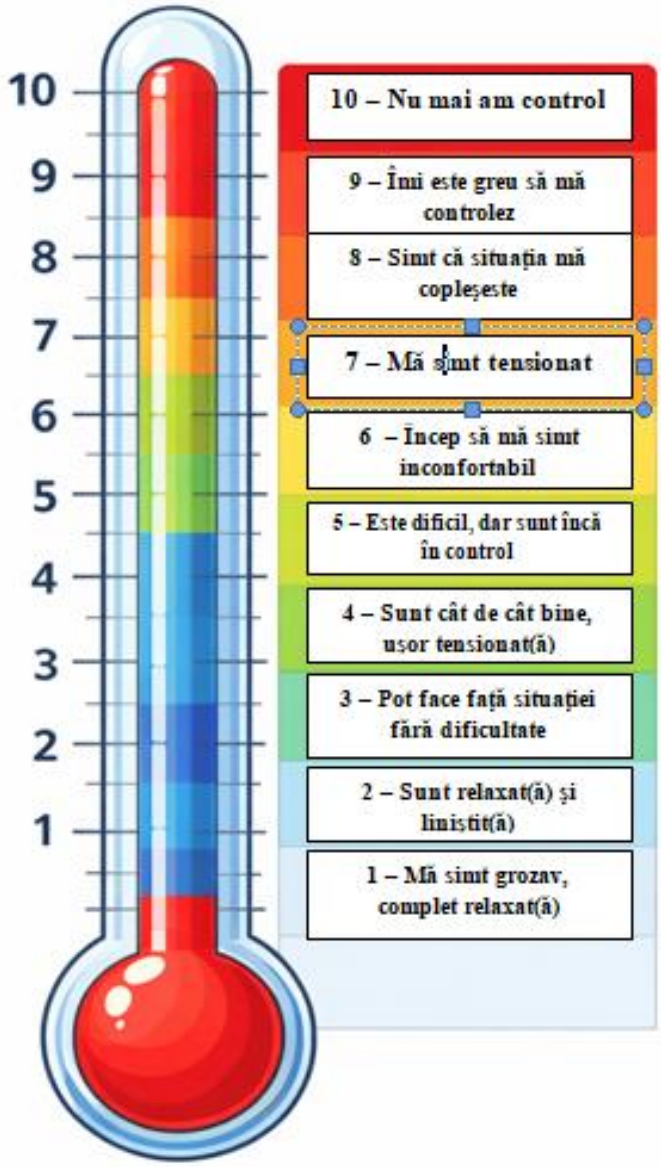
1. Situaţii care declanşează stres şi reacţiile asociate.

Situaţia	**Emoţii şi gânduri asociate**	**Comportamente observate**
Test la şcoală	Emotia: frică Gând: „nu voi reuşi”	Amânare, nervozitate, agresivitate

2. Plan Personalizat de coping

Situaţie	**Intervenţie**

Termometrul Stresului



Fişa de lucru 6 – sens şi semnificaţie în viaţa mea

1. Istoricul personal

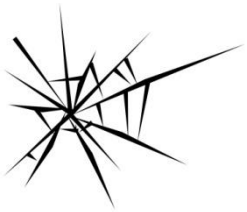


Situaţie	**Emoţie / Gând / Comportament**
	Emoţie: *Gând:* *Comportament:*
	Emoţie: *Gând:* *Comportament:*
	Emoţie: *Gând:* *Comportament:*
	Emoţie: *Gând:* *Comportament:*
	Emoţie: *Gând:* *Comportament:*

Fişa de lucru 6.1 – Colajul poveştii mele

Exemple de imagini ce pot fi decupate pentru a fi integrate în *Colajul poveştii mele*.

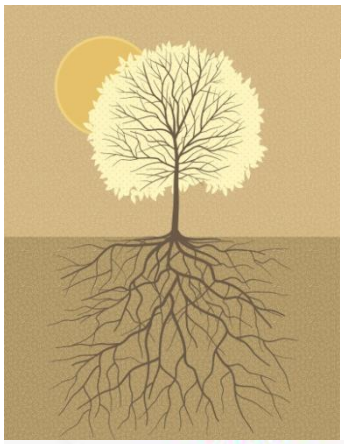
1. Ce a fost greu: – *norii* pot reprezenta perioada dificile; *crăpătura în sticlă* – pierdere; *copil* – singurătate, lipsă de suport, excludere, retragere.



Se pot folosit frazele următoare: „m-am simţit singur; a fost nedrept; nu înţelegeam ce se întâmplă; nu aveam cu cine să vorbesc”.

2. Ce m-a ajutat, ce am în mine: *copac cu rădăcini* – stabilitate, o persoană de suport; *leul* – curaj; *inima în bec* – empatie; *pod* – trecerea peste dificultăţi; *soare printre nori* – speranţă.

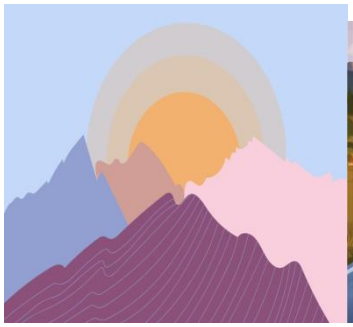




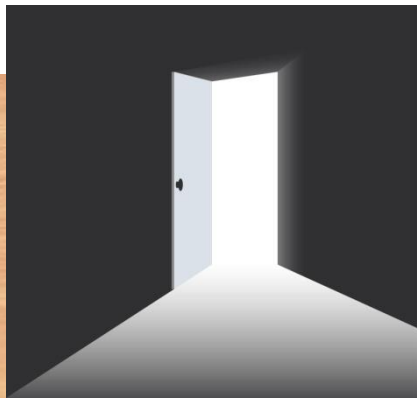



Cuvinte cheie ce pot fi folosite în această etapă: curaj, am supravieţuit, nu am renunţat, pot cere ajutor, am reuşit, am învăţat.

3. Încotro merg / Ce vreau să construiesc: *răsărit* – un nou început; *drum* – direcţie sigură, decizii asumate; *plantă* – dezvoltare personală, creştere; *busolă* – siguranţă, încredere, direcţie; *uşă deschisă în întuneric* – las trecutul în spatele meu; *mâni împreunate* – aleg relaţii suportive şi le evit pe cele abuzive; *umbrelă în ploaie* – siguranţă; *om pe vârf de munte* – încredere, reuşită.








Fişa de lucru 7 – activitate de autocunoaştere

1. Scrie 3–5 lucruri la care te descurci bine sau calități pe care le ai:
    1.
    2.
    3.
    4.
    5.

2. Scrie 3–5 lucruri pe care ai vrea să le îmbunătățești la tine:
    1.
    2.
    3.
    4.
    5.

Transformă un „punct slab” într-o oportunitate de dezvoltare personală:

Exemplu:
✗„Nu sunt bun la vorbit în fața clasei.”
✔„Pot să îmi dezvolt încrederea prin exercițiu.”

Acum tu:

✗_____
✔_____

3. Bifează ce simți că te caracterizează:

☐Perseverență

☐Curaj

☐Empatie

☐Creativitate

☐Simț al umorului

☐Răbdare

☐Dorință de a învăța

☐Capacitate de organizare

☐Altceva: _____

4. Scrie 3 lucruri pentru care ești recunoscător/recunoscătoare astăzi:
    1.
    2.
    3.

Completează propoziția:

„Un lucru pe care îl apreciez la mine este _____.”

Fişa de lucru 7.1 – exerciţiu de luarea deciziilor şi rezolvarea de probleme

1. Descrie pe scurt situația reală pentru care trebuie să iei o decizie:

Situația mea este:

Cum mă face să mă simt? (0–10 intensitate)
Emoție: _____ Intensitate: ____ /10

Ce gând îmi vine automat în minte?

2. Scrie cel puțin 3 opțiuni posibile (chiar dacă unele nu par perfecte):

1.
2.
3.
4.

3. Completează pentru fiecare opțiune:

Opțiunea 1: _____

✔Ce avantaje are?

✖Ce dezavantaje are?

Opțiunea 2: _____

✔Avantaje:

✖Dezavantaje:

Opțiunea 3: _____

✔Avantaje:

✖Dezavantaje:

4. Gând inițial (poate fi negativ sau impulsiv):

Întreabă-te:

- Este acest gând 100% adevărat?
- Ce altă perspectivă există?
- Ce aș spune unui prieten în această situație?

