

Valentina OLĂRESCU

Armand VELEANOVICI

CZU [159.922.7+37.018]:343.62

**PERSPECTIVE PSIHOSOCIALE ALE
ABUZULUI ȘI NEGLIJĂRII COPILULUI**

CHIȘINĂU 2014

CUPRINS

Introducere	3
Scurtă perspectivă istorică a abuzului și neglijării	3
Definirea abuzului și neglijării și manifestarea acestora	5
Tipuri de abuz	9
Efectele abuzului și neglijării	19
Diagnostice DSM asociate abuzului și neglijării	26
Evaluarea psihologică a copilului abuzat sau neglijat	33
Intervenția psihoterapeutică	41
Activități în grupul de consiliere pentru părinți	51
Un model de ședință de grup cu copiii. Identificarea trăirilor și emoțiilor.	59
Pe post de concluzii / Câteva concluzii	60
<i>BIBLIOGRAFIE</i>	61

Introducere

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

Problematika abuzului și neglijării copilului este globală, existând în toate țările lumii forme diverse de manifestare a acestora, uneori fiind înrădăcinate în practicile culturale, economice și sociale specifice. O mare parte din copiii aparținând diverselor societăți sunt victime ale violenței în propriul cămin. La nivel mondial, doar un număr de 16 țări au interzis cu desăvârșire pedepsele corporale asupra copiilor, astfel majoritatea copiilor lumii nu sunt protejați împotriva lovirii, bătăilor sau umilirii de către proprii părinți. Mai mult, copiii sunt expuși violenței și în locuri în care ar trebui să se simtă protejați, cum sunt școlile, locurile de muncă (legale sau ilegale), sistemul judiciar. Conform raportărilor *UNICEF*, în peste 100 de țări este permisă lovirea copilului în unitățile școlare, iar în mai mult de 30 de state justiția poate decide aplicarea de pedepse corporale (bătăi, biciuiri) asupra copiilor.

Prin definiție, familia trebuie să protejeze copilul de orice formă de violență și, de asemenea, să îl învețe să se poată proteja singur. Dar familia poate fi și un mediu periculos pentru creșterea și dezvoltarea copilului. Prevalența violenței părinților sau a altor membri apropiați ai familiei asupra copilului, prin abuz fizic, emoțional sau sexual și neglijare este cunoscută și atent analizată în ultima perioadă. Tema abuzului și neglijării copilului a suscitat, de-a lungul atenția multor cercetători: medici pediatri, neurologi sau psihiatri, psihologi, psihoterapeuți, asistenți sociali, sociologi. Evaluarea abuzului și neglijării copilului în familie reprezintă un demers dificil, existând o reticență de a interveni în ceea ce este perceput în majoritatea societăților ca "sferă privată". Dar este responsabilitatea statului, prin instituțiile sale specializate, de a proteja copiii prin instituirea de măsuri prin care să se asigure că părinții sau tutorii legali nu încalcă drepturile acestora.

Scurtă perspectivă istorică a abuzului și neglijării

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

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

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

În prezent, atât în *DSM IV TR* (APA, 2003), cât și în *ICD 10* (OMS, 1998) sunt notate sindroame determinate de maltratare: abuz fizic, abuz sexual, abuz emoțional, neglijare etc.

Definirea abuzului și neglijării și manifestarea acestora

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

Legea nr. 257 / 2013 definește abuzul asupra copilului ca fiind *orice acțiune voluntară a unei persoane care se află într-o relație de răspundere, încredere sau de autoritate față de acesta, prin care sunt periclitate viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului.* Aceeași lege definește neglijarea copilului astfel: *omisiunea, voluntară sau involuntară, a unei persoane care are responsabilitatea creșterii, îngrijirii sau educării copilului de a lua orice măsură pe care o presupune îndeplinirea acestei responsabilități, care pune în pericol viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului.*

Literatura de specialitate analizează diverse perspective ale fenomenului abuzului și neglijării. Astfel, sunt identificate unele caracteristici ale maltratării copilului: raportul inegal de forțe între victimă și agresor; copilul victimă se află în îngrijirea adultului; agresorul are acces permanent la victimă; imoralitatea sau iresponsabilitatea agresorului; efectele asupra dezvoltării copilului; forme ale maltratării: omisiunea unor nevoi ale copilului (neglijare) sau prin comiterea unor acte agresive (abuz); abuzul se produce cu intenție (Neamțu, G., 2003). Abuzul împotriva copiilor este privit în general ca un fenomen legat de mediul familial, de persoanele din familia nucleară sau extinsă, menită să îngrijească copiii, sau de înlocuitorii acestora. Pecora (1992) descrie trei niveluri ale abuzului asupra copilului: societal, instituțional și familial (apud Neamțu G., 2003; Bulgaru, M., 2002). *Abuzul societal* reprezintă totalitatea acțiunilor, atitudinilor și valorilor societății care împiedică buna dezvoltare a copilului. Unele societăți sunt abuzive cu copiii, neconstituind medii prielnice de dezvoltare a acestora. *Abuzul instituțional* (organizațional) se referă la organizațiile și instituțiile frecventate de copii sau care ar trebui să aibă drept preocupare bunăstarea copilului. Prin această formă de abuz, unele școli,

autorități, instituții, unități medicale operează în modalități discriminatorii sau de nerespectare a drepturilor copiilor. Copiii din familiile sărace sau cei aparținând minorităților naționale defavorizate (romi) au un risc crescut de abandon școlar, datorită neglijării lor din partea cadrelor didactice, ajungând cel mai adesea în instituțiile de ocrotire, unde pot fi, de asemenea, supuși abuzului. În aceste instituții se pot întâlni nu numai mentalități sau practici discriminatorii, dar și forme dintre cele mai grave de abuz fizic sau emoțional. În contrast cu abuzul societal și instituțional, *abuzul familial* este comis de membrii familiei copilului, în special de către cei în care copilul are încredere, cei însărcinați cu îngrijirea copilului.

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

Într-un caz de abuz intrafamiliar comis asupra unuia sau mai multor copii pot fi identificați o serie de *factori favorizanți*: factori sociali: mediile defavorizate, sărăcia, alcoolismul, șomajul etc.; factori sociologici: familii monoparentale, familii dezorganizate, concubinajul, familii mixte; factori psihologici, care țin de personalitatea părinților, de caracteristicile lor psiho-afective, de evenimentele care au marcat viața de familie (Andrei și Oros, 2007). Acești factori se influențează reciproc, prin formarea unor cercuri vicioase care se autoîntrețin. În interiorul acestor familii se acumulează de-a lungul timpului tensiuni foarte puternice. Toleranța la frustrare fiind scăzută și neexistând alternative la confruntarea directă, apar situații de criză intrafamiliară care favorizează decompensarea și trecerea la abuzul asupra copilului. Se poate vorbi de existența unor factori de risc, care, acumulați, determină apariția unor situații de abuz. Un singur factor de risc nu produce neapărat un abuz, însă conjugarea mai multor factori creează o conjunctură favorabilă producerii unei situații de abuz sau neglijare.

Ș. Ionescu (2001) observă că maltratarea poate avea cauze multiple: patologia părinților, carențele relaționale copil-părinte, problemele familiei. Trecând în revistă o serie de cercetări ale fenomenului, autorul constată existența mai multor factori etiologici și de risc: patologia

autorului maltratării (scoruri ridicate la măsurătorile psihopatologice, distorsiuni cognitive, percepții negative și așteptări nerealiste de la copil), transmiterea transgenerațională a maltratării, în cazul familiilor cu mod de viață haotic, cu relații dezorganizate, în care carențele, maltratările și confundarea rolurilor se repetă de-a lungul mai multor generații, contextul familial și de mediu (șomajul, sărăcia, lipsa susținerii sociale, rețelele sociale reduse și nesatisfăcătoare, lipsa accesului la resursele comunității, participarea socială), situațiile de criză familială (divorț, adopție, recompunere familială, doliu, sinucidere, alcoolism, toxicomanie). Marceline Gabel (apud Ionescu, 2001) identifică o multitudine de *factori cauzali* care interacționează în situațiile de maltratare: socio-economici, psihologici (psihoză, abuz de droguri, alcoolism, deficiență); de mediu (izolare, lipsa sprijinului social); legați de istoria familiei (separare, doliu, șomaj etc.); educativi (pedepse corporale); factori legați de dezvoltarea normală a unui copil mic (exersarea controlului sfincterian, tulburări de somn, refuz alimentar etc.); factori legați de existența unui copil sau caracteristicilor acestuia (nu corespunde copilului imaginar sau reparator în ceea ce privește sexul, o trăsătură fizică sau alte caracteristici); factori de ordin interactiv.

Divet (apud Neamțu, 2003), la rândul său, găsește în comportamentul parental o serie de indicatori ai *riscului de maltratare a copilului*, care apar uneori chiar înaintea nașterii acestuia, de o deosebită importanță pentru specialist. Sesizarea unui număr mai mare dintre acești indicatori impune luarea de măsuri pentru preîntâmpinarea maltratării copilului:

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

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

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

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

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

- caracteristici ale modului de viață (familiar, social, economic): antecedente personale sau familiale nefavorabile (crescut în casa de copii, copii abandonati, divorțuri); amestecul generațiilor; alți copii ai familiei care se află în servicii de protecție a copilului; izolare socială sau familială; insuficiențe ale resurselor existențiale, șomaj; condiții proaste de locuit, promiscuitate, dezdăcinare din zona de origine; grupuri marginalizate, vulnerabile; separare, divorț, mutatul familiei, doliu după o persoană importantă pentru familie; întoarcerea acasă a unui copil anterior plasat; o nouă sarcină neașteptată.

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

În lucrările de psihiatria copilului sunt incluse sindroame asociate abuzului și neglijării. *Tratatul de Psihiatrie Oxford* (1997) descrie *abuzul fizic* (lezarea neaccidentală), *abuzul emoțional*, *abuzul sexual*, *neglijarea*, *Sindromul deficienței nonorganice de creștere și Nanismul privativ* (*Non-Organic Failure to Thrive* și *Psychosocial Short Stature Syndrome*). Manualul de psihiatrie clinică Kaplan și Sadock (2007) notează *abuzul și neglijarea copilului*, estimând că în Statele Unite ale Americii sunt abuzați sau neglijați anual un milion de copii, motiv din care rezultă între 2 și 4 mii de decese pe an.

Dacă primele două ediții ale *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* din 1952 și 1968 nu au făcut nicio referire privind copilul maltratat, în *DSM III* (1980) apare capitolul intitulat *Codul 5 pentru situații nedatorate tulburărilor mintale, dar care pot apare datorită lipsei de atenție sau tratamentului* și mențiunea că respectiva categorie poate fi folosită atât pentru părinți cât și pentru copii când situația apărută nu se datorează tulburării mintale, ci unor probleme părinte-copil care interferă cu tratamentul sau cu îngrijirea. *DSM IV TR* (2000), apărut în traducere românească în 2004, include capitolul *Alte condiții ce pot atrage atenția din punct de vedere clinic*, care cuprinde în secțiunea *Probleme în legătură cu abuzul sau neglijarea* categorii ce trebuie utilizate când centrul atenției clinice îl reprezintă relele tratamente prin abuz fizic, abuz sexual sau neglijarea copilului (codificare pe

Axa I, V61.21). Dacă subiectul evaluat este copilul victimă a abuzului sau neglijării, se codifică 995.52, 995.53 sau 995.54.

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

Tipuri de abuz

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

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

În *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2000), abuzul fizic este caracterizat de către Kaplan și Sadock drept producerea cu bună intenție de suferințe și vătămări corporale prin lovirea copilului cu pumnul, piciorul sau cu obiecte contondente, prin arderea, înțeparea, tăierea sau otrăvirea acestuia. Unele acte de abuz fizic apar ca rezultat al unor severe și nejustificate pedepse corporale (apud Dobrescu, I., 2005). *Tratatul de Psihiatrie Oxford* (1994) notează că un copil poate fi adus la medic prezentând echimoze multiple, arsuri, zgârieturi, mușcăături, sfâșierea buzei superioare, fracturi, hemoragie subdurală, hemoragie retiniană. După Marcelli (2006), copiii pot prezenta hipotrofie sau retard staturo-ponderal, dar nu întotdeauna starea generală este afectată. Cercetătorul american Pecora (1992) definește abuzul fizic ca vătămare produsă neaccidental de persoana în grija căreia se află un copil (apud Bulgaru, M., 2002).

După Killen (1998), copiii care au fost răniți în mod deliberat sau din cauza insuficienței supravegheri reprezintă categoria copiilor abuzați fizic. Deseori, copiii supuși abuzului fizic prezintă contuzii, care pot apărea de la ciupituri, lovituri sau trântiri ale copilului și arsuri. Copilul prezintă contuzii lăsate de palme sau obiecte pe spate sau pe fund, urme de degete pe obraji, picioare sau brațe, ochi vineți urmare a loviturilor primite. Arsurile pot proveni de la țigări sau diverse obiecte electrice. De asemenea, pot apărea fracturi ale mâinilor sau picioarelor. Dykes (apud Killen, K., 1998) descrie efectul scuturărilor puternice provocate copiilor de vârstă mică, care pot duce la un efect de biciuire a capului, producând sângerări ale meningelui, în membrana protectoare a creierului sau în interiorul ochiului.

M. Roth (1999) identifică patru categorii de copii, după gravitatea efectelor abuzului: copii expuși abuzului fizic minor (suprafețe de piele înroșite, leziuni ușoare); copii expuși abuzului fizic major (cap spart, oase rupte, arsuri etc.); copii cu risc, care au suportat rele tratamente în trecut, dar nu există certitudinea că sunt supuși unui abuz și în prezent; copii exploatați prin muncă, care îndeplinesc activități ce presupun depășirea capacităților lor fizice, sunt contrare preocupărilor specifice vârstei, înjositoare sau împiedică pregătirea școlară sau profesională. În aceeași lucrare se analizează comportamentele punitive ale părinților, potențial cauzatoare de abuz. Autoarea definește pedepsele fizice ca metode educative menite de a cauza copilului durere: bătăi cu mâna sau diferite obiecte, aplicate pe diverse părți ale corpului, așezarea copilului în genunchi, legarea, scuturarea, lovirea lui de perete sau de un obiect, tragerea de urechi sau de păr sau chiar acțiuni periculoase, precum arderea sau otrăvirea lui. Ea este de părere că pedepsele minore ce sunt date în mod regulat nu dăunează sănătății și integrității corporale a copilului, deși nu sunt lipsite de pericol pentru sănătatea sa psihică. Folosite repetat, impropriu sau fără concordanță cu gravitatea faptei comise, pot duce la traume psihice, deoarece transmit copilului mesajul violenței fizice. Pedepsele reprezintă o formă de abuz când sunt aplicate în mod regulat copiilor sau când nu corespund greșelilor acestora ori sunt destinate să aducă satisfacții adultului și nu să corecteze comportamentul copilului. Sunt considerate abuzive pedepsele grave, care comportă un risc substanțial pentru sănătatea și integritatea corporală a copilului, chiar și la o singură aplicare: arsuri, înfometarea copilului, folosirea obiectelor periculoase etc.

Whitman, (1994, apud Neamțu, 2003) face diferența dintre disciplinare și abuz:

DISCIPLINĂ	ABUZ
Măsurile luate de adult sunt relaționate în	Măsurile sunt lipsite de logică: legătura

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

Tabel 1: Diferența dintre disciplinare și abuz

Abuzul emoțional desemnează un comportament impropriu al adultului față de copil, ce constă în supunerea repetată a copilului la situații al căror impact emoțional depășește capacitatea sa de integrare psihologică, cu efecte negative asupra personalității în formarea acestuia, incluzând acele acte adresate copilului, capabile să-i afecteze sănătatea sau dezvoltarea fizică, mintală, spirituală, socială. Dintre toate formele de abuz, cel emoțional este cel mai greu de definit și de demonstrat; el poate apărea în situații foarte diferite de viață.

Kaplan și Sadock (2000) consideră că orice persoană care ajunge să convingă un copil că nu este iubit, că nu este dorit, că nu este bun de nimic sau că este în pericol produce un abuz emoțional (apud Dobrescu, I., 2005). Abuzul emoțional se remarcă prin insulte verbale (înjurăturile, țipetele, sarcasmul, blamarea), răspunsuri neașteptate, dispoziție permanent negativă, certuri familiale constante, cât și comunicări cu dublu mesaj și care determină confuzia copilului. *Tratatul de Psihiatrie Oxford* definește abuzul emoțional ca împiedicarea dezvoltării copilului prin rejectare, umilire frecventă, remarci sarcastice, supraprotecție exagerată, abuz verbal sau transformarea acestuia în țap ispășitor. Garbarino (1986) consideră că abuzul emoțional reprezintă un *atac concentrat al unui adult asupra conștiinței de sine și a*

competenței sociale a copilului (apud M. Bulgaru, 2002). Garbarino et al. (1986), Pecora et al. (1992) și Whitman (1988) au identificat mai multe forme de abuz emoțional: respingerea, izolarea, terorizarea, ignorarea, coruperea (apud G. Neamțu, 2003).