Gând alternativ realist:

Opțiunea pe care o aleg este:

De ce o aleg?

Care este primul pas concret pe care îl voi face?

Când îl voi face? _____

Reflecţie finală:

Cum mă simt după ce am analizat opțiunile?

Ce gând m-a ajutat cel mai mult?

Ce punct forte al meu am folosit în acest proces?

Fişa de lucru 8 – stilul meu dominant de comunicare

Citeşte fiecare afirmaţie şi bifează răspunsul potrivit pentru tine.

0 = niciodată; 1 = rareori; 2 = uneori; 3 = des; 4 = foarte des

1. Evit să spun ce mă deranjează pentru a nu supăra pe nimeni.

0 1 2 3 4

2. Accept lucruri care nu îmi plac doar ca să evit un conflict.

0 1 2 3 4

3. Îmi este greu să spun „nu”.

0 1 2 3 4

4. Ţin în mine ceea ce simt, chiar dacă mă deranjează.

0 1 2 3 4

5. Ridic vocea când sunt supărat(ă).

0 1 2 3 4

6. Îi întrerup pe ceilalţi atunci când nu sunt de acord cu ei.

0 1 2 3 4

7. Spun lucruri pe care le regret atunci când sunt nervos/oasă.

0 1 2 3 4

8. Critic dur şi direct pe ceilalţi atunci când nu îmi convine ceva.

0 1 2 3 4

9. Spun direct şi clar ceea ce mă deranjează, fără să jignesc pe ceilalţi.

0 1 2 3 4

10. Pot spune „nu” fără să mă simt vinovat(ă).

0 1 2 3 4

11. Îmi exprim emoţiile folosind expresia „Eu mă simt...”.

0 1 2 3 4

12. Ascult şi punctele de vedere ale celorlalţi, chiar dacă nu sunt de acord cu aceştia.

0 1 2 3 4

Scorare: se adună răspunsurile la întrebări, iar cel mai mare scor reprezintă stilul dominant.

- *Pasiv*: întrebările 1, 2, 3, 4.
- *Agresiv*: întrebările 5, 6, 7, 8.
- *Asertiv*: întrebările 9, 10, 11, 12.

Stilul meu de comunicare dominant este: .....

Fişa de lucru 8.1 – tehnici de comunicare asertivă

1. Foloseşte pronumele „eu” în loc de „tu”.

Situaţia 1: un coleg te întrerupe mereu atunci când încerci să vorbeşti.

Completează mesajul asertiv:

Eu mă simt.....

când.....

şi aş avea nevoie de.....

Situaţia 2: un prieten îţi foloseşte mereu lucrurile fără să te întrebe.

Completează mesajul asertiv:

Eu mă simt.....

când.....

şi aş avea nevoie de.....

Situaţia 3: profesorul îţi spune că ai greşit la un exerciţiu din cauza neatenţiei.

Completează mesajul asertiv:

Eu mă simt.....

când.....

şi aş avea nevoie de.....

2. Foloseşte un limbaj clar şi direct, fără termeni vagi.

Tranformă următoarele mesaje agresive sau pasive în mesaje clare şi directe.

X „Tu mereu mă enervezi!”

∇

X „Lasă, nu contează...”

∇

X „ Tu nu mă asculţi niciodată”

∇

X „Aşa faci mereu”

∇

X „Nu mă pot aştepta la altceva din partea ta!”

∇

X „Nu este important, îţi spun altă dată”

∇

3. Ascultă activ pe cei din jurul tău atunci când vorbesc cu tine.

Completează răspunsurile la următoarele situaţii astfel încât să arate că asculţi şi înţelegi.

Situaţia 1: un prieten îţi spune că „mi-ai dat cu seen la mesajul de aseară”

Răspuns asertiv: „înţeleg că tu te-ai simţit ..... nu am vrut să ....

Situaţia 2: un coleg îţi spune că nu îi place modul în care ai vorbit cu el.

Răspuns asertiv: „am înţeles punctul tău de vedere.....

Situaţia 3: profesorul îţi atrage atenţia atunci când nu eşti atent la oră

Răspuns asertiv: „înţeleg că vă deranjează.....

4. Refuză politicos atunci când nu doreşti să iei parte la o situaţie sau să faci ceva anume.

Situaţia 1: un coleg îţi cere tema pentru a o copia şi el.

Situaţia 2: prietenii te invită la o petrecere la care nu vrei să mergi.

Situaţia 3: o persoană cunoscută insistă să faci ceva ce nu este confortabil pentru tine.

Situaţia 4: prietenii îţi cer să faci o provocare de pe tiktok.

Ce mă împiedică să comunic asertiv?

Completează:

Gândul care mă blochează:

Este acest gând 100% adevărat?

Ce gând alternativ realist pot să am?

Care tehnică ţi se pare cel mai uşor de folosit?

În ce situaţie din viaţa ta o vei aplica pentru prima dată?

Fişa de lucru 9 – disputarea gândurilor disfuncţionale

Fişa este preluată de pe cognitrom.ro

Fişa de lucru 9.1 – monitorizarea aplicării în practică a strategiilor de coping

Ziua	Nivelul stresului înainte (0-10)	Strategia aplicată	Durata aplicării (minute)	Nivelul stresului după (0-10)

Fişa de lucru 10 – motivaţia în învăţare

Răspunde la următoarele întrebări

1. Ce materii/subiecte îmi plac cel mai mult? De ce?

2. Ce simt atunci când învăţ ceva nou şi reuşesc să înţeleg?

- Bucurie
- Satisfacţie
- Mândrie
- Curiozitate
- Altceva:.....

3. Ce mă face să depun efort şi să continui chiar dacă este dificil?

4. Ce mă determină să învăţ pentru că trebuie?

5. Cât de importante sunt pentru mine (încercuieşte răspunsul):

☐	Notele:	puţin	moderat	foarte mult
☐	Aprecierea profesorilor:	puţin	moderat	foarte mult
☐	Aşteptările părinţilor:	puţin	moderat	foarte mult
☐	Recompensele:	puţin	moderat	foarte mult

6. Ce s-ar întâmpla dacă recompensele nu ar exista?

7. Ce tip de motivaţie are un impact mai mare asupra mea?

- Motivaţia intrinsecă: vine din interior - interes, curiozitate, dorinţa de a progresa.
- Motivaţia extrinsecă: determinată de factori externi – recompense, note, aşteptări.
- Ambele în mod egal.

8. Ce pot face pentru a-mi creşte motivaţia?

Fişa de lucru 11 – identificarea factorilor care pot afecta concentrarea

Bifează sau completează răspunsurile la următoarele întrebări.

1. Ce îţi afectează concentrarea cel mai frecvent?

- Mă plictisesc rapid atunci când învăţ.
- Verific de multe ori telefonul şi reţelele sociale.
- Îmi imaginez lucruri şi petrec mult timp gândindu-mă la ele.
- Obosesc la scurt timp după ce încep o sarcină.
- Am prea multe lucruri de făcut şi mă simt copleşit(ă).
- Îmi este frică că aş putea să greşesc.
- Zgomotul sau alte persoane îmi distrag atenţia.
- Renunţ repede, după ce încep să învăţ.
- Amân sarcinile cât pot de mult.
- Altceva:.....

2. Care sunt cei mai frecvenţi trei factori care îţi afectează concentrarea?

3. În ce momente ale zilei apar cel mai des?

4. Ce simţi atunci când nu reuşeşti să te concentrezi? (ex: frustrare, anxietate, plictiseală, neîncredere, oboseală)

5. Ce crezi că se află în spatele acestor dificultăţi? (ex. stres, lipsa interesului, oboseală, presiune din partea celorlalţi)

6. Ce crezi că s-ar schimba în rezultatele tale şcolare dacă ţi-ai îmbunătăţii concentrarea?

7. Care este un lucru concret pe care l-ai putea face pentru aţi îmbunătăţi concentrarea?

Fişa de lucru 11.1 – strategii eficiente de învăţare

Tehnica SQ3R

Pentru a învăța din cărți/manuale

- **SURVEY**: Citeşte titlul, introducerea, graficele, desenele, cuvintele şi frazele puse cu bold, citeşte sumarizarea textului sau a fiecărui capitol dacă aceasta este oferită. Gândeşte-te la ceea ce şti deja legat de acestă informaţie prezentată.