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

Killen K. (1998) enumeră o serie de categorii de abuz emoțional:

- copii percepuți negativ de către părinți, uneori chiar de la naștere, rejectați, considerați răi, proști sau nebuni, trecuți cu vederea sau văzuți ca sursă a problemelor părinților. O formă aparte este reprezentată de *Sindromul Cenușăresei*, copilul fiind expus nu numai abuzului emoțional al părinților, ci și al fraților care, simțindu-se în nesiguranță și suferind de o anxietate cronică datorată atitudinii părinților, se aliază cu aceștia contra unui frate sau a unei surori;
- terorizarea copilului prin amenințări cu pedeapsa, cu părăsirea sau alungarea, care creează acestuia o stare de anxietate, căreia îi este greu să-i facă față.

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

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

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

O formă aparte de abuz emoțional o reprezintă *Alienarea parentală*. *Sindromul alienării parentale (Parental Alienation Syndrome - PAS)*. Noțiunea de *Parental Alienation Syndrome (PAS – Sindromul de alienare parentală)* a fost introdusă de profesorul de psihiatrie american R. A. Gardner în anul 1985. El definește PAS ca fiind o tulburare ce apare în principal în contextul disputei părinților asupra stabilirii custodiei unui copil și se manifestă ca o campanie nejustificată de denigrare, în fața copilului, a unui părinte de către celălalt. Unul dintre părinți, realizează o „spălare a creierului” copilului, o îndoctrinare, „vorbește de rău” celălalt părinte în fața copilului, efectul fiind un adevărat abuz emoțional asupra acestuia. PAS reprezintă o formă de abuz emoțional întrucât rezultatul său constă în privarea copilului de o relație afectuoasă cu unul dintre părinți.

D. Darnall introduce noțiunea de *Parental Alienation (PA - Înstrăinare parentală)* ca fiind orice constelație de comportamente, conștiente sau inconștiente, care ar putea evoca o perturbare a relației dintre copil și părintele care nu deține custodia sa. Pentru Dr. Darnall, accentul cade pe spălarea creierului (*brainwashing*), alienarea fiind un proces reciproc în care ambii părinți sunt prinși.

Alienarea parentală a stârnit multe controverse în lumea științifică. Sindromul alienării parentale nu este recunoscut până în acest moment ca diagnostic psihiatric. Asociația Psihologilor Americani (American Psychological Association) nu a precizat până în prezent o poziție oficială, nici *pro*, nici *contra*. Cu toate acestea, PAS și PA au fost acceptate de mulți profesioniști și de multe instanțe din SUA, Canada, Australia și Europa, incluzând CEDO și instanțele din România.

În anul 2010, W. Bernet, profesor de psihiatrie la Vanderbilt University School of Medicine, expert în psihiatria copilului și psihiatrie legală, alături de o serie de specialiști în sănătate mintală din 11 țări, printre care S.U.A., Canada și majoritatea statelor europene, a

definit *Tulburarea de alienare parentală* (*Parental Alienation Disorder - PAD*) și a propus includerea acesteia în DSM – Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale - ediția a V-a (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, publicat de American Psychiatric Association).

Principala caracteristică a *Tulburării de alienare parentală* este că un copil, de obicei aflat în situația în care părinți sunt angajați într-un divorț cu grad înalt de conflict, creează o alianță cu unul dintre părinți (părintele preferat) și respinge relația cu celălalt părinte (părintele înstrăinat) fără a avea o justificare legitimă. Simptomul principal este rezistența sau refuzul copilului de a avea contact cu părintele înstrăinat (Criteriul A).

Comportamentul copilului include o campanie persistentă de denigrare a părintelui înstrăinat și lipsa sau absurditatea raționamentului pentru care acesta este respins (Criteriul B).

Următoarele semne clinice apar frecvent în cadrul acestei tulburări, mai ales atunci când aceasta atinge un nivel moderat sau sever (Criteriul C): lipsa de ambivalență – se referă la convingerea copilului că părintele înstrăinat este întrutotul rău iar părintele preferat este întrutotul bun; fenomenul „liber-cugetător” – copilul consideră că decizia de a respinge părintele îi aparține în totalitate și că nu este influențat de către părintele preferat; sprijinul necondiționat – copilul ia automat partea părintelui preferat în cazul unui dezacord; copilul poate prezenta o desconsiderare pentru sentimentele părintelui înstrăinat și o lipsă a sentimentului de vinovăție față de acesta; copilul poate expune scenarii preluate de la părintele preferat, identice cu cele declarate de acesta; animozitatea copilului față de părintele înstrăinat se poate extinde și la familia acestuia.

Diagnosticul de *Tulburare de alienare parentală* nu se stabilește atunci când refuzul copilului de a avea contact cu părintele respins este justificat, de exemplu în cazul în care copilul a fost neglijat sau abuzat de acel părinte (Criteriul D).

Tulburarea de alienare parentală poate fi cauza pentru falsele acuze de abuz sexual împotriva părintelui înstrăinat. Părintele preferat poate ajunge la litigii, mergând până la abuz de drept, poate încălca hotărârile judecătorești care nu sunt pe placul său. Deseori, la aceste persoane se pot observa tulburări psihice: tulburare de personalitate narcisică sau borderline, experiențe psihotraumatice în copilărie, trăsături paranoide. De asemenea, părintele înstrăinat poate manifesta o serie de comportamente, care pot influența sau contribui la declanșarea tulburării: lipsa de căldură și implicare, abilități parentale deficitare, lipsa de timp dedicat activităților cu copilul. Cu toate acestea, intensitatea și durata respingerii de către copil nu este nici pe departe proporțională cu carențele minore și slăbiciunea abilităților parentale ale părintelui înstrăinat.

Clausen și Crittenden (apud K. Killen, 1996), dar și G. Neamțu (2003) constată că în toate cazurile de abuz fizic este prezent și abuzul emoțional.

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

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

Comprehensive Textbook of Psychiatry (2000), definește abuzul sexual ca un comportament sexual abuziv între un copil și un adult sau între doi copii, când unul dintre ei este mai în vârstă (I. Dobrescu, 2008). Agresorul și victima pot avea același sex sau pot fi de sexe diferite. Abuzul sexual înseamnă, de asemenea, exploatarea copiilor cu includerea lor în traficul cu minori, utilizarea lor de către proxeneți, pentru filme pornografice sau includerea în rețeaua de prostituție. Abuzul sexual se poate manifesta singular sau poate persista în timp.

După Killen (1996), abuzul sexual însumează o gamă largă de activități, cu sau fără contact sexual. În aceeași lucrare, Petersen remarcă faptul că persoanele pedofile de puține ori sunt violente, ele fiind mai degrabă senzuale și protectoare. Cu toate acestea, deși abuzul fizic lipsește în multe din cazuri, abuzul sexual este traumatizant din punct de vedere emoțional, datorită sentimentelor de complicitate și vinovăție. D. Marcelli (2003) consideră că făptașul este în general un membru al familiei sau un apropiat al copilului, doar 15% dintre agresiuni fiind produse de străini necunoscuți. El consideră că este vorba mai mult despre *ambianță* sau *climat incestuos* decât despre *relații incestuoase*. În ceea ce privește sexul victimelor, el notează că aproximativ 80% sunt fete și 20% băieți, în 99% din cazuri agresorul fiind bărbat. În peste 30% din cazuri este vorba despre relații incestuoase tată – fiică și în alte 30-40% din cazuri despre relații incestuoase tată vitreg – fiică. Sunt menționate puține incesturi mamă-fiu. Relațiile incestuoase pot implica și bunicul, unchiul, frații mai mari, etc. D. Marcelli și A. Braconnier (2006) remarcă faptul că aproximativ 50% dintre cazurile de minori implicați în probleme de incest sau de abuz sexual sunt adolescenți. Ei observă o multitudine de situații: abuzul sexual a început în copilărie și a încetat; se prelungește în adolescență; începe într-un moment al pubertății (12-13 ani); începe după instalarea pubertății (15-16 ani).

În cartea *Copilul maltratat*, M. Rouyer (1993) identifică o serie de trăsături care se regăsesc adesea în familiile incestuoase: aceleași drame se reproduc frecvent pe mai multe generații; există o disfuncție familială importantă; copilul nu este recunoscut ca subiect (apud D. Marcelli, 2003). Copiii de 8-10 ani devin cel mai frecvent victime ale incestului, chiar dacă se întâmplă ca acesta să înceapă mai devreme prin atingeri, exhibiționism etc. M. Roth (1999) oferă câteva criterii importante de apreciere a gravității abuzului sexual: vârsta copilului, fapta fiind cu atât mai gravă cu cât copilul este mai mic; intensitatea forței aplicate, fapta fiind cu atât mai gravă cu cât forța utilizată este mai mare; relația dintre abuzator și victimă, gravitatea fiind cu atât mai mare cu cât relația este mai apropiată; tipul actului sexual, gravitatea fiind mai mare dacă a avut loc penetrarea copilului. Autoarea pune în discuție și problema consimțământului, susținând opinia lui M. Kahn (1989), care consideră că nu este suficient ca o persoană să-și dea acordul pentru o anumită acțiune, ci este necesar ca aceasta să înțeleagă acțiunea propusă, să cunoască normele sociale legate de acțiunea în cauză, să fie conștientă de consecințele actelor sale și de alternativele pe care le are, să fie sigură că decizia de a nu se angaja în acțiune va fi la fel de bine acceptată ca și varianta angajării în acțiune, să accepte participarea în mod voluntar și să fie integră din punct de vedere psihic.

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

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

Organizația *Salvați Copiii* (2003) consideră că cele mai grave forme de neglijare sunt: neasigurarea unei alimentații adecvate nevoilor de dezvoltare ale copilului; neasigurarea unei îmbrăcămînți adecvate; dezinteres față de starea de sănătate a copilului; locuință cu spațiu și

igienă necorespunzătoare; insuficiența supraveghere; lipsa de preocupare pentru educația copilului; privarea copilului de afecțiune; abandonul copilului.

K. Killen (1998) distinge două forme de neglijare, fizică și emoțională. În primul caz, copiii pot fi murdari, urât mirositori, înfomețați, palizi la față, slabi, uneori lăsați ore sau zile întregi fără hrană și fără a fi schimbați, plângând după mâncare, căldură sau datorită disconfortului sau durerii. Afectează serios dezvoltarea copilului, ducând la întârziere în dezvoltarea psihomotorie și a limbajului și la o slabă concentrare. Neglijarea legată de un tratament medical poate avea consecințe deosebit de grave. A doua formă, definită ca slaba abilitate a părinților de a se angaja pozitiv, emoțional, în îngrijirea copilului, poate fi prezentă chiar de la nașterea copilului, prin abuzul de drog sau de alcool sau prin proasta hrănire. O formă aparte a neglijării emoționale o constituie cazul părinților care, fiind incapabili să se angajeze într-o relație emoțională cu propriul copil, încearcă să compenseze prin satisfacerea nevoilor materiale în mod exagerat.

Roth (1999) găsește ca motive pentru suferința copilului lipsa îngrijirii fizice, a căldurii parentale, abandonul sau neglijarea educației adecvate. Autoarea enumeră o serie de forme de neglijare: neglijarea fizică și a siguranței fizice, neglijarea educației copilului și deprivarea lui culturală, neglijarea emoțională a copilului și abandonul temporar sau definitiv al copilului.

Abandonul copilului este definit de Pecora (1992) ca fiind părăsirea acestuia fără ca părintele să se asigure de formule adecvate pentru îngrijirea sa (apud G. Neamțu, 2003). Copilul poate fi abandonat pentru perioade lungi, în maternitate sau spitale, fără acte de identitate. În aceeași lucrare este amintită noțiunea de *pierdere*, introdusă de Bowlby (1992), cu referire la orice despărțire a copilului de persoanele de care este atașat

În *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2000), neglijarea este caracterizată prin neacordarea intenționată atât a protecției cât și a tuturor îngrijirilor necesare copilului, incapacitatea permanentă de a oferi protecție și îngrijire copilului, fiind considerată cea mai frecventă formă de maltratare. Sadock & Sadock (2007) observă mai multe forme de neglijare: neglijarea fizică – lipsa alimentației adecvate, neacordarea și nesolicitarea intenționată a îngrijirilor medicale, incapacitatea de a proteja copilul de pericole externe – abandonul, supravegherea inadecvată, lipsa de supraveghere, refuzul școlarizării.

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

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

- *Sindromul copilului scuturat* este o formă de abuz fizic și apare la copilul de până la un an și este cauzat de scuturările bruște și brutale, voluntare sau datorate unor comportamente inadecvate ale părinților/altor persoane, unele dintre acestea fiind considerate o formă de joacă cu copilul. Aceste scuturări conduc la apariția hemoragiilor intracraniene (cu precădere hematom subdural și hemoragii retiniene).

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

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

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

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

Efectele abuzului și neglijării

Abuzul de orice fel și neglijarea pot modifica grav structura personalității copilului, iar dacă nu sunt depistate și tratate corespunzător, pot avea repercusiuni majore în timp, însoțind

subiectul de-a lungul întregii vieți. Semnele și simptomele ce apar după situația de abuz depind de mai mulți indici (Salvați Copiii, 2003): tipul de abuz; vârsta copilului în momentul comiterii abuzului; nivelul de comprehensiune al victimei; suportul post-abuz pe care îl primește de la rețeaua socială; caracteristicile personale ale victimei (vulnerabilitate, rezistență la stres); caracteristicile abuzului.

În timp, efectele abuzului se regăsesc la adult într-un comportament cu dificultăți de adaptare și integrare socială. Aceste modificări sunt reprezentate de: tulburări de relaționare, adaptare și integrare socială (dificultăți de adaptare profesională, incapacitate de constituire a unui cuplu stabil, neconflictual); tulburări în sfera afectivă (impulsivitate, irascibilitate, violență; izolare socială; neîncredere în sine și în ceilalți; labilitate emoțională; autoculpabilizare; anxietate conjuncturală, legată de persoane, situații și fapte care au caracterizat situația de abuz); comportament autoagresiv (tentative siucidare, comportament autodistructiv, consum exagerat de alcool sau substanțe psihoactive); comportament agresiv față de alte persoane (agresivitate verbală sau acte violente propriu-zise); perpetuarea comportamentului abuzator; disfuncții în sfera sexuală (hipersexualitate, respingerea actului sexual sau tulburări în alegerea partenerului sexual, care pot merge până la pedofilie sau homosexualitate). Copiii care au fost victime ale oricărei forme de abuz sau adulții care au trăit în trecut o anumită formă de abuz prezintă serioase inhibiții în comportament, gândire, cei mai mulți resimțind dureros acest lucru, deoarece constată că, fie în situații diferite au același gen de reacții, fie că nu pot depăși anumite bariere interioare.

I. Racu și A. Verdeș (2009) studiind copii neglijați, proveniți din familii temporar dezintegrate, observă că lipsa suportului afectiv generează dezorganizare emoțională, sensibilitate excesivă, dependențe, anxietate, agresivitate, iritabilitate, nevoia de protecție și atenție, sentimente de vinovăție. C. Perjan (2010) notează că, în lipsa unei atmosfere intrafamiliale benefice și stabile, copilul trăiește ca pe un teritoriu inamic; aspectul lumii înconjurătoare îl inhibă, expectațiile devin pasive și el se simte mereu neiubit și mai slab decât alții, apărând astfel sentimentul de inferioritate și neîncrederea în sine. Autoarea consideră că la originea tulburărilor psihice ale copilului se află relațiile negative din familie și defectele de educație: neglijarea emoțională, controlul exagerat, pedepsele prea aspre, exigențele prea mari, educarea hipersocială sau hipotutelarea etc.

Analizând anxietatea în rândul copiilor, F. Ulete (2008) remarcă creșterea nivelului acestuia în cazul copiilor provenind din familii cu un climat tensionat, în care se produc certuri frecvente și violențe, majoritatea copiilor anxioși putând menționa cel puțin un eveniment negativ, traumatic, petrecut în trecutul lor, care i-a afectat foarte mult. În funcție de stilul

cognitiv, victimele unei formă de abuz pot fi clasificate în două categorii distincte (V. Andrei și F. Oros, 2007): *internalizatorii / interiorizatorii* sunt persoane, mai degrabă cerebrale, raționale, care apar în ochii celorlalți ca echilibrate, disciplinate, ușor adaptabile mediului, serioase, dar care, în interiorul lor resimt un foarte mare disconfort; *externalizatorii / exteriorizatorii* sunt persoanele din rândul cărora se recrutează viitorii abuzatori; au un comportament agresiv, nedisciplinat, vehement, rebel, se supun cu greutate regulilor.