- **QUESTION**: Întreabă-te: Cine? Ce? Când? Unde? De ce? Cum? Citeşte textul cu atenţie ca să te asiguri că răspunzi la aceste întrebări.

- **READ**: Citeşte cu atenţie textul pe secţiuni. Pe măsură ce termini de citit o secţiune - scrie răspunsul la aceste întrebări pe foaia ta de notiţe. Subliniază pe măsură ce citeşti răspunsurile la întrebările tale.

Tehnica SQ3R

Pentru a învăța din cărți/manuale

- **RECITE**: Atunci când finalizezi o secţiune şi la sfârşitul sesiunii tale de citit întreabă-te o întrebare simplă: ,,Despre ce a fost vorba?" Încearcă să-ţi explici ţie informaţia pe care ai citit-o. Apoi, încearcă să o explici şi altora - colegului tău de cameră, altor colegi. Observă atunci când nu poţi explica şi celorlalţi şi reîntoarce-te la acele conţinuturi pe care nu le-ai înţeles atât de bine.

- **REVISE:** Înainte de a închide cartea, citeşte încă o dată notiţele făcute de tine şi sublinierile din text ca să te asiguri că informaţia este repetată şi ea va fi astfel şi mai bine stocată în memorie.

Tehnica R.E.A.D.

Pentru a învăța din notițe

- **READ** - citeşte notiţele pe care le-ai scris chiar în acea zi dacă este posibil. Apoi, recitește-le în aceeași zi sau într-o altă zi. Clarifică-ți ideile și conceptele de bază. Rescrie unde este necesar – unde notițele tale nu sunt clare.

- **EVALUATE** - evaluează ceea ce tu ai scris în notițe. Prioritizează informația notată și șterge informația care nu este atât de relevantă.

- **ASK** - Pune întrebări. Pe margine, scrie ce crezi tu că înseamnă acea informație și ce fel de întrebări te-ar putea întreba profesorul pornind de la aceste informații. Dacă nu înțelegi ceva din materialul notat - mergi la profesor și încearcă să adresezi întrebări.

- **DETERMINE** - scrie care sunt ideile principale. Dacă poți realiza o sumarizare a notițelor și să discuți apoi acest conținut și cu alți oameni, vei demonstra înțelegerea acelor informații. Dacă la nivel de înțelegere, există unele informații pe care nu le înțelegi - discută-le cu profesorul sau cu colegii tăi.

Fişa de lucru 11.2 – Tehnica Pomodoro

1. Alege o sarcină pe care vrei să o începi:

Poate fi o sarcină grea sau ușoară, cotidiană sau ceva ce ai amânat să faci de mult timp. Orice sarcină care merită atenția ta totală.

2. Setează-ți alarma la 25 de minute:

Fă-ți o promisiune: că vei sta timp de 25 de minute în sarcina aleasă fără a te întrerupe. Poți reuși! Până la urmă, sunt doar 25 de minute.

3. Lucrează până sună alarma care te anunță că au trecut 25 de minute

Cufundă-te în sarcină pentru următoarele 25 de minute. Dacă îți dai seama că ai mai avea altceva de făcut, scrie sarcina pe o foaie.

4. Când a sunat alarma, pune un checkmark pe o foaie de hârtie

Felicitări! Ai reușit să stai un întreg pomodoro fără a te întrerupe din sarcină.

5. Ia o pauză scurtă

Respiră, meditează, bea o cană de ceai sau cafea, mergi pentru o plimbare scurtă sau fă altceva relaxant (nu legat de lucru). Creierul tău îți va mulțumi ulterior.

6. După fiecare 4 pomodoro, ia o pauză mai lungă

O dată ce ai terminat 4 pomodoro, poți lua o pauză mai lungă. De 20 de minute. Sau chiar 30. Creierul tău va folosi acest timp pentru a asimila informația nouă și a se odihni înainte de următoarea rundă de pomodoro.

Fişa de lucru 11.3 – Model de planificare şi monitorizare zilnică a activităţii

Dată	Oră	Activitate	Estimare timp	Timpul real	Diferenţă

Fişa de lucru 12 – evaluarea progresului după parcurgerea programului de intervenţie

1. Autoevaluarea comparativă

	Domeniu	**La începutul programului (1-10)**	**Acum (1-10)**
1	Aplicarea tehnicilor de relaxare.		
2	Gestionarea reacţiilor la situaţii dificile/traumatice.		
3	Înţelegere legăturii dintre emoţii-gânduri-comportamente.		
4	Gestionarea eficientă a emoţiilor.		
5	Controlul gândurilor disfuncţionale.		
6	Disputarea gândurilor disfuncţionale şi înlocuirea acestora cu unele alternative sănătoase şi funcţionale.		
7	Folosirea unor strategii de coping şi management al stresului.		
8	Abilitatea de a da sens propriei poveşti personale.		
9	Rezolvarea de probleme şi luare a deciziilor.		
10	Autocunoaşterea – evaluarea propriilor resurse.		
11	Comunicarea asertivă în situaţii de conflict.		
12	Creşterea motivaţiei intrinseci în învăţarea.		
13	Controlul factorilor ce pot perturba concentrarea.		
14	Aplicarea unor strategii eficiente de învăţare.		
15	Organizarea timpului prin planificarea atentă a obiectivelor.		

2. Analiza progresului

- cele mai mari îmbunătăţiri le observ în:

- domeniul în care am evoluat cel mai mult este:

- domeniul pe care vreau să îl dezvolt în continuare este:

- tehnicile pe care le folosesc cel mai frecvent în viaţa de zi cu zi sunt:

3. Reflecţia comparativă

La începutul programului eram.....

Acum mă percep ca fiind.....

Un lucru important pe care l-am învăţat despre mine este.....

Un mesaj de încurajare pentru mine în viitor ar fi.....

Fişa de lucru 12.1 – diploma de absolvire a programului de consiliere psihoeducaţională
(diploma a fost dezvoltată cu ajutorul inteligenţei artificiale)



Programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională – părinţi

Şedinţă de consiliere individuală cu părinţii

Durata: 40 – 120 minute

Scop general: optimizare funcţionării parentale prin reducerea nivelului de stres parental şi consolidarea suportului social perceput, în vederea dezvoltării unei relaţii părinte-adolescent echilibrate şi suportive.

Obiective:

1. Familiarizarea cu procesul de consiliere şi prezentarea programului multinivelar de consiliere psihoeducaţională;
2. Prezentarea schimbărilor care au loc în etapa adolescenţei la nivel emoţional, comportamental şi social, precum şi a dificultăţilor pe care le pot întâmpina elevii;
3. Explicarea impactului pe care expunerea la abuz/neglijare/metode de disciplinare punitive îl poate avea asupra sănătăţii mintale a adolescentului, dar şi asupra relaţiei părinte-adolescent, cu accent pe abilităţile de comunicare;
4. Învăţarea unor strategii eficiente pentru îmbunătăţirea relaţiei părinte-adolescent;
5. Exersarea unor strategii de relaxare şi management al stresului (relaxare progresivă musculară, planificarea folosind obiective pe termen scurt şi lung).

Materiale: Fişele de lucru 3, 4, 7.1, 8.1 şi 9 din programul pentru adolescenţi, contractul comportamental.

1. Introducere şi construirea relaţiei de consiliere

Scop: informarea părintelui despre scopul consilierii individuale, clarificarea rolurilor şi stabilirea unui cadru colaborativ pe bază de încredere şi confidenţialitate.

Durata: 10-20 minute.

Tehnici utilizate: psihoeducaţia, dialogul, explicaţia, clarificare şi reformulare.

Descrierea activităţii: consilierul prezintă principiile consilierii individuale (confidenţialitatea şi limitele acesteia, respect reciproc). Apoi, sunt prezentate pe scurt obiectivele şedinţelor ce vor fi desfăşurate cu adolescenţii, cu evidenţierea faptului că programul îşi propune să sprijine dezvoltarea emoţională, socială şi academică prin activităţi specifice. Se clarifică faptul că intervenţia nu are ca scop „corectarea adolescentului" ci sprijinirea acestuia în propria dezvoltare personală.