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

După Ciobanu et. al. (apud A. Enache, 2007), *sindromul traumatic* dezvăluie prezența unor leziuni de violență de diferite vechimi, acest element fiind esențial în etichetarea sindromului de copil maltratat.

Studiind comportamentul copiilor abuzați sexual, W. Friedrich (2007) îl clasifică în două categorii: indicatori ai abuzului sexual și comportamente non-sexuale. În prima categorie, autorul include: cunoștințe precoce despre sfera sexualității, desene reprezentând organe sexuale, agresarea sexuală a copiilor mai mici (identificarea cu agresorul), prezența unor gesturi cu conotație sexuală. Cea de-a doua categorie cuprinde comportamente non-sexuale, care pot apărea și în urma altor tipuri de abuz sau traumă: tulburări ale somnului, enuresis, comportament regresiv, comportament de auto-agresiune, impulsivitate, dificultăți de concentrare, refuz de a rămâne singur, teamă de o anumită persoană (posibil abuzator) sau de un anumit tip de persoane, violență asupra animalelor (mai ales la băieți). Prezența simultană a comportamentelor din ambele categorii sugerează un abuz sexual.

D. Vasile (2011) observă că evoluția reacțiilor la abuz și a procesului traumatic depinde de nivelul de dezvoltare emoțională, cognitivă, psihosexuală și socială a copilului, caracteristicile familiei în care trăiește, relațiile cu alte persoane sau alți copii, alți factori de risc sau protectori aparținând societății sau culturii din care face parte. Autoarea remarcă faptul că, cu cât copilul este mai mic, cu atât reacțiile sale vor fi mai mult fiziologice, somatice și mai puțin psihologice, autoarea clasifică reacțiile la evenimentele traumatiche astfel: *manifestări de repetiție* – jocuri cu agresiune, desene, coșmaruri cu conținut imprecis, reacții inadecvate la auzul unor povești sau istorisiri; *manifestări de evitare* – evitarea deplasărilor în anumite locuri sau pe anumite trasee, cu anumite mijloace de transport, evitarea unor anumite activități, a unor persoane, a separării de persoanele de atașament; *simptome neuro-vegetative*: tulburări de somn, iritabilitate, accese de furie, dificultăți de concentrare, hipervigilență, reacții de alarmă la zgomote sau surprize. Un punct de vedere asemănător îl întâlnim la G. Fischer și P. Riedesser (2001). Aceștia notează patru categorii de simptome ale copiilor abuzați: *amintiri recurente*,

compulsive – rețrăirea vizuală (cea mai frecventă), amintiri tactile, olfactive sau acustice, corespunzând experienței predominante din situația traumatică; *modalități comportamentale* – „jocul traumatic”, în care copiii repetă trăirea traumatică într-o secvență adesea nesfârșită și o reînscenare a aspectelor parțiale ale experienței traumatice în pattern-urile de comportament automatizate; *angoase trauma-specifice* – legătura angoaselor cu situația traumatică originală fiind un criteriu de diagnostic diferențial față de angoasele infantile nevrotice; *atitudine alterată față de oameni, de viață și de viitor* – pierderea încrederii în oameni și așteptări negative față de viață viitoare fiind cele mai importante urmări ale zdruncinării înțelegerii infantile față de lume.

Ș. Ionescu (2001) consideră că principalele simptome afective întâlnite la copiii maltratați sunt: un tip de atașament atipic – atașament dezorganizat, ce se poate exprima prin comportamente bizare, care apar în relațiile cu persoanele ce se ocupă de copil (exemplu: întreruperi sau blocaje în relație); carențe afective, mai ales în cazul copiilor neglijăți; în caz de abandon apar carențe specifice de îngrijire maternă: o insuficiență calitativă, cantitativă sau situații de discontinuitate; carențele afective, care influențează dezvoltarea copilului, preponderent în ceea ce privește capacitatea de a lega și întreține relații interpersonale profunde și semnificative, aptitudinea de a-și stăpâni impulsurile în favoarea unor obiective pe termen lung; exprimarea emoțiilor: copiii neglijăți manifestă în general puțină afecțiune, în timp ce cei abuzați fizic exprimă mai multe afecte negative; copiii supuși violențelor dau dovadă de hipervigilență și au reacții rapide la stimuli; copiii maltratați prezintă un nivel înalt de anxietate și depresie, care dă naștere la atitudini de mârnie, de rigiditate la cel mai mic stres; imaginea de sine nu este elaborată în mod satisfăcător; copiii maltratați au un respect de sine redus și percep o diminuare a competențelor; prezintă o alterare a imaginii corporale; sentimente de vinovăție sau rușine, în cazul victimelor abuzului sexual.

După D. Marcelli (2003), în cazul copilului maltrat pot fi identificate o serie de manifestări psihologice și psihopatologice: tulburări de comportament, tulburări afective, dificultăți în relațiile sociale. Rezumând o serie de cercetări de specialitate, J. Briere (2000) remarcă existența mai multor simptome ce apar frecvent în cazul copiilor abuzați/neglijăți: *anxietate și depresie; stres posttraumatic și disociere; furie și violență; tulburări de învățare și de comportament; comportament sexual necorespunzător vârstei*. La rândul său, A. Cook și colaboratorii (2006) sintetizează simptomele întâlnite frecvent la copilul abuzat sau neglijat: *probleme de atașament* - probleme de limite, izolare socială, lipsă de încredere în ceilalți, dificultăți de relaționare; *probleme la nivel biologic* - probleme de dezvoltare senzoriomotorie, probleme de coordonare și echilibru, hipersensibilitate la contactul fizic, somatizare, diverse

probleme medicale; *tulburări afective* - probleme cu controlul emoțional, dificultăți în descrierea emoțiilor și a stării interne, dificultăți în comunicarea propriilor nevoi; *tulburări de comportament* - slab control al impulsului, comportament auto-distructiv, agresiv sau de opoziție, conformare excesivă, tulburări de somn, tulburări alimentare, abuz de substanțe, reconstituirea trecutului traumatic; *tulburări cognitive* – dificultăți în menținerea atenției, lipsa de curiozitate, probleme legate de procesarea informațiilor, dificultăți de concentrare și de îndeplinire a sarcinilor, dificultăți de planificare și anticipare, dificultăți de învățare, probleme în dezvoltarea limbajului; *probleme privind imaginea de sine* - lipsa de sens și de continuitate a sinelui, tulburări de imagine corporală, stima de sine scăzută, rușine și vinovăție.

Tulburările de comportament pot apărea chiar de la 1 – 1,5 ani. Copiii au o stare generală proastă, sunt fricoși, pândind aprobarea adultului înainte de a face cel mai mic gest, par înlemniți. Cel mai mic gest al adultului le provoacă un gest de apărare. Kempe (1978) a remarcat că unii copii prezintă starea de *vigilență înghețată*, ce se caracterizează printr-o atenție anxioasă și imobilă față de mediu, ca și cum copilul ar scruta anxios mediul pentru a prevedea un pericol iminent sau pentru a afla și anticipa dorința celuilalt. La polul opus se află cei care dovedesc o uimitoare lipsă de rezervă: se duc prea ușor spre străini, nu pare să le fie frică la plecarea părinților, stabilesc cu adulții o relație prea imediată sau prea regresivă. Această lipsă de teamă față de străini, familiaritate excesivă, revelează distorsiunea profundă a relației cu părinții. Copiii de o vârstă mai mare pot prezenta două tipuri de comportament: fie o mare timiditate cu repliere temătoare, fie o instabilitate accentuată, asociată frecvent cu comportamente haotice și violente. Aceștia sunt agitați, hiperactivi, instabili și provocatori. Ei manifestă tulburări afective, care sunt destul de frecvente și care se exprimă direct prin frici, dificultăți de somn cu coșmaruri sau terori nocturne, perceptibile în vigilența înghețată sau care duc la manifestări reacționale: instabilitate, agitație, agresivitate. Apar tulburări de tip depresiv: devalorizare, pierderea stimei de sine, culpabilitatea. Kauffman (2004) notează că 27% din copii prezintă o stare clinică corespunzătoare criteriilor *DSM* pentru episodul depresiv major sau pentru distimie. Copiii care sunt victime ale maltratării au frecvent sentimentul că, dacă părinții îi bat, îi bat pentru că au făcut prostii sau pentru că sunt copii răi. Ei se simt vinovați pentru loviturile pe care le primesc. sentimentul de culpabilitate poate fi intens, determinând o veritabilă stare depresivă. Sunt, de asemenea, frecvente și dificultățile școlare: dificultăți de concentrare, agitație, nerespectarea regulilor, eșecul școlar. Tulburările de comportament în relația cu ceilalți copii (agresivitate, impulsivitate) au drept rezultat izolarea socială sau relații doar cu copii agitați, agresivi. Este vorba de dificultatea la adaptarea școlară, pe care o observă și Ionescu (2001). Autorul notează consecințele nefavorabile ale maltratării asupra

performanțelor școlare; copiii maltratați sunt deseori plasați în clase speciale sau întrerup școala. Acești copii nu beneficiază de susținere familială pentru realizarea temelor și nici de o motivație externă pentru reușita școlară.

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

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

Efectele abuzului și neglijării asupra dezvoltării cerebrale a copilului au fost analizate și de dr. Ch. Nelson III. În lucrarea *The Effects of Early Adversity on the Developing Brain*, prezentată la Congresul *Abordarea multidisciplinară – condiție esențială a dezvoltării armonioase a copilului* (2011), autorul analizează efectele negative ale maltratării, observând, în cazul copiilor mici, o slabă capacitate de reglare emoțională și de recunoaștere a emoțiilor, iar la cei mai mari, anxietate, depresie și o rapidă atribuire a ostilității către ceilalți. În cazul în care maltratarea este urmată de simptome de stres posttraumatic este evidențiată o scădere a activității cerebrale în cortexul prefrontal, lobul temporal și hipocampus, cu efecte asupra

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

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

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

Consecințele pe termen lung ale maltratării, asupra dezvoltării copilului, depind de o serie de variabile (Ș. Ionescu, 2001): tipul de maltratare; gravitatea și frecvența episoadelor de maltratare; autorul maltratării (important mai ales în cazurile de abuz sexual, urmele incestului fiind mai grave decât ale altor forme de abuz sexual); plasarea în afara familiei din motive de maltratare; sexul copilului (mai ales în cazurile de abuz sexual); sprijinul existent; particularitățile sistemului familial. Citându-l pe Latimer (1988), autorul menționat remarcă faptul că adolescentul poate deveni delinvent, se poate prostitua sau poate avea comportamente antisociale, probleme legate de consumul de droguri sau alcool, tulburări

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

Atașamentul dezorganizat trăit de copilul maltrat se regăsește la adult, care prezintă un atașament lipsit de siguranță. D. Cosman și M. Manea (2005), bazându-se pe *The Adult Attachment Interview – AAI*, dezvoltat de Mary Main și Nancy Kaplan, descriu mai multe tipuri de atașament la adult, corelate cu tipurile de atașament din mica copilărie și respectiv tipul de atașament care se poate dezvolta la copiii acestor adulți. *Adultul atașat autonom*, care în copilărie a beneficiat de un atașament sigur, a dobândit un grad de independență și poate descrie clar experiențele proprii de atașament, chiar dacă acestea sunt dureroase. Este capabil de realizarea cu ușurință a proceselor de adaptare. Poate descrie dificultăți în relația cu părinții, inclusiv traume sau abandon, dar își menține o înțeleaptă balanță în integrarea trecutului în experiențele sale actuale. În relația cu copilul prezintă încredere în sine, ceea ce-i permite creativitate și flexibilitate. Liniștește și reconfortează partenerul (copilul etc.) într-o relație de plăcere împărtășită, imprimând copilului un atașament sigur, iar partenerului adult, siguranță. *Adultul cu atașament dezinteresat* (indiferent), căruia îi corespunde un atașament ambivalent (evitant) în copilărie, dă dovadă de experiențe amprentate de teamă. Este inflexibil și evitant (decât să rănească din nou, mai bine pretinde că nu e interesat de acea relație, în care este sigur că va eșua din nou și acest lucru i se pare de netolerat). Idealizează relația cu părinții, este incoerent și inconsistent în relatarea amintirilor despre copilărie, persistă obsesiv în afirmațiile standard pozitive despre rolurile parentale. Tinde să idealizeze copilăria, descriind-o ca sigură, minunată, dar imaginile evocate nu constituie suportul pentru protecție și îngrijire, care, de fapt, reprezintă portretul actual idealizat al persoanei în cauză. *Adultul cu atașament preocupat* corespunde unui atașament anxios rezistent în copilărie, este invadat de amintiri dureroase în care relatează drama inconstanței, incoerența experiențelor miciei copilăriei. Interacționează imprevizibil la stări de frustrare, cu agresivitate, mânie, iar histrionismul posibil are un patetism greu de confundat. Nu are structurat un sistem de atașament anume în care să poată avea totală încredere, fiind suspicios, e gelos pe orice alt tip real sau imaginar de relație al persoanei iubite. Se chinuie pe sine și pe alții căutând dovezi, niciodată suficiente. Devine

astfel abuziv în relațiile de intimitate sau va imita modelul propriilor părinți, transmițând în acest fel un sistem de atașament nesigur anxios copilului. *Adultul cu atașament dezorganizat* (cu doliu și traume nerezolvate) corespunde atașamentului dezorganizat din copilărie; este imprevizibil și dezorganizat în relații; își creează experiențe nerealistice. Speculează fără suport. Este un inadaptat, potențial dependent de alcool și drog, aflându-se aproape în imposibilitatea de a-și asuma rolul de partener de cuplu sau parental. În mod predictibil se poate afirma că își expune copilul la abuz sau neglijare. Lipsa intervenției precoce determină un atașament dezorganizat și la copil.

D. Marcelli (2003) și A. Braconnier (2006) remarcă faptul că în toate studiile catamnestice sau epidemiologice este prezentată frecvența dificultăților psihologice și/sau a tulburărilor de comportament la adolescenții și adulții care au fost victime ale relațiilor incestuoase. În cazul adolescenților, autorul constată tentative de suicid, conduite sexuale deviante de tip prostituție sau homosexualitate, atât la fete cât și la băieți, sarcini deosebit de frecvente. Adulții prezintă perturbări în viața afectivă (incapacitate de a stabili legături durabile), sexuală (frigiditate, dispaneurie), socială sau profesională, dificultăți în capacitatea de a-și asuma o funcție parentală, reeditarea cu copiii lor a condițiilor negative suferite în propria copilărie. Datorită sentimentului de vinovăție, adolescentele și femeile adulte prezintă o identificare feminină foarte devalorizată, mai ales pe plan sexual. Ferrari (1994) observă că trei sferturi dintre prostituate au antecedente de abuz sexual intra sau extrafamilial. În unele cazuri pot fi observate patologii psihiatrice: depresie gravă, tulburare de personalitate borderline, rareori patologie psihotică.

Diagnostic DSM asociate abuzului și neglijării

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

Tulburările anxioase sunt foarte frecvente în urma abuzului sau neglijării, de obicei asociate cu tulburările depresive. Copiii resimt anxietatea ca pe un sentiment de teamă și tensiune, însoțit de fenomene motorii și vegetative (transpirații, uscăciunea gurii, dureri abdominale, diaree). Sunt reacții de percepție a unui pericol iminent, *frica* apărând în prezența obiectului sau evenimentului stresant, în timp ce *anxietatea* este mai generalizată, difuză și cu un caracter anticipator. Aceste trăiri prezintă variații în cursul dezvoltării atât în natura cât și în modalitatea de răspuns. Unele dispar, în timp ce altele se intensifică cu vârsta. La copiii foarte

mici, începând cu luna a 8-a, după R. Spitz (apud D. Marcelli, 2003), poate apare teama de străini, de figurile nefamiliare sau care produc neplăcere copilului. Acesta devine reținut, crispat, putând izbucni în plâns cu ușurință. Aceste comportamente variază în intensitate, depinzând de prezența sau absența mamei și de experiența anterioară neplăcută cu persoanele străine.

În copilăria mică este frecventă *anxietatea de separare*, constatată atât de cercetătorii români (I. Dobrescu, 2005), cât și de cei americani (W. Yates, 2009), care consideră că teama de separarea de figura principală de atașament reprezintă un comportament firesc, comun tuturor copiilor în primii 3-4 ani de viață. În cazul copiilor abuzați sau neglijați, simptomele anxietății de separare sunt deseori semnificative clinic, ajungând la teama de a nu pierde persoana percepută ca fiind securizantă, de a nu fi izolat, abandonat. Reacția emoțională poate avea o intensitate și manifestări variate: îngrijorare, neliniște, teamă excesivă și persistentă, proteste prin plâns, țipăt, apatie, refuz de a dormi singur, somn neliniștit cu vise terifiante, coșmaruri implicând tema separării și pavor nocturn. Unii copii au acuze somatice diverse, de la dureri de cap sau de stomac, până la febră, vărsături și scaune diareice. Sunt frecvente simptome neurovegetative ca: transpirația, eritemul facial sau paliditatea.

Anxietatea generalizată apare deseori în cazul copilului abuzat emoțional, umilit, batjocorit, respins, începând cu vârsta de 5 ani, fiind mai frecventă în cazul adolescenților (D. Nutter, L. Holm-Larsen, C. Sylvester, 2006). Copiii prezintă griji sau preocupări pe care nu le pot controla, asociate cu simptome precum: neliniște, fatigabilitate, dificultăți de concentrare a atenției, iritabilitate, tensiune musculară, tulburări de somn. Ei sunt preocupați excesiv de calitatea performanței lor, sunt extrem de conformiști, perfecționiști și nesiguri pe ei, caută frecvent aprobarea părintelui. D. Marcelli (2003) descrie *hiperanxietatea*, anxietatea cronică a copilului, care trăiește în permanență un sentiment vag de teamă, ca și cum ceva teribil urmează să se întâmple. Această așteptare anxioasă se manifestă prin neliniște cu privire la viitor, deseori însoțită de teama că s-ar putea produce un accident sau ar putea apărea o boală, a copilului sau a celor apropiați; iritabilitate, furie, refuzuri, capricii; nevoia de a avea un adult în preajmă, de a fi liniștit; temeri privind acțiuni trecute; gânduri depresive - devalorizare, culpabilitate. Deseori, pe lângă apar tulburările afective apar tulburări de comportament.

Fobiile se întânesc adesea; ele nu sunt diagnosticate ca fobie specifică decât dacă există o interferență semnificativă cu funcționarea socială sau educațională ori o detresă marcată în legătură cu faptul de a avea fobie. Anxietatea declanșată de expunerea la stimulul fobic poate fi exprimată prin exclamații, accese coleroase, stupefacție sau agățare de ceva. Fobiile apărute în urma unor evenimente traumatice pot fi foarte acute în dezvoltare. Aceste

frici patologice, exagerate ca proporție, manifestate și declanșate de o situație sau un obiect concret, prezintă deseori o tendință de amplificare, diversificare și generalizare. Cel mai adesea, fobiile se exprimă ca: teama de întuneric (acluofobie), teama de a fi singur (autofobie), teama de înălțime (acrofobie), teama de injecții, de durere (algofobie), teama de spații închise (claustrofobie), teama de mulțime, de oameni (antropofobie), teama de școală (fobie școlară), teama de moarte (tanatofobie). *Fobia socială* reprezintă o formă particulară de fobie care apare la copilul mare sau adolescent, sub forma spaimii de a nu fi umilit sau batjocorit în public. Anxietatea se accentuează prin palpitații, teamă, transpirații, poate debuta brusc, după o experiență stresantă sau umilitoare, ori poate avea un debut insidios.

Tulburările de panică pot apărea în contextul oricărei alte tulburări anxioase, dar și al altor tulburări mentale și se manifestă prin atacuri de panică recurente sau perioade de frică intensă, care se asociază cu palpitații, transpirații, teamă, senzație de sufocare, durere în piept, tulburări abdominale, vărsături, greață, leșin, amețală, senzație de ireal, senzație că-și pierde controlul, senzație de moarte iminentă, paretezii, modificări ale culorii feței. I. Dobrescu (2005) consideră că o emoție puternică de spaimă și neliniște, care poate atinge intensitatea unui atac de panică, poate apărea chiar la un sugar de 8 luni luat brusc din brațele mamei sale. O stare asemănătoare poate prezenta preșcolarul obligat să meargă la grădiniță sau școlarul mic, obligat să intre în clasă și să se reîntâlnească cu atmosfera stresantă pentru el. Unii autori (D. Nutter, L. Holm-Larsen, C. Sylvester, 2006) consideră că atacurile de panică sunt provocate de unele experiențe stresante, traumatice, asupra unui copil vulnerabil din punct de vedere biologic. Alți factori care pot contribui la declanșarea atacurilor de panică sunt atașamentul nesigur și nivelurile ridicate de stres în cadrul familiei. După D. Marcelli (2003), atacul de panică reprezintă o criză de angoasă acută, cu un debut spontan și paroxistic, marcat prin semne somatice - palpitații, tahicardie, senzație de sufocare, dureri toracice sau abdominale, greață, semne neurologice - tremurături, vertij, stări de rău, semne motorii - agitație sau prostrație, semne vasomotorii - transpirații, bufee de căldură sau frisoane, semne psihice - senzația de straniu, de pierdere a reperelor, de teamă de moarte, de teamă de a nu înnebuni.

Tulburări obsesiv-compulsive. Copilul preșcolar poate avea diverse obiceiuri care persistă în timp; tulburarea obsesiv-compulsivă poate fi diagnosticată atunci când aceste ritualuri devin exagerat de frecvente, afectează funcționarea adecvată a copilului și îi deranjează pe cei din jur. Copilul cu tulburare obsesiv-compulsivă este rușinos, extrem de respectuos, perfecționist, poate avea rareori accese de furie care-i ascund neputința (I. Dobrescu, 2005). Încearcă să-și minimalizeze comportamentul ritual și neagă cu obstinație tristețea, explicând originea superstițioasă a manifestărilor. Copilul mai mare sau adolescentul

reuşeşte să explice rezistenţa interioară pe care o resimte, senzaţia de disconfort pe care o trăieşte dacă îşi reprimă pornirile. La copilul abuzat sexual apar deseori obsesii precum ideea de a fi murdar, impur, asociată cu ritualuri de spălare, de curăţenie; în cazul altor forme de abuz şi al neglijării poate apărea teama că cineva apropiat din familie ar putea păţi ceva rău, teama de îmbolnăvire.

Tulburările de stres (posttraumatic şi acut) apar cel mai adesea în cazul copilului abuzat, expus unui eveniment traumatic, care a experimentat, a fost martor ori a fost confruntat cu un eveniment care a implicat moartea, ameninţarea cu moartea sau vătămarea gravă a integrităţii sale sau a altora, trăind o frică intensă, neputinţă, oroare sau manifestând un comportament dezorganizat sau agitat. Copilul reţrăieşte evenimentul traumatizant prin amintiri dureroase, joc repetitiv care reflectă trauma suferită, vise terifiante, flashback-uri în care reapare evenimentul stresant, disconfort puternic la reamintirea traumei, tulburări neurovegetative. Flashback-urile sunt mai frecvente în cazul copiilor ce asociază simptome de depresie şi pot fi experienţe vii, ce includ amintiri vizuale şi auditive ale abuzului, dând copilului impresia că trauma se întâmplă din nou, generând reacţii de teamă intensă. Copiii expuşi unui eveniment traumatic pot reacţiona cu mai multă agresivitate, fizică sau verbală sau pot repeta în joc scene pe care le-au trăit. Deseori apar manifestări de evitare a stimulilor asociaţi cu trauma: evitarea gândurilor, sentimentelor, conversaţiilor, activităţilor, locurilor sau persoanelor asociate cu trauma, incapacitatea de a evoca un aspect important al traumei. Unii copii, mai ales cei mici, pot refuza să recunoască că abuzul a avut loc. Pentru a putea gestiona reacţiile la abuz, copiii cu tulburare de stres pot prezenta o scădere a reactivităţii emoţionale. Ei pot părea copleşiţi din punct de vedere emoţional, nu reacţionează la interacţiunea cu ceilalţi, nu prezintă empatie. Prezintă tulburări ale somnului, treziri în timpul nopţii, frică de întuneric, teama de a dormi singur, coşmaruri frecvente, cu referire directă la abuz sau vise înfricoşătoare. Alteori apare o stare de excitare, iritabilitate, hipervigilenţă, răspuns de tresărire exagerat. La copii mai mici şi la cei supuşi unui abuz de lungă durată se observă o întârziere în dezvoltare. Tulburarea de stres se asociază cu un sentiment de pesimism cu privire la viitor, cu refuzul de a-şi face planuri.

În cazul *tulburării de stres acut*, copilul prezintă, în plus, cel puţin trei din următoarele simptome disociative: sentimentul subiectiv de insensibilitate, de detaşare sau de absenţă a reactivităţii emoţionale, reducerea conştiinţei ambianţei (stupefieri), derealizare, depersonalizare, amnezie. Unii copii pot părea absenţi timp de minute în şir. Durata manifestărilor este de minimum 2 zile şi maximum 4 săptămâni de la evenimentul traumatic.

Osofsky (apud. A. Niculăeș, 2008) observă că, în urma abuzului, apare stresul de scurtă sau lungă durată, cu răspunsuri neuropsihologice (hiperarousal și hipervigilență), iar Garbarino, Kostelny și Dubrow vorbesc despre stresul cumulativ, în cazul copiilor care trăiesc stresuri acute consecutive sau simultanem manifestările fiind inițial caracteristice stresului cronic, în timp putând duce la reacții de stres acut.

Tulburarea de stres posttraumatic este diagnosticată atunci când simptomele persistă mai mult de o lună după evenimentul traumatizant. Stresul posttraumatic poate fi acut (cu o durată mai mică de 3 luni) sau cronic (peste 3 luni). Deykin (apud I. Dobrescu) observă că riscul este mai mare în funcție de numărul de evenimente la care au asistat copiii: la cei care au suferit o traumă riscul este de 27%, de 30,6% pentru victimele a două evenimente traumatice și de 62,5% pentru cei care au fost victime a trei evenimente stresante. Vârsta și sexul sunt factori de risc pentru apariția acestei tulburări, simptomele fiind mai puternice în cazul copiilor mici, care nu sunt în măsură să vorbească despre experiența lor, fetele fiind mai vulnerabile decât băieții.

Cercetări recente (A. și E. Giardino, 2008) arată că aproximativ o treime dintre copiii și adolescenții americani au trecut printr-un eveniment traumatic. Au fost diagnosticați cu tulburare de stres posttraumatic 90% dintre copiii abuzați sexual, 77% dintre cei expuși unor grave violențe în cadrul școlii și 35% dintre cei expuși violențelor stradale. Riscul incidenței tulburării de stres crește dacă autorul abuzului este o persoană cunoscută de copil, de încredere. Simptomele se accentuează la apariția sentimentului de vinovăție, tulburarea devenind mai severă, fiind asociată și cu semne de depresie.

Tulburările de dispoziție se pot regăsi la copiii abuzați sau neglijați, care prezintă deseori simptome depresive mai mult sau mai puțin severe. Episoadele depresive pot surveni în urma unui eveniment care reprezintă pentru copil pierdere sau doliu: separarea părinților, decesul unei persoane apropiate etc sau în urma unor situații de abuz.

Din punct de vedere clinic, simptomele prezente sunt variate, în funcție de vârsta copilului, și nu corespund întotdeauna criteriilor *DSM*. Astfel, Dobrescu (2005) notează o serie de caracteristici clinice ale tulburării depresive la copii și adolescenți. În cazul copilului preșcolar se observă apatie, refuzul alimentației, refuzul jocului, plâns facil, iritabilitate, uneori enurezis, encoprezis, dureri abdominale, diaree sau vărsături. Școlarul prezintă deseori simptome psihosomatice - cefalee, dureri abdominale, tulburări vegetative - atenție scăzută, scăderea performanțelor școlare, iritabilitate, tendința la izolare, uneori accese de violență; copilul este apatic, fără poftă de mâncare, prezintă lentoare motorie și verbală; deseori apare scăderea imaginii de sine. În cazul adolescentului simptomatologia este asemănătoare cu cea a

adultului. Acesta afirmă pierderea interesului și plăcerii, lipsa de energie, apar frecvent tulburări de apetit și de somn, sentimente de inutilitate, nefericire și eșec, ideeație suicidară și chiar tentative de suicid.

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

Tulburarea distimică poate fi diagnosticată în cazul în care copilul sau adolescentul prezintă dispoziție depresivă sau iritabilă o perioadă de cel puțin un an, tulburări alimentare și de somn, scădere a energiei sau oboseală cronică, scădere a stimei de sine, dificultăți de concentrare sau de luare a deciziilor, sentimente de lipsă de speranță. Tulburarea apare mai des la copiii neglijăți, provenind din familii cu dificultăți de exprimare emoțională și de comunicare, cu un mediu familial intens conflictual.

Tulburarea depresivă majoră constă dintr-unul sau mai multe episoade depresive majore diferite. Un episod depresiv major este constituit de o perioadă de cel puțin 2 săptămâni în cursul căreia există dispoziție depresivă, pierderea interesului sau plăcerii pentru aproape toate activitățile sau, în cazul copiilor și adolescenților, dispoziție mai curând iritabilă decât tristă. Copiii prezintă tulburări de alimentație și somn, tulburări de memorie și concentrare. Depresia la copil și adolescent poate apărea chiar la vârste mici și este asociată deseori cu un risc crescut de suicid, abuz de substanțe și tulburări de comportament. Copiii prezintă o funcționare deficitară la nivel psihosocial, școlar și familial. Prevalența tulburării nu este deloc scăzută în populația generală, cazurile fiind mai frecvente în situații de abuz sau neglijare. Dobrescu (2005) notează un procent de 0,3% pentru preșcolari, 0,4 - 3% pentru școlari și până la 6,4% în cazul adolescenților. Studiile realizate de Kashani și Sherman (apud T. Benton, 2009) pe populația americană identifică o incidență a depresiei de 0,9% la preșcolari, 1,9% la școlari și 4,7% la adolescenți.

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

Tulburările somatoforme și disociative. Primele sunt caracterizate de simptome somatice, care sugerează o condiție medicală, dar care nu pot fi explicate pe deplin de acea condiție medicală, iar cele din a doua categorie sunt definite de perturbarea conștiinței,

memoriei, identității sau percepției mediului. Aceste tulburări pot fi cauzate de situații de abuz, trauma provocată având un rol declanșator.

Disocierea apare în multe cazuri, ca mecanism de apărare împotriva traumelor, care ajută copilul să se detașeze de distressul provocat. Dobrescu (2005) notează că simptomele disociative apar după o traumă extremă - abuz sexual, maltratare, pedepse severe - și pot fi: perioade de amnezie, perplexitate și confuzie, senzația că "trăiește pe altă lume", fluctuații emoționale și de comportament majore, o stare de confuzie între realitate și fantezie, prezența unor "prieteni imaginari", cu care copilul dialoghează. Amnezia poate fi legată atât de rememorarea trecutului dureros, cât și a unor evenimente minore. Conform autoarei menționate, tulburările disociative apar frecvent la copiii din familiile haotice, cu rată mare de tulburări de personalitate sau tulburări psihice grave care generează violența. La copiii abuzați fizic, psihic sau sexual care nu au putut dezvolta relații stabile de atașament în această atmosferă dezordonată, inconsecventă, insecurizantă, în care agresorul reprezintă în același timp și figura primordială de atașament, apare disocierea "self-ului", persoana de care depinde fiind în același timp și sursa teroarei. Deseori, copiii care prezintă simptome disociative manifestă și simptome circumscrise altor tulburări: depresie, somatizare, simptome de stres posttraumatic, uneori chiar și halucinații auditive (M. Waseem, M. Aslam, 2008).

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

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

Evaluarea psihologică a copilului abuzat sau neglijat

Între specialiștii care lucrează cu copii care au trecut prin situații de abuz sau neglijare sunt cunoscute dificultățile de evaluare psihologică a acestora. Pot apare distorsiuni ale datelor datorate fie evaluatorului și subiectivismului acestuia, fie subiectului evaluat și apropiaților săi,

care pot modifica – intenționat sau nu - informațiile furnizate. Posibilele declarații false – în caz de conflict intrafamiliar, tulburările psihice (ale copilului sau părintelui), urmărirea unor avantaje sau a răzbunării, sugestibilitatea copiilor, greutatea de a distinge între imaginar și real în cazul copiilor mici, limitele memoriei sau mecanismele de apărare ce intervin sunt tot atâtea piedici ce trebuie depășite pentru a realiza o evaluare corectă.

Evaluarea psihologică a copilului abuzat sau neglijat se realizează pe parcursul mai multor ședințe și include un interviu cu părinții, evaluarea nivelului de dezvoltare cognitivă și a personalității, scale de măsurare ale diferitelor simptome (anxietate, depresie, stres posttraumatic etc), evaluarea relaționării copilului cu părinții.