Se iniţiază dialogul cu părintele prin adresarea de întrebări, cum ar fi: „Ce aşteptări aveţi

dumneavoastră de la procesul de consiliere? De ce aţi acceptat să participaţi? Doriţi să discutăm despre ceva specific, care poate vă macină?". Se notează informaţiile prezentate de părinte, se validează preocupările părintelui şi se stabileşte un acord verbal privind colaborarea. Consilierul explică părintelui că din momentul începerii programului este necesar ca acesta să renunţe la metodele de disciplinare negativă şi să lucreze activ la îmbunătăţirea relaţiei cu adolescentul.

Efecte obţinute: reducerea reticenţei de a participa la consiliere, clarificarea scopului şi obiectivelor programului şi consolidarea relaţiei de colaborare.

2. Adolescenţa – etapă marcată de schimbări

Scop: normalizarea schimbărilor şi comportamentelor specifice adolescenţei şi creşterea nivelului de înţelegere în privinţa dezvoltării unice a fiecărui adolescent.

Durata: 15 - 25 minute

Tehnici utilizate: psihoeducaţia, dialogul, reflexiv, reflecţia empatică, discuţia ghidată.

Descrierea activităţii:

- consilierul prezintă un material cu principalele schimbări emoţionale, comportamentale şi sociale din perioada adolescenţei;
- se discută cu părintele despre diferenţa între comportamentele normale şi cele problematice, de risc; părintele este invitat să dea exemple concrete de comportamente ale propriului copil; pentru fiecare comportament, consilierul împreună cu adolescentul găseşte antecedentele (ce se întâmplă înainte de apariţia unui comportament) şi funcţia (de ce adolescentul recurge la acest comportament); se notează acele comportamente pe care părintele consideră că adolescentul ar trebui să le schimbe;
- consilierul subliniază importanţa rolului părintelui în schimbarea comportamentului adolescentului (îmbunătăţăţirea comunicării, susţinerea şi motivarea pentru îndeplinirea obiectivelor, monitorizarea progresului şcolar).

Efecte obţinute: reducerea tendinţei de a interpreta în mod negativ comportamentele adolescentului şi a reacţiilor exagerate la acestea, precum şi conştientizarea diferenţei între comportamente normale şi problematice.

3. Impactul abuzului şi neglijării asupra dezvoltării adolescentului

Scop: conştientizarea efectelor negative asupra dezvoltării adolescentului a expunerii la abuz şi neglijare emoţională.

Durata: 15-25 minute

Tehnici utilizate: analiza relaţională, reflectarea, reevaluare cognitivă.

Descrierea activităţii:

- consilierul explică impactul negativ al abuzului şi neglijării asupra stimei de sine, a reglării emoţionale, ataşamentului şi încredereii;
- se discută cu părintele despre diferenţele între disciplinarea pozitivă, orientată spre sprijinirea copilului, şi cea punitivă, care distruge relaţia părinte-elev şi inhibă capacitatea copilului de aşi atinge propriul potenţial.
- se cere părintelui să detalieze metodele de disciplinare pe care le-a folosit încă din copilărie. Apoi, pe modelul restructurării cognitiv-comportamentale, se discută despre fiecare metodă în parte, cu scop de a explica efectele pe care aceasta le-a avut, dar şi de a schimba percepţia părintelui asupra utilităţii acestora.

Efectele obţinute: conştientizarea efectelor negative asupra dezvoltării adolescentului ale metodelor punitive sau neglijarea nevoilor, responsabilizarea parentală şi schimbarea perspectivei asupra comportamentelor adolescentului.

4. Strategii pentru îmbunătăţirea relaţiei părinte-adolescent

Scop: dezvoltarea abilităţilor parentale de comunicare eficientă şi gestionare a comportamentelor, emoţiilor şi situaţiilor din viaţa adolescentului.

Durata: 30-35 minute.

Tehnici utilizate: modelare, joc de rol, exerciţii de comunicare asertivă, reevaluarea cognitivă.

Descrierea detaliată:

- se lucrează împreună cu părintele pe: metode de stabilire a limitelor clare şi consecvente; negocierea argumentată în situaţii specifice (ex. ieşirea cu prietenii, timpul de învăţare, implicarea în activităţi extraşcolare, comportamente de risc - fumat); comunicarea asertivă prin asumarea responsabilităţii şi formularea de mesaje de tip „eu”; oferirea suportului necondiţionat; implicarea echilibrată în viaţa şcolară a adolescentului; susţinerea opţiunii de carieră prin decizii informate; creearea unui climat sigur şi predictibil;
- se realizează exerciţii practice şi reformulări, utilizând Fişele de lucru 3, 4, 7.1, 8.1 şi 9 de la programul realizat pentru adolescenţi;
- se construieşte un plan personal de schimbare comportamentală, în care sunt incluse acţiuni concrete şi organizarea acestora în timp.

Efecte obţinute: îmbunătăţirea abilităţilor de comunicare, reducerea comportamentelor autoritare şi foarte critice, precum şi creşterea disponibilităţii pentru implicarea activă în viaţa adolescentului.

5. Strategii de relaxare şi management al stresului

Scop: reducerea stresului parental şi dobândirea unor abilităţi de autoreglare emoţională.

Durata: 10-20 minute.

Tehnici utilizate: respiraţie controlată, relaxare musculară progresivă, stabilirea unor obiective concrete, strategii de coping.

Descrierea activităţii: consilierul utilizează materialele de la *Şedinţa 5* – strategii de coping şi management al stresului, realizată cu adolescenţii.

Efecte obţinute: scăderea intensităţii emoţionale, îmbunătăţirea controlului asupra propriiilor emoţii şi crearea unui plan concret de reducere a intensităţii stresului cotidian.

6. Încheierea şedinţei

Scop: consolidarea informaţiilor prezentate şi abilităţilor exersate, precum şi încheierea unui angajament de schimbare şi aplicare practică a temelor discutate în şedinţă.

Durata: 5-10 minute

Tehnici utilizate: recapitulare, feedback, contractul comportamental.

Descrierea activităţii: consilierul reia punctele cheie din cadrul şedinţei şi invită părintele să spună ce i s-a părut a fi cel mai util, care sunt acele lucruri pe care le va aplica sigur în practică. La final se prezintă contractul comportamental, ce trebuie semnat de către părinte.

Efecte obţinute: consolidarea informaţiilor învăţate şi creşterea motivaţiei pentru schimbare.

CONTRACT COMPORTAMENTAL PARENTAL

Consilier şcolar:	Părintele/Tutore legal:
Instituţia:	Numele copilului:

Prin semnarea acestui contract, mă angajez să aplic în practică următoarele:

- voi utiliza mesaje de tip „eu” atunci când doresc să comunic cu copilul meu;
- voi evita etichetările, critica generalizată şi luptele de putere;
- voi practica ascultarea activă şi validarea emoţională a sentimentelor copilului;
- voi formula reguli clare şi explicite (limite), pe care le voi aplica consecvent;
- voi decide împreună cu copilul asupra consecinţelor logice ale încălcării limitelor;
- voi exprima în mod constat disponibilitatea de a întâmpina nevoile copilului;
- voi evita, pe cât posibil, reacţiile bazate pe furie şi impulsivitate;
- voi menţine legătura cu cadrele didactic;
- voi participa la activităţile şcolare şi la şedinţele cu părinţii;

- voi evita controlul excesiv al copilului şi suprasolicitarea acestuia;
- voi sprijini copilul în decizia de carieră;
- voi realiza zilnic activităţi care au rolul de a reduce nivelul de stres pe care îl resimt din postura de părinte.

Obiective concrete pe care mi le propun:

- pe termen scurt (1-4 săptămâni)

- pe termen mediu (1-3 luni)

Subsemnatul(a) _____ declar că îmi asum responsabilitatea aplicării în practică a celor stabilite și că înțeleg importanța consecvenței și implicării active în procesul de îmbunătățire a relației cu copilul meu.

Semnătura părintelui: _____

Semnătura consilierului: _____

Data: _____

Şedinţă de consiliere de grup părinţii – lectorat la clasă

Obiectivul specific - oferirea de informaţii privind: transformările psihice/sociale/comportamentale din perioada adolescenţei; rolul factorilor din familie (suportul social, atitudinea faţă de şcoală, responsabilităţi în gospodărie, violenţă etc.) în adaptarea şcolară a adolescenţilor; motivaţia pentru învăţare; managementul comportamentelor violente apărute în mediul şcolar.