Din interviul cu părinții sunt obținute date cu privire la copil și familia acestuia. Sunt notate informații privind datele de identificare ale copilului, pregătirea școlară și / sau profesională, date despre structura familiei, dezvoltarea psihomotorie, antecedentele patologice sau familiale, istoricul de abuz sau alte traume, motivul examinării.

Examenul psihic al copilului se axează în principal pe simptomele și comportamentele ce apar frecvent la copilul abuzat sau neglijat :

- acuze somatice: enurezis, encoprezis, prurit anal sau vaginal, anorexie, obezitate, cefalee, epigastralgie;
- depresie: scăderea stimei de sine, sentimente de vinovăție, ideea suicidară;
- comportament auto sau heteroagresiv;
- simptome disociative – perioade de amnezie, neatenție, stări de transă, crize isterice;
- simptome anxioase: anxietate generalizată, fobii, insomnie, coșmaruri;
- comportamentul sexual: cunoștințe sexuale neadecvate vârstei, preocuparea sexuală exagerată, manifestată prin masturbare frecventă, curiozitate sexuală exagerată, imitarea actului sexual, introducerea de obiecte în vagin sau în anus, agresarea sexuală a altora sau evitarea stimulilor sexuali prin fobii sau inhibiție.

Pentru investigarea tulburărilor ce apar frecvent în cazul copiilor abuzați sau neglijati au fost selectate o serie de metode care să permită examinarea cât mai fidelă a acestora.

ASEBA - Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric, dezvoltat de T.M. Achenbach și L.A. Rescorla, adaptat de A. Dobrea (2009) și distribuit în România de *Romanian Psychological Testing Services* Cluj-Napoca, cuprinde un set de chestionare pentru evaluarea competențelor, a funcționării adaptative și a problemelor copiilor și adolescenților cu vârsta cuprinsă între 6 și 18 ani într-o manieră facilă și eficientă. Pe baza scalelor ASEBA pot fi evaluate următoarele categorii de probleme: Anxietate / Depresie, Însingurare / Depresie, Acuze somatice, Probleme de relaționare socială, Probleme de gândire, Probleme de atenție,

Neatenție, Hiperactivitate / Impulsivitate, Comportament de încălcare a regulilor, Comportament Agresiv, care acoperă următoarele tulburări psihice: tulburări afective și anxioase, tulburări somatice, ADHD, tulburări de tip opoziționist și de conduită.

ASEBA conține 3 tipuri de chestionare, în funcție de tipul respondentului: părinte (*Child Behavior Checklist - CBCL*), învățător sau profesor (*Teacher's Report Form - TRF*) sau autoevaluare (*Youth Self-Report - YSR*).

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

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

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

Scalele de validitate, *Underresponse* și *Hyperresponse*, identifică tendința copilului de a nega sau de a exagera simptomatologia. Scorurile la scala *Underresponse* reflectă faptul că

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

Scalele clinice ale *TSCC* măsoară intensitatea celor șase tipuri diferite de simptome, consecințe ale abuzului. Scorurile obținute la scala *Anxiety* (Anxietate) reflectă nivelul la care copilul trăiește anxietate generalizată, hiperexcitabilitate, frici, teamă specifică de bărbați sau de femei, teamă de întuneric sau de a fi ucis. Scala *Depression* (Depresie) relevă sentimentele de tristețe, nefericire și singurătate, episoade de plâns și gânduri depresive, sentiment de vinovăție sau auto-denigrare. Scorurile pe scala *Anger* (Furie) indică nivelul de gânduri, sentimente și comportamente cu conținut agresiv, sentimentele de ură, dificultățile de a-și potoli furia, tendința de a țipa la alții sau de a-i răni, dorința continuă de a se certa sau bate. Scala *Posttraumatic stress* (Stres posttraumatic) include itemi care reflectă simptomele clasice ale stresului posttraumatic: gânduri intruzive, senzații și amintiri ale evenimentelor dureroase din trecut, coșmaruri, teamă de bărbați sau de femei, evitarea gândurilor negative sau a unor amintiri. Scala *Dissociation* (Disociere) măsoară nivelul la care copilul trăiește simptomatologia de tip disociativ: derealizare, întonecarea minții, amortirea emoțională, a pretinde că este altcineva sau altundeva, visul cu ochii deschiși, tulburări de memorie și de evitare disociativă. Scala *Sexual Concerns* (Preocupări sexuale) se referă la distresul sexual și preocupările sexuale necorespunzătoare vârstei. De asemenea, testul include opt itemi critici, care sugerează probleme sau aspecte care ar putea necesita atenție clinică imediată; aceștia examinează tendința la auto-agresiune, suicid, dorința de a face rău altora, frica de a fi abuzat sexual, implicarea în bătăi, teama de bărbați sau de femei sau teama de a fi ucis.

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

Valorile sub 9 puncte sugerează absența depresiei, scorul peste 9 puncte este sugestiv pentru depresia clinică, iar scorurile peste 16 sunt considerate de autoarea testului ca fiind caracteristice unei depresii severe. Parametrii urmăriți de *CDI* sunt: tulburarea de dispoziție, dificultățile în relațiile interpersonale, sentimentele de ineficiență, lipsa de plăcere,

autodevalorizarea, tulburările vegetative. Pot fi identificate comportamente de izolare sau retragere, ca posibile modalități de apărare împotriva unei traume psihice, distorsiuni ale imaginii corporale, importante în cazurile de desfigurare consecutivă unui abuz fizic.

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

MASC este utilizat pentru copii și adolescenți cu vârste cuprinse între 8 și 19 ani și utilizează o scală Likert în patru trepte pe baza căreia participanții sunt solicitați să evalueze fiecare item cu privire la propria experiență. Opțiunile de răspuns sunt „0” – „niciodată adevărat pentru mine”, „1” – „rareori adevărat pentru mine”, „2” – „uneori adevărat pentru mine” și „3” – „adesea adevărat pentru mine”. Se însumează scorurile pe subscale și scale.

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

Interviul Clinic Structurat pentru DSM-IV, versiunea pentru copii (KID-SCID), este un instrument semistrukturat nou, realizat de D. Hien ș.a. (S.U.A.), adaptat de D. David în 2007 și distribuit în România de *Romanian Psychological Testing Services* Cluj-Napoca. Instrumentul este proiectat pentru a genera diagnostice psihiatrice conform *Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale*, care are la bază varianta pentru adulți a *SCID*. Conține module pentru Tulburările de Comportament Disruptiv, Episoadele Afective și Psihotice, Tulburările Afective și Psihotice, Tulburările Anxioase, Tulburările în Legătură cu

Alcoolul și Substanțele și Tulburările de Adaptare. *KID-SCID* permite diagnosticarea unor tulburări psihiatrice generale și pediatrie în conformitate cu *DSM-IV*. Interviu este împărțit în mai multe module, fiecare modul evaluând o anumită clasă de tulburări. După secțiunea de cotare există un interviu general, urmat de modulele de diagnostic propriu-zise. Se cotează itemii corespunzători criteriilor de diagnostic, nu răspunsurile la întrebări. La răspunsurile simple de tip *da* sau *nu*, poate fi necesar să se ceară copilului să ofere exemple specifice. În final, este importantă judecata clinică a evaluatorului, care poate considera un criteriu satisfăcut chiar dacă clientul neagă problemele și invers, un răspuns pozitiv al clientului poate fi interpretat de clinician ca nefiind o tulburare.

Examinatorul dispune de patru posibilități de cotare: „?” – „informație insuficientă”, „1” – „absent sau fals”, „2” – „sub nivelul prag”, „3” – „nivel prag sau adevărat”. Se cotează „?” – „informație insuficientă” în cazul în care informația este inadecvată pentru a cota criteriul 1, 2 sau 3 (de exemplu, se neagă prezența unui simptom, care este însă sugerat de biletul de trimitere sau de internările anterioare); „1” – „absent sau fals”, când simptomul descris în criteriu este în mod clar absent sau afirmația din criteriu este în mod clar falsă; itemul poate fi recodat în urma discuțiilor cu familia sau cu un terapeut anterior care confirmă prezența simptomului respectiv; „2” – „sub nivelul prag”, atunci când pragul pentru criteriu nu este atins (de exemplu, când simptomul este prezent, dar nu este suficient de sever pentru a produce o afectare sau un distress marcat); „3” – „nivel prag sau adevărat”, în cazurile în care pragul pentru criteriu este atins sau depășit; cotarea cu „3” este justificată doar dacă s-a obținut o descriere, un exemplu concludent sau dacă există dovezi din comportamentul din timpul interviului sau din alte surse.

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

Scala Multidimensională de Percepție a Controlului la Copii (SMPCC) este un instrument realizat de J. Connell (S.U.A.), adaptat de D. David în 2007 și distribuit în România de *Romanian Psychological Testing Services Cluj-Napoca*. Autorul definește *locul controlului* ca fiind gradul în care o persoană crede că acțiunile sale pot influența rezultatele sale, un sistem de convingeri stabile ce diferențiază oamenii în cei cu locul controlului intern, ce cred că

propriul comportament e relativ decisiv în determinarea destinului lor, și cei cu locul controlului extern, ce cred că e mai puțin decisiv comportamentul lor în această privință, norocul, șansa, agențiile de putere (persoane sau instituții) exercitând o foarte puternică acțiune asupra vieții lor.

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

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

Scala de Convingeri Raționale pentru Copii (CSRB), elaborată de W. Knaus și adaptată de D. David în 2007, este distribuită în România de *Romanian Psychological Testing Services* Cluj-Napoca. Această măsură cognițiile iraționale ale copiilor cu vârste între 7 și 13 ani. Cognițiile iraționale sunt incorecte din punct de vedere logic, incongruente cu realitatea obiectivă și blochează atingerea scopurilor individului, ele apărând în forme absolutiste. Cognițiile raționale sunt exprimate în termeni de preferințe, nu de comenzi, și conduc spre nivele mai adaptative ale emoțiilor și comportamente adecvate. Itemii au multiple răspunsuri, ce descriu scenarii din viață, cum ar fi relația cu prietenii sau diverse situații școlare. Scala evidențiază modul în care copilul interpretează evenimentele trăite, cu consecințe asupra comportamentului. Scala are două forme, una pentru copii cu vârsta cuprinsă între 7 și 10 ani (forma B) și una pentru copii cu vârsta cuprinsă între 10 și 13 ani (forma C).

Teste proiective de desen

Desenul este una dintre principalele metode de evaluare psihologică a copiilor. Chiar dacă nu au învățat încă să scrie, totuși se exprimă prin simboluri. Desenele sunt expresii ale stărilor emoționale, ale relațiilor cu cei din jurul său, a traumelor suferite, dar și a capacităților de a face față problemelor.

Testul Arborelui. Arborele reprezintă copilul; prin acest desen copilul se proiectează, oferindu-ne indicii ale dezvoltării sale. În interpretarea arborelui sunt privite trei elemente importante: rădăcina, trunchiul și ramurile, coroana. În multe cazuri, *forma grafică* este fragilă, superficială, destinsă, vagă, traducând o slăbiciune a Eului, dificultăți de adaptare, rezervă, nesiguranță, instabilitate, anxietate, neîncredere în sine. Rareori *mărimea* arborelui este echilibrată, acesta apărând ori supradimensionat (extraversie, orgoliu, nevoia de a domina, lipsă de interes pentru relațiile interpersonale), ori subdimensionat (imaturitate psihică, introversie, complexe de inferioritate). *Rădăcina* foarte groasă, ascuțită, cu multe ramificații, poate semnifica agresivitatea copilului care poate să se manifeste sau poate fi inhibată. *Trunchiul* este aproape întotdeauna prezent, deseori cu scorburi, cuiburi, sau ramuri tăiate, ce denotă traumatisme, șocuri afective. Un trunchi colorat cu îndârjire, apăsător, scrijelit poate fi indiciul unui abuz, a unei traume, dar și a agresivității îndreptate spre sine sau spre altcineva. *Coroana* este deseori formată din ramuri structurate, în unele cazuri necircumscrise (nonconformism, superficialitate, lipsa capacității de finalizare), în altele circumscrise (timiditate, reținere, impresionabilitate). Uneori, ramurile sunt puternic ramificate, abundente (agresivitate, închidere în sine). *Frunzele* sunt absente în multe cazuri (vitalitate redusă, tendințe depresive, apatie). *Fruitele și florile* sunt rareori prezente. Uneori apar fructe și frunze căzând (izolare, detașare, abandonare, depresie).

Testul Persoanei. În general desenele sunt de *dimensiuni* mici, ceea ce denotă anxietate, timiditate, depresie, retragere. Alte desene sunt de dimensiuni mari, exagerate (impulsivitate, scăderea toleranței la frustrare). În multe din figurile desenate apare tendința copiilor de *identificare* cu persoane mult mai mici ca vârstă sau mult mai mari, ceea ce denotă nevoia puternică de afecțiune de tip parental, mai ales matern, datorită carențelor afective. Omisiunea *mânilor* sau prezența brațelor-măciucă sau a degetelor sub forma de gheare, denotă slabă capacitate de relaționare sau o relaționare defectuoasă, de pe poziții de confruntare, agresivitate.

Desenul familiei. Reprezentarea constelației familiale a copilului prin intermediul desenului familiei este considerată ca unul dintre cele mai bune teste proiective. Dimensiunile personajelor familiale, poziția lor în spațiul grafic, distanța între membrii familiei și dintre aceștia și copilul investigat reprezintă elemente importante de diagnostic. Egocentrismul, autocentralitatea pot fi redată grafic prin dimensiunile exagerate, sublinieri și detalii

suplimentare. De asemenea, precizia grafică a trăsăturilor unor personaje sau estomparea, absența sau imprecizia desenării altora pot fi ușor interpretate și deciptate ca semnificație. Deoarece familiile nu le oferă securitate și afectivitate, copiii abuzați sau neglijați apar uneori *izolați* de grupul familial, iar alții refuză sau omit să se deseneze. *Distanța* față de un membru al familiei sau față de întreg grupul familial exprimă ostilitate sau apărare. Alții desenul lasă o impresie generală de *fericire irealistă*, personajele având aproximativ aceeași dimensiune, aceeași aparență, același surâs nediferențiat. Expriarea problemelor familiale ale copiilor ce au trăit experiențe traumatizante se realizează prin *omisiunea* de membri ai familiei, prin separarea unuia sau a mai multor membri de restul familiei, uneori printr-un obstacol interpus între subiect și personajul respectiv, ceea ce indică un afect de respingere față de respectiva persoană.

Tehnici de completare de fraze. Copiilor li se cere să completeze un număr de fraze incomplete; modul în care sunt completate frazele dezvăluie dorințele, nevoile și sentimentele acestuia. Aceste tehnici pot facilita exprimarea și generarea de asocieri despre experiența traumatică. Interviuul ulterior privind răspunsurile copilului poate aduna informații importante care nu au putut fi obținute în timpul examinării generale.

Testul de Apercepție pentru Copii – CAT ajută la înțelegerea raporturilor dintre copil, personajele și tendințele cele mai importante din viața sa. Testul permite depistarea și cercetarea amănunțita în ce privește: organizarea/dezorganizarea personalității, conflictele aferente problematicii oedipiene (rivalitate, dependență, fixații, ambivalență), maturizarea/imaturitatea afectivă și atitudinală, raportul dintre instanțele personalității (Sine-Eu-Supraeu) și mecanismele de apărare utilizate în cazul unui dezechilibru existent între acestea, eventuale puncte de fixație ale copilului, trăsăturile nevrotice: anxietate, depresie, nervozitate, agresivitate, imaturitate, aspecte regresive, problematici sexuale, tendințe obsesionale, ambivalență, tendințele psihotice și indicii de toxicomanie, tulburările de personalitate.

Intervenția psihoterapeutică

Psihoterapia copilului abuzat sau neglijat este un proces complex, ce include sesiuni de psihoterapie individuală și de grup, implicând atât copilul, cât și familia acestuia, având ca obiectiv ameliorarea tulburărilor emoționale, cognitive și relaționale.

Ford și Cloitre (2003) menționează o serie de principii care ghidează practica intervențiilor terapeutice în cazul copiilor abuzați sau neglijați (apud O. Benga, 2009):

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

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

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

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

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

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

Primul obiectiv al intervenției psihoterapeutice îl reprezintă simptomele sau comportamentele de risc, identificate pe parcursul evaluării, și care reprezintă o prioritate, necesitând o intervenție imediată. Este vorba despre riscul de suicid, homicid sau alte forme de violență, îndreptată împotriva propriei persoane sau a altora. Pe parcursul procesului psihoterapeutic pot apărea astfel de tendințe, sau alte tulburări: episoade maniacale sau psihotice, tulburări de alimentație, stări disociative, care impun reevaluarea planului terapeutic. Următoarele obiective se referă la ameliorarea simptomatologiei, psihoterapia centrându-se pe: reducerea distresului, controlul emoțional, creșterea stimei de sine, prelucrarea emoțiilor și cognițiilor asociate traumei, îmbunătățirea abilităților de relaționare și atașamentului, controlul comportamentului, psihoeducația.

Managementul stresului presupune reducerea manifestărilor de stres, a stărilor copleșitoare care pot apărea în timpul psihoterapiei, cum sunt flashback-urile, stările emoționale invazive - frica, teroarea sau furia, sau a stărilor disociative și implică utilizarea unor tehnici specifice. Copiii care se confruntă cu astfel de stări se pot simți speriați, destabilizați și în astfel

de momente pot întrerupe lucrul terapeutic, astfel că devine necesară dirijarea atenției copilului pe spațiul terapeutic și pe relația cu terapeutul. Copilul poate descrie pe scurt ceea ce simte, verbal, prin desen ori altă tehnică expresivă, înțelegând astfel că nu este de fapt în pericol și este adus în "aici și acum", este "aici", în cabinet, împreună cu terapeutul și "acum", adică nu reexperimentează abuzul.

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

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

Controlul respirației reprezintă o tehnică simplă, directă, ușor de învățat de către copii și eficientă în controlul anxietății. Când sunt stresați, copiii tind să respire într-un mod mai superficial; învățându-i cum să respire în timp ce trăiesc emoții negative copiii sunt ajutați să își restabilească respirația normală, generând un efect calmant asupra organismului. Terapeutul instruește copilul să utilizeze acest exercițiu când se simte furios și trebuie să se calmeze sau când este copleșit de amintiri traumatice.

Exercițiile de vizualizare presupun educarea copilului pentru a-și imagina detaliat o scenă liniștită, plăcută, pentru ca relaxarea să apară în mod natural. Este important să fie lăsat copilul să aleagă locul din cabinet cel mai relaxant pentru el. Exercițiile de vizualizare sunt utile la începutul unei ședințe psihoterapeutice sau atunci când discuția despre traumă a creat copilului distres. Copilul poate folosi acest exercițiu și în afara ședințelor de terapie, acasă, atunci când se simte stresat sau când trebuie să meargă la culcare.

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

Activitatea fizică este benefică pentru creșterea capacității copilului de a se relaxa și a se concentra pe activitățile din timpul ședințelor de psihoterapie. Aceste activități se pot desfășura și în cabinetul psihologic, la începutul ședinței de terapie individuală sau de grup. Copiii se exprimă prin mișcare sau dans, sau creează un joc care include astfel de elemente atunci când discută despre experiențele traumatiche. Adesea, printr-o activitate fizică, copilul poate să-și exprime sentimentele de furie față de abuzator.

Exprimarea emoțională.

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

Identificarea factorilor ce pot declanșa distres. Copilul este învățat că pot exista unii factori declanșatori, că există momente când ceva care îi amintește de evenimentele traumatiche îi poate determina unele stări emoționale neplăcute și/sau gânduri pe care le-a avut când a trăit evenimentul traumatizat. Identificarea factorilor declanșatori specifici pentru fiecare copil implică realizarea unei liste cuprinzând toate situațiile care au activat copilului amintiri traumatiche. Terapeutul extinde această listă, întrebând copilul despre situații, evenimente externe cu care s-au confruntat alți copii traumatizați. Această listă poate ajunge suficient de lungă, deoarece este posibil ca unii copii să fi fost expuși la rele tratamente multiple și repetate.

Metode de reducere a distresului. Copilul este învățat o serie de metode prin care poate reduce impactul emoțional al factorilor declanșatori. El poate folosi unele dintre frazele următoare: "Aceasta este doar o amintire, nu se întâmplă nimic acum"; "Eu sunt OK, nimic rău nu se întâmplă în acest moment"; "Mă simt așa doar pentru că îmi amintesc ce s-a întâmplat"; "Eu sunt deștept și puternic" sau se poate întreba: "Ce mi-ar spune acum terapeutul/mama/tata?", dându-și singur răspunsul, ca și cum i-ar vorbi persoana întrebată. Copilul trebuie să se depărteze de locul care i-a declanșat starea și să folosească metode de relaxare pe care le-a învățat anterior. În cele mai multe cazuri, este suficient pentru copil să se relaxeze pentru un minut sau două, concentrându-se pe respirație. Copilul este învățat să evite

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

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

Pentru îmbunătățirea stimei de sine, a eficacității și asertivității, copiii sunt implicați în activități diverse: auto-portrete, desene și colaje pe tema "cine sunt eu" și "cine vreau să fiu", țin un jurnal sau scriu o "carte" cu ilustrații care să îi reprezinte; astfel de materiale fiind utile pentru a urmări progresul copilului. Terapeutul oferă suport copilului, își exprimă entuziasmul și interesul față de acesta și față de ceea ce lucrează, chiar oferă mici cadouri în situații speciale: o revistă, o carte, o cutie de creioane colorate etc. Stima de sine a copilului crește prin încurajarea acestuia de a se angaja în activități sportive, cursuri de muzică, artă, sau alte activități extrașcolare, care oferă copilului experiențe pozitive. Includerea în grupul terapeutic

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

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

În cadrul ședințelor de psihoterapie individuală sau de grup le sunt furnizate copiilor și părinților informații cu privire la drepturile copilului și serviciile de protecție sau de intervenție în cazuri de abuz și neglijare, la care pot apela atunci când sunt în pericol sau au cunoștință de faptul că un alt copil este într-o situație asemănătoare - telefonul copilului la nivel național sau local. Informațiile pot fi furnizate verbal de către terapeut, în timpul ședințelor de psihoterapie, mai ales în cazul copiilor care sunt neșcolarizați sau care nu știu să citească destul de bine. În plus, este important ca astfel de informații să fie oferite și părinților, în ședințele de consiliere de grup adresate acestora sau în cele de psihoterapie de familie.

Identificarea și modularea emoțiilor și procesarea cognițiilor asociate abuzului. Problema de bază a copiilor care au suferit o formă de abuz sau neglijare o constituie tulburările emoționale și simptomele posttraumatice. Acestea li se adaugă cognițiile iraționale, atitudinile și convingerile negative despre sine și despre alții, despre relația cu alți copii sau cu adulții, despre viitor. Copilul abuzat se consideră ca fiind inadecvat, rău, neiubit, lipsit de inteligență sau neajutorat; îi consideră pe ceilalți ca fiind indisponibili emoțional sau rău-intenționați; crede că relațiile cu ceilalți, mai ales relațiile intime, sunt periculoase; își închipuie că viitorul este fără nici o speranță. Unele dintre acestea pot avea rădăcinile în copilăria mică, înainte de achiziția limbajului, fiind asociate cu emoțiile negative declanșate de experiențe timpurii de abuz sau neglijare. Când sunt activate, aceste scheme timpurii pot declanșa stări extrem de negative la nivel emoțional și cognitiv, cum sunt sentimentele de abandon, panică

sau furie, adesea însoțite de manifestări comportamentale, care par mult disproporționate față de situația prezentă care le-a provocat. Maltratarea duce deseori la apariția stresului posttraumatic, caracterizat prin activarea senzorială sau experiențială a unor amintiri legate de traumă, care, ulterior, produc flashback-urile, gândurile și amintirile intruzive, coșmarurile și alte forme de retrăire a experienței traumatice. De asemenea, apare tendința de a evita stimuli care declanșează astfel de răspunsuri, paralizia reactivității generale și simptome de excitație crescută, detașare disociativă, hipervigilență, nervozitate, tresărire, tulburări de somn, probleme de atenție și concentrare și tensiune corporală.

Modularea emoțiilor generate de amintirile legate de traumă implică, de obicei, terapia de expunere, care reprezintă orice activitate care declanșează și expune, astfel, copilul, la amintirile traumatice în context terapeutic. Odată evocate, aceste amintiri pot declanșa reacții emoționale (frică, furie), care au fost inițial asociate cu evenimentele traumatice. Deoarece aceste stări emoționale asociate apar în mod repetat în cadrul terapeutic securizant, fără existența vreunei posibilități de pericol, și pot fi contrabalansate prin sentimentele pozitive asociate relației terapeutice, conexiunea dintre amintirile legate de traumă și emoțiile asociate slăbește și ajunge chiar să dispară, iar evocarea abuzului sau neglijării pot fi făcute fără a mai produce suferință. Psihoterapia copiilor abuzați sau neglijați se realizează prin mai multe modalități: terapie prin joc, folosind marionete, păpuși, casa păpușilor, lădița cu nisip și figurine diverse, carduri OH sau COPE, art-terapie (desen, modelaj, colaj). Copiii desenează sau scriu despre modul în care s-au simțit înainte și după evenimentul traumatic. Li se cere să deseneze unul sau mai multe autoportrete, corespunzătoare unor perioade diferite, înainte și după abuz, să deseneze familia în mișcare sau un instantaneu al familiei lor, putând apare astfel amintiri și sentimente pe care copilul le are față de diferiți membri ai propriei familii. Se pot utiliza albume cu fotografii personale de la vârste diferite sau ale membrilor familiei, care pot declanșa amintiri legate de traumă, dar și amintiri pozitive, netraumatice, care pot fi astfel utilizate ca o formă de expunere terapeutică.

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

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

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

Îmbunătățirea relaționării. Copilul care a suferit o formă de abuz sau neglijare prezintă tulburări de atașament și de relaționare cu adulții și cu cei de aceeași vârstă. Experiențe precum neglijarea nevoilor emoționale, comunicarea și relaționarea impredictibilă și necontrolabilă cu părinții duc la formarea unor scheme negative (pierdere, abandon, atașament nesigur sau dezorganizat), asociate cu emoții și cogniții negative. Copilul se așteaptă să fie abandonat, respins, trădat, lezat la nivel emoțional, crede despre sine că este rău, prost sau că nu merită să fie iubit, și are convingerea că figurile de atașament îl neglijează, nu îl îngrijesc, îl resping. El manifestă o serie de emoții asociate acestor scheme: tristețe, deznădejde, disperare, panică și/sau furie. Deoarece multe dintre aceste trăiri s-au petrecut în primii ani de viață, înainte de achiziția limbajului, implică amintiri senzoriale și emoționale, spre deosebire

de cele verbale, autobiografice. Ele nu pot fi accesate în sine, dar pot fi declanșate de stimuli din mediul copilului care simbolizează pentru acesta abandonul, respingerea sau pierderea care a caracterizat experiențele lor de atașament. Atunci când sunt declanșate, amintirile din etapa preverbală sunt re trăite, ca și cum s-ar întâmpla în prezent și duc uneori la reacții și comportamente corespunzătoare celor pe care le-a trăit copilul în experiențele sale negative de atașament. În consecință, copilul are dificultăți majore în formarea de relații stabile, pozitive, iar uneori manifestă sentimente ambivalente. El este adesea neîncrezător în relaționarea la nivel emoțional, deși este preocupat de nevoile relaționale nesatisfăcute. Relațiile foarte apropiate cu ceilalți sunt adesea percepute ca periculoase de către copilul victimă a abuzului sau neglijării, deoarece îi reactivează unele amintiri negative descrise anterior, care sunt interpretate ca fiind legate de relațiile actuale. În același timp, copilul re trăiește dorința intensă de a atașa, uneori fără discriminare, căutând apropierea de figurile de atașament. Aceste manifestări se pot prezenta ca tulburări de tip borderline, slăbirea limitelor personale, atașarea de persoane nepotrivite sau reacții neadecvate la cele care oferă ajutor sau îngrijire, accese de furie și, în unele cazuri, comportament agresiv ca răspuns la ceea ce consideră respingere sau abandon, probleme în relațiile cu ceilalți copii, izolare.

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

Terapeutul trebuie să aibă în vedere să nu dezvolte cu copilul o relație de atașament mai puternică decât cea pe care acesta o are cu părintele ne-abuzator, disponibil pentru a îngriji copilul. Un atașament prea puternic cu terapeutul poate deveni, inevitabil, o sursă de suferință pentru copil, deoarece la un moment dat terapia trebuie să se încheie și acest lucru poate reactiva trauma de pierdere sau abandon. Această problemă este evitată prin ședințele de

psihoterapie individuală sau de grup la care participă atât copiii, cât și părinții lor, obiectivul terapiei fiind îmbunătățirea relației dintre aceștia. În aceste ședințe copilul are posibilitatea de a discuta cu părinții, într-un mediu securizant, orice probleme legate de relația cu aceștia, iar părinții identifică, în urma psihoeducației și terapiei, moduri noi de interacțiune cu copilul.

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

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

Comportamentul negativ al copilului poate fi ameliorat și prin învățarea acestuia să amâne impulsul atunci când acesta apare. Inițial este dificil pentru copil să se oprească din acțiune; în multe cazuri, starea pe care copilul o resimte este ca un impuls necontrolabil, căruia acesta nu îi poate rezista. Totuși, copilul începe să câștige un oarecare control al propriului comportament. Faptul că nu cedează impulsului de a manifesta un anumit comportament reduce nevoia de a se angaja în acel comportament, iar starea emoțională care l-a declanșat scade în intensitate, copilul reușind să se gândească la consecințele comportamentului său.

Repetându-le, aceste amânări se pot automatiza și astfel crește capacitatea de toleranță a copilului. Rezistența copilului la impulsul de a se angaja într-un anumit comportament îi creează acestuia o scurtă stare de stres, dar această experiență negativă internă nu este copleșitoare, este trecătoare, iar copilul dezvoltă abilitatea de "a se simți rău, fără a face rău".

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

Psihoterapia de grup. După parcurgerea unei serii de 10-12 ședințe de psihoterapie individuală, stabilirea unei bune relații terapeutice și însușirea unor metode de management al stresului, copiii pot fi incluși într-un grup terapeutic. Având vârste apropiate și experiențe asemănătoare de maltratare, coeziunea grupului se realizează cu ușurință. Psihoterapia de grup oferă copilului posibilitatea de a împărtăși cu ceilalți trăirile asociate abuzului, putând, de asemenea, afla mai multe despre experiențele celorlalți. J. Briere și C. Lanktree (2008) propun un grup psihoterapeutic cu 12 ședințe săptămânale de 1,5 ore.

Consilierea părinților. Intervenția psihoterapeutică în diada copil-părinte. Terapia de familie. Intervențiile la nivelul familiei copilului abuzat sau neglijat încep concomitent cu psihoterapia copilului, consilierea părinților având ca obiectiv dezvoltarea abilităților parentale și a unui mod diferit de îngrijire a copilului, prin îmbunătățirea capacităților acestora de a aborda problemele copilului. În multe cazuri, relația copilului cu părintele este defectuoasă, părintele fiind autorul abuzului sau neglijării. Din acest motiv, relația de atașament este adesea grav compromisă, majoritatea copiilor prezentând tulburări de atașament. De multe ori, părinții au, la rândul lor, propria istorie de abuz sau neglijare și au nevoie de consiliere sau de psihoterapie înainte de a putea deveni mai empatici, mai protectivi, mai suportivi cu propriul copil. Având în vedere faptul că abuzul și neglijarea se pot manifesta de-a lungul mai multor generații, părinții au nevoie de a explora propriile sentimente, cogniții și reacții înainte de a fi implicați în ședințele de terapie de familie. Principalele obiective ale consilierii părinților sunt suportul, dezvoltarea abilităților parentale, psihoeducația privind diferitele aspecte ale abuzului și neglijării, analiza reacțiilor la nivel emoțional, cognitiv și comportamental față de trauma copilului, legătura acesteia cu propriul istoric de abuz sau neglijare.

Terapia de familie este o altă componentă importantă a programului de intervenție, știindu-se faptul că sistemul familial influențează în mod semnificativ funcționarea psihologică a copilului și reacția acestuia la abuz. Terapia de familie este indicată atunci când părintele manifestă sprijin emoțional față de copil și dorește să-și dezvolte empatia față de acesta, iar copilul a reușit să-și exprime sentimentele pe parcursul terapiei individuale și de grup și are suficientă încredere în terapeut pentru a se angaja într-o nouă modalitate terapeutică. Ședințele includ o serie de activități de dezvoltare a abilităților și jocuri de rol corespunzătoare nevoilor familiei. Terapeutul acordă atenție tuturor membrilor familiei, evitând să creeze o alianță cu copilul. Includerea în psihoterapia de familie se face după ce copilul a participat la sesiunile de psihoterapie individuală și de grup, iar părinții au parcurs ședințele de consiliere individuală și de grup. Obiectivul general îl reprezintă recuperarea sistemului familial în urma evenimentelor negative și o mai bună și mai sigură funcționare a acestuia în viitor.