Locul de desfăşurare: sala de clasă

Durata: 50 minute

Desfăşurarea activităţii: pentru realizarea acestei şedinţe s-au folosit informaţii preluate din *Ghidul pentru părinţi „Supravieţuind anilor adolescenţei”*, realizat de CJRAE-Timiş, în cadrul proiectului POSDRU/153/1.1/S/137881.

Temele abordate în cadrul şedinţei au fost:

1. Adolescenţa: caracteristicile acestei etape de vârstă;
    a. Schimbările fizice, emoţionale, comportamentale şi sociale;

b. Afirmarea propriei personalităţi;
c. Integrarea socială.

2. Bariere în comunicarea cu adolescentul: ameninţările, ordine directe, insulte, critica, dirijarea, interogarea, oferirea de sfaturi necerute, schimbarea subiectului, refuzul de a accepta o problemă, folosirea de metode disciplinare punitive şi neglijarea.
3. Sugestii de ameliorare a comunicării dintre părinți și adolescenți:
    a. Limbajul responsabilităţii: părintele şi adolescentul îşi poate exprima propriile opinii fără a se ataca reciproc;
    b. Explorarea alternativelor pentru găsirea unor soluţii optime pentru dificultăţile adolescentului;
    c. Exprimarea emoţiilor într-un limbaj adecvat;
    d. Conversaţii contructive prin implicarea activă în dialogul cu adolescentul.
4. Adolescentul şi responsabilitatea: stabilirea unor limite clare cu consecinţe logice.
5. Modalități de comunicare cu un adolescent stresat: toţi părinţii ar trebui să fie capabili să recunoască simptomele stresului manifestat de adolescent. Câteva modalităţi prin care pot interveni părinţii sunt:
    a. Asigurarea unui cămin sigur, securizant şi pe care se pot baza;
    b. Petrecerea timpului de calitate cu adolescentul;
    c. Încurajarea exprimării opiniilor prin ascultarea adolescentului fără critică;
    d. Stimularea încrederii în sine prin încurajarea adolescentului să îşi asume responsabilităţi şi să participe la activităţi care îi plac;
    e. Tratarea cu seriozitate a momentelor în care adolescentul este stresat;
    f. Adresarea la profesionişti atunci când părintele observă că adolescentul are nevoie de ajutor suplimentar pentru a gestiona stresul.
6. Tulburări psihice în adolescenţă:
    a. Depresia: principalul simptom este tristeţea care nu pare să dispară;
    b. Anxietatea sau fobia: frici nejustificate care împiedică îndeplinirea obiectivelor zilnice;
    c. Anorexia nervoasă/bulimia nervoasă: tulburări de comportament alimentar cauzate de discrepanţa imaginară între imaginea actuală şi imaginea perfectă;
    d. Tulburarea de conduită: comportamente care încalcă drepturile fundamentale ale celorlalţi.
7. Orientarea în carieră:
    a. Evaluarea opţiunilor de carieră;

b. Realizarea unui plan de carieră;
c. Susţinerea adolescentului în alegerile de carieră.

Efecte obţinute: înţelegerea caracteriscilor particulare ale dezvoltării în adolescenţă, conştientizarea rolului fundamental pe care părintele îl are în îndrumarea elevului, creşterea responsabilităţii parentale pentru comunicarea eficientă cu adolescentul.

Programul multinivelar de consiliere psihoeducaţională – cadre didactice

Consiliere individuală a cadrelor didactice, care au făcut parte din grupul experimental, a constat în furnizarea de materiale care au explicat: semnele şi simptomele adolescenţilor cu istoric de abuz/neglijare, motivarea elevului pentru reuşita academică, proceduri de raportare a cazurilor de abuz/neglijare, importanţa menţinerii unui climat pozitiv în clasă şi prevenirea revictimizării în mediul şcolar prin prevenirea bullying-ului/cyberbullying-ului şi a altor acte de violenţă în şcoală. S-au derulat un număr de 6 sesiuni scurte (10-15 minute) de consiliere individuală obligatorii.

Sesiunea 1 – înţelegerea impactului pe care abuzul şi neglijarea îl are asupra dezvoltării
Scop: înţelegerea mecanismelor psihologice şi comportamentale implicate în CAN.
Conţinut: - semne emoţionale (anxietate, retragere, iritabilitate) şi comportamentale (hipervigilenţă, opoziţionism, absenteism);
– dificultăţi cognitive (atenţie, memorie, concentrare);
– diferenţa dintre „adolescent problemă" şi „adolescent expus la abuz şi neglijare".
Componentă practică: discuţia despre un caz concret din clasă. Evidenţierea mecanismelor care stau în spatele comportamentului elevului şi generararea unor soluţii pentru îmbunătăţirea climatului social din clasă.

Sesiunea 2 – autoeficacitatea şi oboseala de compasiune
Scop: susţinerea cadrului didactic în adresarea cazurilor de CAN.
Conţinut: - impactul emoţional al gestionării cazurilor dificile;
– limite profesionale sănătoase şi referirea cazurilor spre instituţii specializate;
– tehnici scurte de autoreglare emoţională (respiraţie, pauză cognitivă) şi strategii de coping (detaşarea de şcoală atunci când sunt în mediul familial, adoptarea unui stil de viată sănătos, implicarea în activităţi relaxante, etc.)
Componentă practică: exersarea unei tehnici scurte de relaxare abdominală (4-4-6).

Sesiunea 3 – relaţia adolescent-cadru didactic ca factor de protecţie

Scop: consolidarea suportului social din partea cadrului didactic.

Conţinut: - dificultăţile de ataşament ale adolescentului cu istoric de CAN şi rolul şcolii în creearea unui spaţiu securizant şi protectiv;

- exemple de intervenţii pentru îmbunătăţirea relaţie adolescent-cadru didactic (validarea, predictibilitatea, consecvenţa în comportament, ofeirea suportului);
- comunicarea asertivă, empatică şi evitarea retraumatizării adolescentului.

Componentă practică: exersarea unor fraze reformulate care să evidenţieze ideea de suport şi încredere (ex: în loc de „iarăşi nu ai tema făcută" se poate folosi „observ că ai întâmpinat dificultăţi la realizarea temei, cu ce crezi că te-aş putea ajuta?").

Sesiunea 4 – motivaţia academică

Scop: creşterea motivaţiei adolescenţilor vulnerabili.

Conţinut: - diferenţa între motivaţia intrinsecă şi motivaţia extrinsecă, precum şi factorii care duc la creşterea şi diminuarea acestora;

- stabilirea unor obiective mici, dar realizabile, în funcţie de caracteristicile adolescentului şi conţinutul materiei;
- adoptarea unui feedback orientat pe progres, nu pe comparaţie.

Componentă practică: oferirea unui instrument practic de obiective SMART, ce poate fi propus de către cadrul didactic adolescenţilor.

Sesiunea 5 – prevenirea revictimizării

Scop: prevenirea bullying-ului, cyberbullying-ului şi a marginalizării în clasă.

Conţinut: - cum pot deveni adolescenţii vulnerabili ţinte ale bullying-ului;

- intervenirea rapidă în situaţii de violenţă din clasă;
- implementarea unor reguli la ore care descurajează violenţa;

Componentă practică: stabilirea a 2-3 reguli clara pentru clasă care să asigure siguranţa emoţională a adolescenţilor la orele de curs;

Sesiunea 6 – proceduri de identificare şi raportare a CAN

Scop: reducerea anxietăţii faţă de obligativitatea de a raporta CAN.

Conţinut: - indicatori care necesită raportare;

- ce constituie o suspiciune rezonabilă;
- paşi procedurali (evidenţiaţi în legislaţie);
- contracararea unor mituri legate de raportare.

Componentă practică: simularea scurtă a unei situaţii de comunicare pe tema dezvăluirii abuzului şi neglijării: „ce fac dacă un elev îmi spune că este abuzat sau neglijat?

Programul multinivelar de consiliere educaţională implementat cu colegii adolescenţilor

Activitatea 1

În această activitate, elevii vor învăţa despre :

- Ce este bullying-ul;
- Caracteristicle esenţiale ale bullyingului.

Materiale necesare:

- O foaie de flipchart;
- Carioci colorate;
- Foi de hârtie.