Activități în grupul de consiliere pentru părinți

(Adaptare după *Agenția Națională Antidrog - Ghid de bune practici pentru consilierii școlari*)

Nevoile copilului. Părinți sunt informați cu privire la dezvoltarea somatică, psihică și socială a copiilor aflați la nivelul de vârstă al celor incluși în program, utilizând materialul prezentat anterior. Terapeutul încurajează discuții cu privire la particularitățile copiilor, răspunde la întrebările părinților sau îi invită pe ceilalți membri ai grupului să ofere răspunsuri.

Copiii învață ceea ce trăiesc. Părinții sunt rugați să citească poezia scrisă de Dorothy Law Nolte (sau li se proiectează pe un ecran), după care sunt invitați să discute ce au trăit când au citit-o, ce comportament ar dori să schimbe în relația cu copilul

Dacă trăiesc în critică și cicăleală, copiii învață să condamne;

Dacă trăiesc în ostilitate, copiii învață să fie agresivi;

Dacă trăiesc în teamă, copiii învață să fie anxioși;

Dacă trăiesc înconjurați de milă, copiii învață autocompătirea;

Dacă trăiesc înconjurați de ridicol, copiii învață să fie timizi;

Dacă trăiesc în gelozie, copiii învață să simtă invidia;

Dacă trăiesc în rușine, copiii învață să se simtă vinovați;

Dacă trăiesc în încurajare, copiii învață să fie încrezători;

Dacă trăiesc în toleranță, copiii învață răbdarea;

Dacă trăiesc în laudă, copiii învață prețuirea;

Dacă trăiesc în acceptare, copiii învață să iubească;

Dacă trăiesc în aprobare, copiii învață să se placă pe sine;
Dacă trăiesc înconjurați de recunoaștere, copiii învață că este bine să ai un țel;
Dacă trăiesc împărțind cu ceilalți, copiii învață să fie generoși;
Dacă trăiesc în onestitate, copiii învață respectul pentru adevăr;
Dacă trăiesc în corectitudine, copiii învață să fie drepecți;
Dacă trăiesc în bunăvoință și considerație, copiii învață respectul;
Dacă trăiesc în siguranță, copiii învață să aibă încredere în ei și în ceilalți;
Dacă trăiesc în prietenie, copiii învață că e plăcut să trăiești pe lume.

Children see, children do. Este proiectat clipul educațional, după care părinții sunt provocați să identifice comportamentele imitative ale copiilor și să găsească modalitatea prin care pot oferi acestora exemple pozitive.

Ce fel de părinte sunt? Părinții sunt rugați să-și imagineze următoarea situație: „Copilul dvs. a fost prins de către profesorul de serviciu bătând un coleg. Acesta vă sună și vă invită la școală ca să vă spună ce a făcut copilul. Cum reacționați?”.

1. Îmi pedepsesc imediat copilul și îi trag o bătaie zdravănă, ca să se învețe minte și să nu mai bată altădată copiii, să vadă și el ce înseamnă să fii bătut. Îl ameninț cu o pedeapsă și mai mare dacă mă mai face de rușine. Îi spun că e un nerușinat, un derbedeu, îl fac în toate felurile, ca să-i intre bine în cap și să nu mai facă așa ceva.

2. Mă preocup dacă copilul este bine, dacă a fost cumva rănit în bătaie. Eventual îl duc la doctor să îi facă un consult amănunțit și să mă asigur că nu are nimic... De ce s-a luat la bătaie? O fi și vina mea că nu l-am supravegheat suficient? Discut cu copilul și sunt de acord să îl iert de data aceasta, pentru că a fost prima oară.

3. Îi spun „Nerușinatule! Te aduc eu pe calea cea bună!”, și întrucât fapta este foarte gravă, nu mai stau la discuții cu el și îl pedepsesc 3 luni fără bani de buzunar. A doua zi, pentru că a luat o notă bună la școală, îl iert pentru ce a făcut cu o zi înainte și îi dau bani să-și cumpere ceva, pentru a-l încuraja să învețe și mai bine.

4. Nu a făcut mare lucru. Exagerează profesorii. Toți copiii fac prostii din când în când și e mai bine să-i bată el pe alții decât să vină el acasă bătut. Așa învață să se descurce în viață. Voi discuta altă dată cu copilul pentru că am atâtea probleme, că numai de asta nu-mi ardea mie acum.

5. Vorbesc cu copilul față în față, acasă, în liniște, încercând să înțeleg ce anume l-a determinat să ajungă la bătaie. Încerc să îi înțeleg motivele, după care îi voi spune că acestea nu îi dau dreptul să lovească pe cineva. Vom căuta împreună argumente care fac acest comportament inacceptabil. După aceasta, îi stabilesc o pedeapsă rezonabilă, (după faptă și

răsplată) pe măsura greșelii și îi voi spune că e de datoria lui să vorbească cu celălalt copil, să-și ceară scuze dacă a greșit și să se împace.

Părinții sunt rugați să bifeze varianta de răspuns care se potrivește cel mai bine cu ceea ce ar face în situația prezentată. După alegerea variantei de răspuns, rugăm părinții să se grupeze în funcție de opțiunile lor (cei care au bifat în dreptul lui 1 - o grupă, în dreptul lui 2 - altă grupă etc.) și le solicităm să identifice care sunt consecințele stilului lor parental asupra educației copilului (avantaje și dezavantaje). Apoi, fiecare echipă va prezenta pe scurt concluziile sale grupului. Terapeutul va interveni pentru a puncta eventualele avantaje sau dezavantaje care nu au fost menționate, concluzionând care sunt cele 5 stiluri parentale:

1. *Părintele hiperautoritar.* Controlează tot timpul copilul, fără a-l sprijini suficient, îl sancționează, îl critică și îl ceartă pentru orice greșeală, oricât de mică. Vrea să ajungă cineva în viață, așa că nu trebuie să-i iasă din cuvânt. Copilul trebuie să respecte tot ce a stabilit părintele că altfel e pedepsit aspru. Prin centrarea excesivă a părintelui pe reguli și norme, acest stil parental conferă părintelui o falsă impresie de confort și siguranță. Copilul este timid, fricos, nu are inițiativă, nu prea știe să comunice cu ceilalți. Îi este frică de eșec, îi e teamă să nu dezamăgească și trăiește cu convingerea că ar fi putut să facă lucrurile mai bine. Dacă e criticat permanent, copilul va greși, va eșua și nu va avea încredere în propriile forțe, simțindu-se mai slab, mai nepregătit decât ceilalți copii. Relația dintre părinte și copil este unidirecțională, ca un drum cu sens unic!

2. *Părintele hiperprotectiv.* Oferă copilului sprijin în toate situațiile, chiar și când ar trebui să-l lase să se descurce singur. Răsfață exagerat copilul, este posesiv și exagerat de implicat în viața acestuia. Îi este foarte frică de un pericol care s-ar putea să apară în orice moment în care copilul nu e supravegheat. De multe ori este nehotărât, neștiind care e cea mai bună decizie pentru copilul său. De obicei mama are acest rol, influențând dezvoltarea armonioasă a personalității copilului. Copilul va deveni tot mai dependent de adulții din jur, mai fricos când va fi confruntat cu situații și experiențe noi și mai puțin dornic să facă ceva singur. Dacă e lăsat să-și asume responsabilități, va fi incapabil să devină un adult responsabil, va avea o slabă încredere în forțele proprii și în ceilalți. Relația dintre părinte și copil este controlată numai de părinte!

3. *Părintele inconsecvent* Când controlează excesiv copilul, când îl lasă de capul lui, acum îl ceartă și îl pedepsește, iar după 5 minute îi pare rău că l-a certat și îl iartă. Copilul este foarte stresat, este confuz și se teme în permanență că va greși. Copilul se adaptează cu greu și confundă deseori realitatea cu fantezia. Relația dintre părinte și copil este foarte fragilă, ca un drum cu suișuri și coborâșuri.

4. *Părintele dezinteresat, indiferent.* Nu controlează copilul și nici nu-l protejează. Consideră că oricum copilul se descurcă și singur. Copilul ia singur decizii, nu știe cum să își controleze comportamentul, are un autocontrol slab, poate avea probleme de sănătate. Relația dintre părinte și copil este inexistentă, fiecare face ce vrea!

5. *Părintele democrat.* Controlează suficient copilul fixând reguli clare, sprijină copilul și îl încurajează să fie independent, discută acțiunile cu copilul. Copilul știe să se descurce singur, are deprinderi sociale, este încrezător în forțele proprii, este responsabil. Relația dintre părinte și copil este stabilă și bine sudată!

Comunicarea eficientă cu copilul. Părinților li se prezintă următoarea situație: "Primiți un telefon de la doamna dirigintă care vă spune că l-a prins pe copilul dvs. fumând în curtea școlii, în timpul unei ore de curs. Cum reacționați?". Răspunsurile sunt centrate pe o foaie de flipchart. Tipuri de răspunsuri posibile:

1. „Tu întotdeauna îmi faci probleme”, „tu niciodată nu ești cuminte”, „nici nu înveți, nici nu ajuți în casă, nu faci nimic!” (generalizare).

2. „Ești un chiulangiu și un derbedeu (este criticată persoana în loc să fie criticat comportamentul).

3. Strig, ridic vocea pentru a mă impune, pentru a mă face auzit.

4. „Nenorocitul, numai prostii faci, ești un nemernic, vin la școală și te fac de râs în fața clasei...” (Copilul este acuzat, insultat, făcut de rușine, amenințat).

5. „Eu știu că tu chiulești tot timpul de la școală ca să fumezi cu toți golarii de pe stradă...” (a ghici, a face presupuneri).

6. „Până și tu ai putut să o faci. Nici nu te-a dus mintea să te ascunzi. Cum de numai pe tine te prinde că faci prostii?” (sarcasm sau ironie).

Părinți sunt rugați să identifice comportamente alternative. În cazul în care nu reușesc, sunt ajutați de terapeut:

1. Definim clar motivul discuției: „Doamna dirigintă m-a sunat și mi-a spus că ai fumat în curtea școlii în timpul unei ore de curs. Tu ce poți să îmi spui despre acest lucru?” Ascultăm ce are copilul de spus.

2. Menționăm cum așteptăm să se comporte copilul. De exemplu: „Știi că am stabilit împreună că nu ai voie să fumezi și nici să lipsești de la ore”

3. Tratăm un singur subiect de fiecare dată, centrându-ne pe prezent. Nu amestecăm subiectele. Nu reproșăm alte comportamente ale copilului, care ne-au deranjat în trecut, evităm să cădem într-o „avalanșă” de învinuiri. De exemplu, nu îi reproșăm notele mici pe care le are.

4. Utilizăm persoana întâi pentru a ne referi la problemă, explicând cum ne simțim: „Sunt foarte dezamăgit (furios, îngrijorat) de faptul că ai lipsit de la ore și ai fumat”.

5. Verificăm dacă suntem înțeleși de copil. În cazul în care nu ne-a înțeles bine, vom explica același lucru, cu alte cuvinte.

6. Încurajăm copilul să își exprime punctul de vedere sau opinia.

Managementul conflictelor în familie. Participanții sunt rugați să se gândească la ultimul conflict (ceartă) din viața personală, familială sau socială în care au fost implicați, și să completeze o fișă de răspuns cu 4 ferestre: Cu ce am generat eu conflictul? Cu ce a generat celălalt conflictul? Cu ce am contribuit eu la rezolvarea conflictului? Cu ce a contribuit celălalt la rezolvarea conflictului? Consilierul solicită părinților să încerce să analizeze conflictul nu numai din perspectiva personală, ci și din perspectiva celeilalte persoane implicate.

În continuare, terapeutul prezintă părinților următoarea situație: "Mama ajunge acasă deja nervoasă din cauza faptului că a avut o discuție aprinsă la serviciu. Intrând în casă, constată că fiul său nu și-a făcut lecțiile, pentru că s-a jucat la calculator de când a venit de la școală, iar în camera sa este o dezordine de nedescris. Se înfurie, reproșându-i copilului că niciodată nu este în stare să facă ceva decât împins de la spate, că întotdeauna lasă pe ultimul moment temele sau curățenia din cameră, că așa este el mereu, un copil rău și neascultător, care o va face pe ea să se îmbolnăvească. Copilul, la rândul său ripostează, țipând că toată ziua îl cicălește, că nici ea nu este mereu lângă el să vadă și lucrurile bune pe care le face, de exemplu când a spălat vasele lăsate în chiuvetă. Conflictul degenează și copilul iese plângând din cameră".

Folosind trei scaune goale așezate în mijlocul încăperii, pe fiecare fiind scris „Mama”, „Copilul”, „Observatorul”, consilierul solicită un voluntar, care se mută pe rând pe fiecare din scaune și spune cum vede situația din perspectiva fiecărui personaj implicat, dar și dintr-o perspectivă neutră, cea a observatorului detașat care îi vede pe cei doi certându-se, cum se simte, ce ar gândi. Solicităm mai multe opinii și perspective diferite.

În final, se discută cu participanții ce comportamente ale mamei au dus la creșterea conflictului și ce ar putea face într-o situație asemănătoare pentru a diminua sau preveni creșterea intensității conflictului.

Reguli și pedepse. Consilierul discută cu participanții rolul regulilor și modul în care acestea sunt stabilite:

1. La început se stabilim o singură regulă. După ce copilul o înțelege și o respectă, mai putem introduce o nouă regulă, astfel încât să nu încărcăm copilul impunând brusc o serie de reguli noi.

2. Precizăm clar și explicăm copilului motivele pentru care este necesar să stabilim o regulă. Motivele trebuie să fie bine justificate, să nu fie arbitrare („uite-așa" sau „de-aia"), să nu se bazeze pe autoritate („pentru că așa spun eu care sunt tatăl tău") și nici pe tradiție („pentru că așa e bine").

3. Stabilim regula împreună cu copilul și luăm în considerare posibilitatea de a o negocia sau modifica, dacă aduce argumente suficiente. Totuși, dacă nu suntem de acord, ca părinți, ne asumăm responsabilitatea în educația copilului și impunem regulile pe care le considerăm potrivite.

4. Explicăm încă o dată copilului regula stabilită.

5. Stabilim împreună ce sancțiuni primește dacă încalcă regula.

6. Odată fixate, regulile nu se schimbă și respectarea lor este urmărită consecvent și permanent, pe cât posibil de ambii părinți. De asemenea, în cazul în care copiii nu respectă o regulă, ar fi de preferat ca ambii părinți să aplice sancțiunea prevăzută pentru încălcarea regulii. Nu pedepsim copilul de două ori pentru aceeași greșeală.

7. În cazul încălcării regulii aplicăm de fiecare dată pedeapsa stabilită!

8. Nu schimbăm regulile decât atunci când nu mai sunt valabile! Astfel, ora la care se poate întoarce acasă, timpul de joacă și de odihnă sau timpul alocat studiului trebuie să varieze și în funcție de vârsta copilului. Însă, nu pot fi schimbate în fiecare săptămână! Un semestru cel puțin sau un an școlar reprezintă o perioadă rezonabilă de valabilitate.

Terapeutul solicită prezența a doi voluntari care să joace rolul de tată sau mamă și fiu sau fiică și să reprezinte modul în care se comunică regula și sancțiunea într-o situație cu care s-au confruntat recent în familie. Cel care interpretează rolul copilului trebuie să încerce să se comporte așa cum crede că ar reacționa propriul copil. În final, celelalte persoane din grup vor aduce critici constructive. Dacă este necesar, scenariul poate fi repetat cu o altă diadă părinte-copil.

Sanțiuni. Consilierul discută cu participanții modul în care se stabilește și se aplică o sancțiune. Deși copiilor le sunt impuse reguli bine justificate, adaptate la comportamentul acestora, cu care și ei au fost de acord, uneori aceștia nu le respectă. Deși acest lucru este normal până la un punct, trebuie să fie sancționați de fiecare dată când încalcă o regulă. Dacă nu vor fi sancționați de fiecare dată, copiii vor fi și mai tentați să încalce regulile. Niciunui părinte nu îi face plăcere să își pedepsească copilul. Așa că, deseori, copilul nu este pedepsit dacă nu respectă o regulă, iar atunci când se văd obligați să o facă, părinții improvizează devenind inconsecvenți (o dată este pedepsit, altă dată nu, pentru același comportament) sau impunând pedepse foarte aspre. Atunci când este stabilită o regulă împreună cu copiii, este

necesar să fie stabilită și pedeapsa pe care o primește în cazul în care o încalcă. Până nu demult se obișnuia lovirea copiilor atunci când trebuiau pedepsiți, atât acasă cât și la școală. Astăzi, la școală acest lucru, de obicei, nu se mai întâmplă; totuși, în multe familii, părinții continuă să aplice pedepse fizice copiilor. Din punct de vedere educativ, această modalitate de a corecta comportamentul copilului nu este indicată, deoarece: îl învață pe copil să folosească el însuși forța și violența fizică atunci când vrea să obțină ceva sau când dorește să-și rezolve conflictele cu ceilalți; poate avea consecințe negative, mai ales când părinții sunt foarte nervoși și nu se pot controla, atât pentru copil (leziuni grave, resentimente, tulburări emoționale etc.), cât și pentru părinți (remușcări, respingere socială, probleme juridice).

Când se stabilește o pedeapsă corespunzătoare încălcării unei reguli, este bine să se țină seama de următoarele:

1. Se aplică pedepse mici, de fiecare dată când se încalcă regula. Este mai eficient și mai ușor de realizat să se aplice pedepse mici, în mod consecvent (întotdeauna atunci când copilul are un comportament greșit), decât să se aplice pedepse severe în mod inconsecvent (o dată da, o dată nu).

2. Se aplică pedepse pe măsura gravității comportamentului. Ca să nu devină un abuz asupra copilului, intensitatea pedepsei trebuie să fie pe măsura gravității comportamentului pedepsit.

3. Se stabilește pedeapsa în funcție de comportamentul problemă. Acest lucru arată copiilor legătura dintre comportamentul problemă și consecințele acestuia (dacă... atunci...). De asemenea, pedeapsa are o mai mare valoare educativă, este mai ușor de înțeles și de acceptat de către copil.

4. Nu sunt pedepsiți în plus și alți membri ai familiei. Unele pedepse care pot fi impuse copiilor sunt de asemenea o pedeapsă pentru părinți și pentru ceilalți membri ai familiei. O pedeapsă de două săptămâni de stat în casă poate fi un chin și pentru părinți. Curând vor apărea rugăminți insistente, promisiuni de schimbare, discuții, negocieri.

5. Se urmărește eficiența pedepsei și nu revanșa. Pedepsirea unui comportament greșit ajută la corectarea comportamentului copilului. O pedeapsă a fost eficientă dacă se reduc consecințele sau se evită repetarea comportamentului, fără ca pedeapsa să aibă consecințe negative și nici „dureoase” pentru copil. Este suficient să fie doar „nerecompensatoare”.

Retragerea sau limitarea unui privilegiu (sau a accesului la un lucru apreciat) este o bună metodă de a asocia consecințe „nerecompensatoare” pentru încălcarea regulilor de către copii. Evident, privilegiul retras sau limitat trebuie să fie în funcție de controlul părinților și să fie suficient de apreciat de copii.

Când se comunică pedeapsa copilului, este important să se țină cont de următoarele aspecte:

1. Discuția se face cu un ton ferm, dar calm.
2. Dacă părintele observă că nu va respecta regula stabilită (se face târziu și încă nu a început să învețe, se apropie ora mesei și nu pune masa etc.), îi va da copilului două sau trei avertismente înainte de a-l pedepsi.
3. Se reamintește copilului regula și pedeapsa pentru încălcarea regulii stabilite.
4. Se aplică pedeapsa.
5. Nu se acceptă discuții și negocieri.

Este important ca părinții să pedepsească copiii de fiecare dată când încalcă regulile. Dar când copiii dau dovadă de responsabilitate și respectă regulile stabilite, trebuie să fie încurajați, să fie întărit comportamentul pozitiv, în special prin laudă și recunoaștere verbală. Recompensa materială trebuie să fie aplicată cu moderație, iar părintele trebuie să încerce să găsească și alte modalități de a recompensa faptele bune ale copilului.

Câteva modalități de a recompensa comportamentele dezirabile ale copiilor și respectarea regulilor stabilite de comun acord sunt:

- planul de recompensare cu puncte sau buline de diferite culori sau jetoane: copilul primește un punct sau jeton dacă a respectat regula și i se retrage punctul sau jetonul în caz contrar;
- transformarea jetoanelor sau punctelor în ceva ce-și dorește copilul, cum ar fi de exemplu, pentru 10 puncte acumulate copilul primește un bilet la film sau, împreună cu părinții, copilul își cumpără obiectul vestimentar dorit.
- asocierea comportamentelor dezirabile de către părinte cu o listă a dorințelor copilului; sunt importante recompensele mici care pot fi acordate frecvent (nu doar recompense materiale), cum ar fi întărirea sub forma unor facilități, activități plăcute, în aer liber, jocuri comune.
- fixarea numărului de puncte sau jetoane necesar unor recompense suplimentare, de exemplu pentru o bicicletă sau excursie sunt necesare un număr dublu de jetoane;
- realizarea unei liste cu dorințele copilului pentru o perioadă determinată de timp (un an școlar), precum și stabilirea punctajului sau numărului de jetoane pentru satisfacerea dorinței.

Un model de ședință de grup cu copiii. *Identificarea trăirilor și emoțiilor.*

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

1. Emoții pozitive și negative [192]

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

Durata: 40min.

Tehnica utilizată: jocul

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

Exemple de situații în care copiii trăiesc emoții pozitive:

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

Exemple de situații în care copiii trăiesc emoții negative:

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

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

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

2. Mimodramă [101].

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

Durata: 25min.

Tehnica utilizată: terapia prin mișcare

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

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

3. Găsește un sentiment.

Scop: identificarea sentimentelor în diferite situații.

Durata: 15 min.

Tehnica utilizată: fișe de lucru

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

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

Pe post de concluzii / Câteva concluzii

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

Deși literatura de specialitate clasifică abuzul în trei categorii: abuz fizic, emoțional și sexual, de cele mai multe ori întâlnim în practică, la același copil, două sau mai multe forme de abuz, una dintre ele fiind dominantă.

Abuzul și neglijarea sunt favorizate de o serie de factori intrafamiliali: mediile defavorizate, sărăcia, alcoolismul, consumul de droguri, climatul familial intens conflictual sau violent, modelul educațional hiperautoritar sau hiperpermisiv, indiferența, lipsa de implicare în relația cu copilul.

Climatul familial conflictual sau violent duce, în multe cazuri, la situații de abuz asupra copilului, de tip fizic sau emoțional. Ponderea familiilor în care se consumă frecvent și

exagerat de mult alcool este crescută în cazul lotului analizat, fapt ce accentuează nivelul de violență.

Lipsa afecțiunii sau exprimarea deficitară a acesteia duc la carențarea afectivă a copilului, fiindu-i neglijate nevoile emoționale și de comunicare. Sunt afectate în principal relațiile interpersonale, copiii prezentând sentimente de singurătate și abandon, nu se simt iubiți, nu se simt în largul lor între colegii de școală, nu se înțeleg bine sau se ceartă cu persoanele din jurul lor, preferă singurătatea în cea mai mare parte a timpului. În același timp, acești copii exprimă sentimente de ineficiență - consideră că nu vor reuși nimic în viață, că nu pot face nimic bine etc. și anhedonie - sentimente de tristețe, inferioritate și îngrijorare, neimplicarea în activități care să producă plăcere, plâns, tulburări ale somnului, lipsa poftei de mâncare, simptome somatice.

Intervenția psihoterapeutică trebuie să includă atât copiii, cât și părinții acestora. Pentru copii, aceasta include o serie de obiective: managementul stresului, îmbunătățirea stimei de sine, psihoeducația, managementul emoțiilor, cognițiilor și comportamentului, îmbunătățirea relaționării. Obiectivele consilierii părinților sunt: dezvoltarea abilităților parentale, psihoeducația, analiza și integrarea propriei istorii de abuz sau neglijare, exprimarea emoțională, stabilirea unor roluri și limite clare în familie, îmbunătățirea relaționării, echilibrarea modelului educațional.

Intervenția psihoterapeutică ameliorează tulburările emoționale ale copiilor ce au suferit o formă de abuz sau neglijare.

BIBLIOGRAFIE

1. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (1997). *Practice Parameters for forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused*, Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, www.aacap.org.
2. American Psychiatric Association. (2003). *DSM IV TR*. București: Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România.
3. Andrei V., Oros F. (2007). *Tipul de atașament – premiză importantă pentru succesul terapeutic*. Timișoara, volumul Conferinței Internaționale de Psihologie Aplicată, 2007.
4. Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului. *Situații de abuz, neglijare, exploatare a copilului*, www.copii.ro.
5. Benton T. (2009). *Child Depression*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, www.emedicine.medscape.com.

6. Briere J. (2000). *Trauma Symptom Checklist for Children, Professional Manual*. Odessa, USA: Psychological Assessment Resources Inc.
7. Bulgaru M. (2002). *Metode și tehnici în asistența socială*. Chișinău: Centrul Editorial al Universității de Stat din Moldova.
8. Chadwick Center for Children and Families. (2009). *Assessment - Based Treatment for Traumatized Children: A Trauma Assessment Pathway*, San Diego, USA.
9. Cook A. ș.a. (2006). *A trauma assessment pathway model*. San Diego, USA: Chadwick Center for Children & Families.
10. Cosman D., Manea M. (2005). *Influența stilului de atașament în structurarea personalității*, Revista Psihiatru.ro nr. 3, www.psihiatru.pulsmedia.ro.
11. De Bellis M., Kaufhold M. (2009). *Effect of Abuse and Neglect on Brain Development*, www.aaronmillerconsulting.com.
12. Dobrescu I. (2005). *Psihiatria copilului și adolescentului*. București: Medicală.
13. Enache A. ș.a. (2007). *Triada simptomatică în diagnosticul copilului maltratat*. În: *Jurnalul Român de Medicină Legală*, nr. 15, București.
14. Friedrich W. (2007). *Children with Sexual Behavior Problems: Family-Based, Attachment-Focused Therapy*. New York: W.W. Norton & Company.
15. Fischer G., Riedesser P. (2001). *Tratat de psihotraumatologie*. București: Editura Trei.
16. Gelder M., Gath D., Mayou R. (1994). *Tratat de psihiatrie Oxford*. București: Asociația Psihiatrilor Liberi din România.
17. Giardino A., Giardino E. (2008). *Child Abuse and Neglect, Sexual Abuse*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, www.emedicine.medscape.com.
18. Ionescu Ș. (2001). *Copilul maltratat*, București: Fundația Internațională pentru Copil și Familie.
19. Kaplan, Sadock. B. (2007). *Manual de buzunar de psihiatrie clinică*, București: Editura Medicală.
20. Kauffman Foundation. (2004). *The Findings of the Kauffman Best Practices Project to Help Children Heal From Child Abuse*, USA, www.chadwickcenter.org.
21. Killen K. (1998). *Copilul maltratat*. București: Eurobit.
22. Lanktree C., Briere J. (2008). *Integrative Treatment of Complex Trauma for Children*, www.johnbriere.com.
23. Marcelli D., Braconnier A. (2006). *Tratat de psihopatologia adolescenței*. București: Fundația Generația.
24. Marcelli D. (2003). *Tratat de psihopatologia copilului*. București: Fundația Generația.
25. McCollum D. (2006). *Child Maltreatment and Brain Development*, Minnesota Medicine Journal, www.minnesotamedicine.com.
26. Mitrofan I. (2008). *Psihoterapie*. București: SPER.
27. Mitrofan I. (2008). *Introducere în Psihoterapie*, București: Credis.
28. Mitrofan I. (2004). *Terapia unificării*. București: SPER.
29. Mitrofan I. (2001). *Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului*. București: SPER.
30. Mitrofan I. (2000). *Orientarea experiențială în psihoterapie*. București: SPER.
31. National Crime Victims Research and Treatment Center. Medical University of South Carolina (2004). *Child Physical and Sexual Abuse, Guidelines for Treatment*, Charleston, USA www.muschealth.com.

32. Neamțu G. (2003). *Tratat de asistență socială*. Iași: Polirom.
33. Nelson C. (2010). *The Effects of Early Adversity on the Developing Brain*, *Congresul Abordarea multidisciplinară – condiție esențială a dezvoltării armonioase a copilului*, Institutul pentru Dezvoltarea Copilului, București.
34. Niculăeș A. (2008). *Factorii determinanți ai stresului la copiii de vârstă școlară mică*. În: *Psihologie, Pedagogie Specială, Asistență Socială*, nr. 1 (10), Chișinău.
35. Nutter D., Holm-Larsen L., Sylvester C. (2006). *Anxiety Disorder: Generalized Anxiety*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, www.emedicine.medscape.com.
36. Olărescu V., Veleanovici A. (2013). *Tulburări psihice - consecință a abuzului și neglijării copilului*. În: *Revista Psihologie* nr 2, Chișinău.
37. Olărescu V., Veleanovici A. (2013). *Asistența psihologică a familiei copilului abuzat sau neglijat*. În: *Materialele Conferinței internaționale științifico-practice, UPS Ion Creangă*, Chișinău.
38. Olărescu V., Veleanovici A. (2009). *Sindromul Alienării Parentale, formă subtilă de abuz emoțional*. În: *Volumul Conferinței științifice anuale Probleme ale științelor socio-umane și modernizării învățământului, UPS Ion Creangă*, Chișinău.
39. Organizația Internațională a Sănătății. (1998). *ICD 10 - Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament*. București: All Educational.
40. Perjan C., Verdeș A. (2010). *Ghid practic de asistență psihologică a curențelor afective la copiii din familii temporar dezintegrate*. Chișinău: UPS Ion Creangă.
41. Perjan C. (2001). *Dezvoltarea afectivității la copiii preșcolari educați în situații sociale de dezvoltare diferite*. Teza de doctor în Psihologie. Chișinău.
42. Racu I., Verdeș A. (2010). *Dezvoltarea afectivității la preadolescenții educați în situații sociale de dezvoltare diferite*. În: *Psihologie, Pedagogie Specială, Asistență Socială*, nr. 4 (17), Chișinău.
43. Rogers E., Spalding S. (2009). *Child Dysthymic Disorder*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, USA, www.emedicine.medscape.com.
44. Roth-Szamoskozi M. (1999). *Protecția copilului, Dileme, Concepții și Metode*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.
45. Ryann B., Conradi L. (2008). *Assessment– Based Treatment for Traumatized Children: A Trauma Assessment Pathway Model*, *Chadwich Center for Children and Families*, San Diego, USA, www.nctsn.org.
46. Salvați Copiii. (2009). *1,2,3... Pași în reabilitarea copilului care a suferit o traumă*. Iași: Spiru Haret.
47. Salvați Copiii. (2003). *Metodologia comună a centrelor de consiliere pentru copilul abuzat sau neglijat*, București.
48. Salvați Copiii. (2003). *Ghid de bune practici pentru prevenirea abuzului asupra copilului*, București.
49. Smith D. (2009). *Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy with Children and Their Families*, Medical University of South Carolina, ctg.musc.edu.
50. Teicher, M. H., (2012). *Child Abuse, Brain Development and Psychopathology*, www.drteicher.wordpress.com
51. Ulete, F. (2008). *Aspecte ale fricii și anxietății la școlari*. În: *Revista de Psihologie* Nr. 3-4, București.

52. Urquiza A., Winn C. (1994). *Treatment for Abused and Neglected Children*, U.S. Department of Health and Human Services, www.childwelfare.gov.
53. U.S. Department of Health and Human Services. (2006). *Crisis Intervention in Child Abuse and Neglect*, USA, www.childwelfare.gov.
54. Vasile, D. (2011). *Trauma familială și resursele compensatorii*, București: SPER.
55. Veleanovici A. (2012). *Using TSCC in Clinical Assessment of Abused Children*. În: *Journal of Experiential Psychotherapy*, vol. 15, nr. 2 (58), București.
56. Veleanovici A. (2011). *Propuneri de includere a tulburării de alienare parentală în DSM V*. În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, Chișinău, vol. X.
57. Veleanovici A. (2010). *Tulburările anxioase în cazul copiilor abuzați sau neglijați*. În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, Chișinău.
58. Veleanovici A. (2010). *Abuzul asupra copiilor. Definiție și tipologie*. În: *Psihopedagogia copilului*, nr. 8-9.
59. Veleanovici A. (2009). *Profilul psiho-afectiv al copiilor aflați în dificultate*. În: *Probleme actuale ale științelor umaniste, Analele științifice ale doctoranzilor și competitorilor*, vol. VIII, Chișinău.
60. Vladislav E. (2010). *Tehnici proiective*. Universitatea București, www.unibuc.ro.
61. Waseem M., Aslam M. (2008). *Child abuse and neglect: dissociative identity disorder*, www.emedicine.medscape.com.
62. World Health Organization. (2009). *Child abuse and neglect by parents and other caregivers*, www.who.int.
63. Yates W. (2009). *Anxiety Disorders*, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, USA, www.emedicine.medscape.com.