Derularea activităţii

Lipiţi pe tablă o foaie mare de flipchart, pe care veţi adăuga informaţii pe parcursul orei şi scrieţi titlul BULLYING-UL. Începeţi activitate printr-un joc de rol, care îi va ajuta pe elevi să



înţeleagă prima caracteristică a bullying-ului şi anume: intenţionalitatea. Alegeţi dintre elevi câţiva voluntari şi prezentaţi-le următoarele situaţii, pe care ei vor trebui să le joace în faţa colegilor:

a) Ionuţ este cel mai mic băiat de înălţime din clasă. El are în clasă doar doi prieteni, cu care face toate activităţile, mai ales atunci când sunt proiecte de grup. Astăzi la ora de matematică, elevii au primit un proiect de grup, dar cei doi prieteni ai lui Ionuţ nu au fost la şcoală, aşa că el a fost pus în altă echipă. În timp ce lucrau la proiect, unul dintre colegi din echipa lui i-au lipit pe spate o foaie pe care scria „mămăligă”. Nimeni din sala de clasă nu i-a spus de foaie, dar au râs cu toţii. În pauză, Ionuţ a găsit foaia şi a aruncat-o la coşul de gunoi.

b) Milena este nouă în clasă. S-a întors cu părinţii ei din străinătate şi i-a fost foarte greu să se acomodeze la noua şcoală, dar şi-a făcut un grup de prietene. Într-o zi fetele se plictiseau la şcoală şi au decis să facă ceva amuzant. Când au văzut că Milena intră pe poarta şcolii au mers la ea şi i-au spus că este chemată la domnul director. Milena s-a speriat şi nu înţelegea despre ce este vorba, dar a mers la biroul directorului. Înainte să poată bate la uşă, prietenele ei au oprit-o

şi râzând i-au spus că nu trebuie să mai fie aşa credulă şi că nu a fost chemată de director.



După realizarea celor două jocuri de rol, adresaţi elevilor următoarele întrebări: În care situaţie putem spune că este vorba despre bullying? Cum se simte persoana care este victimă, dar persoana/persoanele care hărţuiesc? Ce părere aveţi despre intenţiile celor care hărţuiesc?



Notaţi pe foaia de flipchart prima caracteristică a bullying-ului, *intenţionalitatea*, şi explicaţile elevilor semnificaţia.

Conţinuaţi activitatea prin a-i provoca pe elevi la un nou joc care surpinde caracterul repetitiv al bullying-ului. Explicaţi acestora că trebuie să se ridice în picioare şi să îşi aleagă o poziţie incomodă. Apoi, spuneţi-le că vor trebui să stea în acea poziţie timp de 60 de secunde. După începerea exerciţiului, porniţi un cronometru pentru a vedea cât a rezistat fiecare. Elevii se pot retrage în orice moment din activitate, iar cadrul didactic notează cât au rezistat fiecare.



După realizarea jocului, adresaţi elevilor următoarele întrebări: cât de confortabil a fost pentru voi să staţi în poziţia aleasă? Ce legătură credeţi că are asta cu bullying-ul? De ce unii au rezistat mai puţin şi alţii au rezistat mai mult?



Sumarizaţi răspunsurile elevilor şi notaţi pe foaia de flipchart a doua caracteristică a bullying-ului, *repetitivitatea*, şi explicaţile elevilor semnificaţia.

Următoarea activitate are rolul de a-i ajuta pe elevi să înţeleagă a trei caracteristică a bullying-ului şi anume dezechilibrul de putere. Împărţiţi grupul clasă în 4 grupuri, fiecare grup va avea câte o sarcină specifică. După ce realizează sarcinile, lipiţi pe foaia de flipchart informaţiile obţinute şi discutaţi rezultatale cu elevii.

G1 - Victima: aspect fizic	G2 - Hărţuitor: aspect fizic
G3 - Victima: Cum se comportă	G4 - Hărţuitor: Cum se comportă

Informaţii pentru cadrele didactice:

Un copil este hărţuit sau tratat rău, când unul sau mai mulţi copii îi spun lucruri neplăcute, este lovit, amenințat, închis într-un spaţiu, izolat de restul grupului sau când primeşte mesaje urâte. Printre caracteristicile bullying-ului se numără: *intenţionalitatea* (agresorul doreşte să facă rău unei anumite persoane, numită victimă), *imbalanţa de putere* (agresorul consideră că este mai puternic fizic şi/sau psihic decât victima) şi *repetitivitatea* (agresorul perpetuează bullying-ul în mod repetat). În bullying sunt implicate mai multe persoane, care au diferite roluri ce pot duce la perpetuarea fenomenului: 1) agresorul: persoana care conduce actele de bullying: 2) victima: persoana care este victimizată în mod repetat; 3) susţinătorii agresorului (cei care susţin bullying-ul prin aclamarea agresorului, participare sau confirmarea că acţiunea este una justă şi că victima o merită); 4) observatorii: acele persoane care observă ceea ce se întâmplă, dar nu iau partea nimănui şi pretind că nici nu s-ar întâmpla sau se retrag atunci când are loc bullying-ul; 5) apărătorii: acei copii care apără victima bullying-ului, care se confruntă cu agresorul şi îi spun să se oprească.

Vă recomand să urmăriţi şi acest clip video:
https://www.youtube.com/watch?v=EhuK0gMH-Co

Activitatea 2

În această activitate, elevii vor învăţa despre:

- tipurile de bullying şi caracteristicile acestora;
- rolurile în bullying;
- metodele de intervenţie pentru a stopa fenomenul.

Materiale necesare:

- foi cu Fişa 1
- foi cu situaţii

Derularea activităţii



Începeţi activitatea prin a oferi elevilor fişa de lucru din Anexa 1. Cereţi acestora să identifice situaţiile de bullying. Discutaţi fiecare situaţie în parte şi identificaţi altele similare întâlnite în clasă.



Prezentaţi elevilor tipurile de bullying şi apoi cereţi acestora să le identifice in situaţiile din fişa de lucru:

- Bullying verbal: jigniri, insulte, ameninţări, porecle, denigrare, etc.
- Bullying fizic: bătăi, tras de păr, îmbrânciri, loviri, pus piedică, etc.
- Bullying emoţional: minciună şi/sau răspândire de zvonuri, excluderea victimei din grupuri de socializare, etc.
- Cyberbullying: comentarii negative online, mesaje de denigrare, trimiterea de mesaje abuziv, etc.



Împărţiţi clasa de elevi în grupuri (4-6 elevi). Oferiţi fiecărui grup câte un scenariu dintre cele prezentate. Cereţi fiecărui grup să citească situaţia şi să răspundă la întrebări (timp de lucru = 10 minute). *Activitate adaptată după "Youth 4 Youth- Empowering young people in preventing gender-based violence through peer education" © 2012, Mediterranean Institute of Gender Studies.*

Situaţia 1: Maria este nouă la noi în clasă. Știți că se simte singură și își dorește mult să-și facă prieteni. O altă fată o întreabă dacă poate împrumuta telefonul ei mobil pentru a-și suna părinții. Mai târziu o vedeți pe fată ținând telefonul Mariei și râzând cu un grup de elevi pe hol. Când întrebi ce s-a întâmplat, fata explică faptul că a folosit telefonul Mariei pentru a publica un mesaj pe peretele ei de FB: 'contactați-mă pentru pupici gratuiţi'. Ea îți arată că există deja câteva răspunsuri explicite la text din partea unor băieți care îi cer să se întâlnească cu ei. Toți elevii din grup glumesc spunând că Maria 'acum chiar este populară'.

Întrebări:

1. Cum credeți că au făcut-o colegii ei pe Maria să se simtă?
2. Cum vi se pare comportamentul fetei? Ce încerca ea să obțină?
3. Cum vi se pare comportamentul celorlalți implicați (elevii care râdeau și băieții care au răspuns la mesaj)? Ce încercau să obțină?
4. Ați defini experienţa Mariei drept bullying?
5. Ce credeți că ar trebui să facă Maria acum?
6. Ce ați face/spune dacă ați fi prietenul/prietena Mariei?
7. Ce ați face/spune dacă ați fi prietenul/prietena fetei care a luat telefonul Mariei?

Situaţia 2: Petru este un elev strălucit din clasa voastră. Alți elevi îi cer tema pentru a o copia, dar el refuză întotdeauna. El are astm și acest lucru face ca să fie dificil pentru el să participe la activități sportive. Recent, l-ai văzut având un atac de astm în timp ce juca fotbal. Colegii lui de

echipă glumesc pe seama lui în fiecare zi și îl numesc ‘praf’. Unul dintre băieți l-a îmbrâncit și a căzut în genunchi în noroi și i-a făcut o poză cu telefonul mobil. Mai târziu, același băiat vă cere să vă uitați la pagina lui de Facebook. Încărcase fotografia cu Petru, cu titlul ‘Așa arată eșecul’. V-a spus că unii dintre elevi din clasă deja au dat „like” fotografiei. V-a cerut să spuneți cât mai multor oameni să dea „like” fotografiei.

Întrebări:

1. Cum credeți că l-au făcut colegii lui pe Petru să se simtă?
2. Cum vi se pare comportamentul băiatului? Ce încerca el să obțină?
3. Cum vi se pare comportamentul celorlalți elevi implicați (toți cei care l-au făcut pe Petru ‘praf’ și care au dat ‘like’ la fotografia de pe Facebook)? Ce încercau să obțină?
4. Ați defini experienţa lui Petru drept bullying?
5. Ce credeți că ar trebui să facă Petru acum?
6. Ce ați face/spune dacă ați fi prietenul/prietena lui Petru?
7. Ce ați face/spune dacă ați fi prietenul/prietena băiatului agresor?

Situaţia 3: Eric este cu voi în aceeași clasă. O altă colegă, Laura, îi cere o întâlnire, dar el nu a fost interesat. De atunci, Laura și prietenele ei râd de el de fiecare dată când trece pe lângă ele. L-au întrebat cu voce tare dacă ‘preferă băieții în locul fetelor’ astfel încât toată lumea să le audă. Unii dintre profesori le-au auzit și ei spunând acest lucru, dar au ignorat comentariile. O săptămâna mai târziu, Laura și prietenele ei au lăsat broșuri despre drepturile homosexualilor și organizații de sprijin pe banca lui Eric.

Întrebări:

1. Cum credeți că l-au făcut pe Eric să se simtă Laura și prietenele ei?
2. Cum vi se pare comportamentul Laurei? Ce încerca ea să obțină?
3. Cum vi se pare comportamentul prietenelor Laurei și al profesorilor care au ignorat comentariul? Ce încercau să obțină?
4. Ați defini experienţa lui Eric drept bullying?
5. Ce credeți că ar trebui să facă Eric acum?
6. Ce ați face/spune dacă ați fi prietenul/prietena lui Eric?
7. Ce ați face/spune dacă ați fi prietenul/prietena Laurei?

După ce fiecare grup şi-a prezentat situaţia şi răspunsul la întrebări, sumarizaţi informaţiile primite şi explicaţi elevilor care sunt rolurile persoanelor implicate în bullying: agresorul, victima şi martorii (implicaţi sau pasivi).

Fişă de lucru - Este sau nu este bullying?

1. În curtea şcolii auzi întâmplător cum prietenul tău cel mai bun spune lucruri neadevărate despre tine unui alt coleg.

2. Un coleg îi pune piedică unui al coleg, se amuză copios şi apoi pleacă.

3. Prietenul tău râde şi tachinează un coleg, care are probleme de vorbire, în fiecare pauză.

4. Te cerţi cu colegul tău de bancă deorece ţi-a luat stiloul.

5. Un coleg te înjură după ce l-ai bătut la un joc online.

6. Felicia şi Achim au fost într-o relaţie. Noua prietenă a lui Achim postează online informaţii false despre Felicia şi încurajează şi alţi colegi să facă la fel.

7. Evelin nu o place deloc pe noua colegă, de aceea ori de câte ori are ocazia se uită însistent la ea, o exclude din activităţile clasei şi îi vorbeşte urât.

8. Pe grupul clasei apar mai multe imagini de la o aniversare. Unii nu sunt mulţumiţi de cum au ieşit în poze şi încep să se certe.

Activitatea 3 - Strategii de prevenţie şi intervenţie în bullying

În această activitate, elevii vor învăţa despre:

- tipurile de bullying şi caracteristicile acestora
- rolurile în bullying şi cum pot interveni pentru stoparea acestui fenomen

Materiale necesare:

- Foi de flipchart
- Creioane, carioci, pixuri colorate

Derularea activităţii

Împărţiţi clasa de elevi în mai multe grupuri (4-6 elevi; minim 2 grupuri). Fiecărui grup oferiţi o foaie de flipchart şi una dintre cele trei sarcini prezentate mai jos. Ghidaţi elevii în realizarea materialelor.

Sarcina 1: realizaţi un poster pentru o campanie anti-bullying. În poster trebuie să se regăsească următoarele informaţii:

- titlul campaniei;

- participanţii (pot fi elevii şcolii, părinţii, profesorii, alţi membri din comunitate);
- perioada în care se va desfăşura (1 zi din anul şcolar sau mai multe);
- activităţi (câteva exemple de activităţi ce vor fi derulate în cadrul campaniei);
- desene şi mesaje sugestive anti-bullying.

Sarcina 2: realizaţi un poster de informare pentru ceilalţi elevi privind fenomenul de bullying. În poster trebuie să se regăsească următoarele informaţii:

- definiţia bullying-ului; consecinţele;
- tipuri de bullying; rolurile în bullying;
- acţiuni ce pot fi realizate pentru a preveni bullyingul cu elevi, părinţi şi profesori;
- desene şi mesaje sugestive anti-bullying.

Activitatea 4 şi 5 – emoţii şi reglare emoţională – s-a adaptat, pentru 2 sesiuni de consiliere colectivă, conţinutul Şedinţei 2 şi Şedinţei 3 de la programul de consiliere individuală realizat cu adolescenţii.

Anexa 4. Rezultatele prelucrări statistice – experiment formativ

Tabel A4.1 Omogenitate grupurilor GC_a şi GE_a formate din adolescenţi

Variabile	Mean rank GC_a	Mean rank GE_a	Mann-Whitney	*p*
Gen	11.08	12.00	65.000	0.703
Vârsta	11.21	11.85	63.500	0.805
Tip abuz	10.75	12.40	69.000	0.517
Susport social părinţi	10.50	12.70	72.000	0.425
Suport social colegi	11.88	11.05	55.500	0.765
Suport social cadre didactice	12.58	10.20	47.000	0.387
Probleme emotionale	9.50	13.90	84.000	0.067
Probleme de comportament	10.71	12.45	69.500	0.500
Probleme de hiperactivitate	11.54	11.45	59.500	0.973
Probleme cu covarstnicii	10.58	12.60	71.000	0.453
Anxietate/depresie	10.25	13.00	75.000	0.310
Depresie/insingurare	12.04	10.85	53.500	0.664
Acuze somatice	10.83	12.30	68.000	0.592
Probleme sociale	11.38	11.65	61.500	0.920
Motivaţie academică scăzută	9.75	13.60	81.000	0.164
Dificultăţi de concentrare/atenţie	9.50	13.90	84.000	0.112
Adaptare şcolară	10.04	13.25	77.500	0.223

Tabel A4.2 Omogenitate grupurilor GC_p şi GE_p formate din părinţi

Variabile	Mean rank GC_p	Mean rank GE_p	Mann-Whitney	*p*
Suport social primit	14.55	10.96	68.000	0.054
Stres parental	12.80	10.42	47.000	0.389

Tabel A4.3 Omogenitate grupurilor GC_{cd} şi GE_{cd} formate din cadre didactice

Variabile	Mean rank GC_{cd}	Mean rank GE_{cd}	Mann-Whitney	*p*
Raportare abuz	9.21	7.94	26.500	0.596
Cunoştinte	9.50	7.72	24.500	0.454
Atitudine creştere copil	9.79	7.50	22.500	0.272
Atitudine pedepsire abuzatori	6.07	10.39	48.500	0.067
Atitudine realizare raport	6.29	10.22	47.000	0.099
Atitudinea responsabilitate profesională	6.79	9.83	43.500	0.201
Norme subiective directe	7.71	9.11	37.000	0.628
Norme subiective indirecte	7.79	9.06	36.500	0.611
Control comportamental persoană	8.86	8.22	29.000	0.789
Control comportamental cadru	8.71	8.33	30.000	0.869

ANEXA 5. Model acord părinţi

CENTRUL JUDEŢEAN DE RESURSE ŞI ASISTENŢĂ EDUCAŢIONALĂ NEAMŢ

Instituţia de învăţământ.....

ACORDUL PĂRINTELUI PENTRU CONSILIERE

Subsemnatul(a) ....., în calitate de părinte al preşcolarului / elevului ..... din grupa ..... / clasa ....., sunt de acord / nu sunt de acord ca fiul/fiica mea să beneficieze de serviciile oferite de cabinetul de asistenţă psihopedagogică în anul şcolar ...., servicii oferite de către profesorul consilier şcolar.....

Data, Semnătura,

Număr de telefon părinte:.....

Prezentul acord vizează participarea elevului/elevei la un număr de 12 şedinţe individuale (câte minim două şedinţe pe lună, fără a afecta programul şcolar), derulate în timpul săptămânii (luni-vineri) în cadrul cabinetului de consiliere şcolară, aflat în incinta şcolii. Participarea la şedinţele de consiliere nu prezintă niciun risc asupra sănătăţii fizice şi psihice a elevului, toate informaţiile prezentate de către acesta rămânând sub protecţia confidenţialităţii datelor. Răspunsurile la întrebările din chestionare vor fi folosite doar în scop de cercetare, fără a se menţiona numele elevului sau alte date cu caracter personal. În orice moment, elevul sau dumnevoastră puteţi propune încheierea acordului de consiliere, urmată de retragerea din cadrul şedinţelor desfăşurate la cabinet.

Rezultatele programului de consiliere vor fi prezentate agregat în cadrul unor manifestări ştiinţifice şi lucrări publicate în reviste de specialitate. Aveţi posibilitatea să cereţi un raport cu rezultatele obţinute de către fiul/fiica dumnevoastră, după realizarea etapei de colectare a datelor.

Vă rog să citiţi cu atenţie şi următoarele pagini, privind prelucrarea datelor cu caracter personal, realizate în conformitate cu legislaţia în vigoare, şi să semnaţi la final!

DECLARAȚIE DE CONSIMȚĂMÂNT

privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Centrul Județean de Resurse și Asistență Educațională Neamț, cu sediul în Piatra Neamț, str. Gavril Galinescu nr.13, C.U.I. 22900445, colectează și procesează datele personale ale copiilor/elevilor/tinerilor, beneficiari ale serviciilor oferite, în vederea evaluării, analizei și orientării școlare și profesionale precum și datele personale ale părinților/reprezentanților legali în vederea contactării și comunicării cu aceștia.

I. INFORMARE

A. Categoria de date cu caracter personal prelucrate:

1. De identificare ale copiilor/elevilor/tinerilor: nume, prenume, CNP, data și locul nașterii, adresa de domiciliu;
2. De identificare și contact ale părinților/reprezentanților legali: nume, prenume, adresa de domiciliu, telefon;
3. Școlare: unitatea de învățământ în care este înscris elevul, clasa, nivelul de învățământ;
4. Speciale: date privind starea de sănătate;

B. Scopul prelucrării datelor cu caracter personal:

CJRAE Neamț colectează și prelucrează datele dumneavoastră enumerate la pct. A, în următoarele scopuri:

1. Analiză, evaluare și orientare școlară și profesională;
2. Contact și comunicare;
3. Statistică;

C. Datele cu caracter personal enumerate la pct. A pot fi transmise către următorii destinatari:

1. Inspectoratul Școlar Județean Neamț;
2. Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului Neamț;
3. Consiliul Județean Neamț;
4. Unitățile de învățământ din județul Neamț;

D. Transferul datelor cu caracter personal într-o țară din afara Uniunii Europene sau a Spațiului Economic European:

Nu este cazul.

E. Perioada de păstrare a datelor cu caracter personal.

Datelor personale colectate de către instituția noastră vor fi prelucrate în scopurile menționate la pct. B, cel mult 10 ani după încetarea relației de colaborare sau până la retragerea consimțământului dumneavoastră.

F. Drepturile pe care le are persoana vizată în ceea ce privește datele cu caracter personal.

În conformitate cu prevederile și în condițiile prevăzute de Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor) și de legislația națională, puteți exercita următoarele drepturi:

a) dreptul de acces la datele dumneavoastră cu caracter personal;

b) dreptul la rectificare/actualizare a datelor, atunci când acestea sunt inexacte/incomplete;

c) dreptul la ștergerea datelor;

d) dreptul la restricționarea prelucrării datelor;

e) dreptul la portabilitatea datelor (transferul datelor personale proprii către un alt operator de date personale desemnat de dumneavoastră);

f) dreptul la opoziție;

g) dreptul de a depune o plângere la operator și/sau la autoritatea de supraveghere privind protecția datelor (Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal);

h) dreptul de a vă retrage consimțământul, în orice moment, pentru prelucrarea datelor personale, la care ați consimțit anterior;

i) dreptul de a fi notificat în caz de încălcări privind securitatea datelor, de către operator.

G. Vă informăm că datele oferite vor fi prelucrate în conformitate cu prevederile legislației naționale privind protecția datelor cu caracter personal (Legea nr. 190/2018), cu prevederile Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a directivei 95/46/CE (regulamentul general privind protecția datelor), precum și cu prevederile Politicii de prelucrare a datelor cu caracter personal de la nivelul instituției.

H. Pentru informații suplimentare cu privire la protecția datelor cu caracter personal prelucrate pe baza prezentului consimțământ, precum și modalitățile prin care vă puteți exercita drepturile menționate la pct. F, vă puteți adresa instituției prin depunerea/transmiterea unei cereri la adresa specificată în prima partea a prezentului document;

II. CONSIMȚĂMÂNT

Subsemnatul/a ....., în calitate de părinte/reprezentant legal al copilului/elevului ..... am luat la cunoștință informațiile din prezentul document și :

- ☐ **DA** sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal în scopurile prevăzute la pct. B;
- ☐ **NU** sunt de acord cu prelucrarea datelor cu caracter personal în scopurile prevăzute la pct. B.

Data, Semnătura,

Declaraţie privind asumarea răspunderii

Subsemnata, Mihalache Delia-Simona, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări şi realizări ştiinţifice. Conştientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecinţele în conformitate cu legislaţia în vigoare.

Numele, prenumele: Mihalache Delia-Simona

Semnătura:

Data:

CURRICULUM VITAE



Nume, Prenume: Mihalache Delia-Simona
Email: delia.cristescu@cjrae-neamt.ro
Naţionalitatea: român
Data naşterii: 30.05.1990
Locul Naşterii:

STUDII:

2021-prezent: Doctorand la Şcoala Doctorală, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă", Chişinău, Republica Moldova, Specialitatea 511.02 – Psihologia Dezvoltării şi Psihologia Educaţională

2012-2014: Master în Psihologia Sănătăţii Publice şi Clinice, Universitatea Babeş Bolyai, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei

2009-2012: Licenţă în Psihologie, Universitatea Babeş Bolyai, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei

2005-2009: Diplomă de Bacalaureat, Colegiul Naţional Ştefan cel Mare, Târgu Neamţ

ACTIVITATEA PROFESIONALĂ

2019 – prezent: Profesor în centre şi cabinete de Asistenţă Psihopedagogică, Liceul Tehnologic Oglinzi, Neamţ, România

2020-2022: asistent de cercetare în învăţământul superior, Proiect PN-III-P1-1.1-TE-2019-0226; director grant: lect. Univ.dr. Catrinel Ştefan, Universitatea Babeş Bolyai, Cluj Napoca, România

2016-2017: asistent de cercetare în învăţământul superior, Proiect BIC – „Bullying in Institutional Care"; director grant: prof. Univ. Dr. Adriana Băban, Cluj Napoca, România

2014-2017: cadru didactic tutore curs „Psihologie Experimentală şi Analiza datelor", Universitatea Babeş Bolyai, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, Cluj Napoca

2014-2017: cadru didactic tutore curs „Introducere în Psihologie", Universitatea Babeş Bolyai, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei

PUBLICAŢII ŞI PARTICIPĂRI LA CONFERINŢE

Activitatea ştiinţifică est reflectată în 3 publicaţii in reviste din categroia B+ (cu date din prezenta teză), 3 publicaţii ISI (care nu au date din acestă teză, dar au metodologie conexă), 6 participări la conferinţe naţionale şi internaţionale (5 articole publicate în volumele conferinţelor) şi 2 capitole publicate în volume edictoriale tipărite.