

**ALINA GĂLĂȚANU**  
**FLORIAN VIOREL MIU**  
*(Editori)*

**REPERE TEORETICE ȘI**  
**BUNE PRACTICI ÎN**  
**PSIHOLOGIE**

Editura  
Universitară  
**DANUBIUS**



2021

**Lucrarile din acest volum au fost prezentate în cadrul Conferinței  
naționale cu participare internațională  
„Repere teoretice și bune practici în psihologie” - 1 Ediție  
7-11 Aprilie, 2021**

[http://www.conferences.univ-  
danubius.ro/index.php/Psychology/RTPP2021](http://www.conferences.univ-danubius.ro/index.php/Psychology/RTPP2021)

Copyright 2021

Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate autorilor.

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**Repere teoretice și bune practici în psihologie / ed.: Alina**

Gălățanu, Florian Viorel Miu. - Galați : Editura Universitară

"Danubius", 2021

Conține bibliografie

ISBN 978-606-533-562-2

I. Gălățanu, Alina (ed.)

II. Miu, Florian Viorel (ed.)

159.9

Tipografia **Zigotto**Galați

Tel.: 0236.477171

## CUPRINS

### **Oana Bunescu**

*Aspecte ale consilierii pre și postnatale. Starea de bine mentală și emoțională maternă ..... 5*

### **Catalina Dumitrescu**

*Te rog nu mă mai răni – despre epigenză și impactul violenței psihologice..... 11*

### **Adina Karner-Huțuleac**

*Iertarea de sine – metodă terapeutică de vindecare interioară..... 18*

### **Gabriela Marc, Georgiana Copoiu, Ioana Cosmina Terente, Cristina Florentina Tatomir**

*Consilierea psihologică a minorului în context familial în situații de separare/divorț ..... 32*

### **Marius Teodor Zamfir**

*O altă formă de autism - „autismul virtual”.  
Argumentare și studiu științific ..... 53*

**Stan Gabriel**

*Autocontrolul la copiii preșcolari: revizuire a literaturii de specialitate* ..... 100

**Ana Cristina Predescu**

*Provocarile psihologului expert*..... 112

**Vasiloaia Gabriela**

*Evaluarea strategiilor de coping la aparținătorii copiilor cu tulburare de spectru autist, în perioada izolării la domiciliu datorită Covid19* ..... 116

**Grigore Ionașcu**

*Dimensiuni psihosociale, familiale și intervenționale ale alcoolismului* ..... 133

## **ASPECTE ALE CONSILIERII PRE ȘI POSTNATALE. STAREA DE BINE MENTALĂ ȘI EMOȚIONALĂ MATERNĂ**

**Oana Bunescu<sup>1</sup>**

### *Despre psihologia pre- și perinatală*

Unul din obiectele de studiu centrale ale psihologiei pre- și perinatale este nivelul la care copilul nenăscut este capabil să aprecieze mediul înconjurător și să reacționeze conform propriei voințe (Verny, 1989). Părintele psihologiei pre și postnatale este considerat Thomas Verny, care a scris cartea „The secret life of the unborn child”.

Psihologia pre și postnatală este un domeniu relativ nou, care are foarte multe aspecte care trebuie să fie explorate în profunzime.

### *Cum privim o femeie gravidă?*

De foarte multe ori femeia însărcinată este privită ca fiind neputincioasă în societatea noastră. Acest lucru nu face decât să crească gradul de frustrare în rândul femeilor însărcinate.

Medicalizarea sarcinii în foarte multe situații a condus și la a vedea gravida în anumite aspecte ca pe un bolnav, lucru ce se poate vedea de foarte multe ori în cabinetele medicilor ginecologi.

Nu negăm faptul că există situații în care un anumit grad de medicalizare este necesar, dar trebuie să nu uităm că vorbim despre o femeie care este pe cale să aducă pe lume o nouă viață.

Starea emoțională a gravidei are impact direct asupra dezvoltării bebelușului. Cunoașterea, identificarea și susținerea diferitelor emoții și simptome ce indică o

---

<sup>1</sup> Psiholog clinician și consilier psihologic, psihoterapeut.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

dificultate în perioada de sarcină este nevoie să fie sesizate de către echipa medicală. Astfel, se poate face o recomandare către o consiliere prenatală de specialitate.

De cele mai multe ori în interacțiunile sociale, gravida este privită ca fiind o femeie zâmbitoare, care emană fericire și bucurie, iar de aceea femeile nu sunt încurajate să exprime mai mult din acele sentimente care pot fi copleșitoare, despre anumite frustrări temeri sau credințe pe care le au. Acest lucru pune doar o presiune în plus pe femeie însărcinată. De aceea, o mare nevoie este să avem o conștientizare a simptomelor ce pot indica o dificultate în perioada parentală. Pot fi dificultăți ce au legătură cu sarcina propriu-zis, anumite gânduri, temeri sau dificultăți legate de tranziția spre asumarea rolului matern și conștientizarea legăturii care se conturează din perioada intrauterină cu copilul, dar pot să apară și anumite dificultăți la nivelul relației de cuplu.

### ***Sarcina***

Sarcina este o perioadă de schimbări atât din punct de vedere fizic, cât și emoțional. Este o perioadă în care la nivel inconștient se produc multe transformări. De asemenea, de amintit este faptul că în această perioadă ne pot veni amintiri pe care corpul nostru le-a receptat încă din perioada intrauterină (Verny, 1988). În plus, sarcina este o etapă care aduce cu sine transformări în ceea ce privește modul în care femeia începe să se perceapă pe sine, cât și lucrurile din jur.

De asemenea, sarcina poate face pe femeie să fie mai vulnerabilă, să aibă stări emoționale schimbătoare, să simtă că nu se poate înțelege, momente de bucurie, dar și de tristețe. Există schimbări hormonale care au efect direct asupra stării de spirit.

### ***Travaliul***

Sprijinul continuu în travaliu este asociat cu un efort mai diminuat și o dorință mai redusă de analgezice. Sprijinul continuu al unui partener sau a unei dole poate reduce utilizarea frecventă a analgeziei epidurale și cantitatea de alte analgezii administrate unei mame. (Lothian & DeVries, 2005). În travaliu apar emoții copleșitoare. Pentru a reduce stresul gravida poate asculta muzică, să folosească arome relaxante sau să aducă la spital ceva ce îi aduce aminte de bebeluș pentru a reduce anxietatea, iar în acest fel se poate conecta și cu bebelușul.

### ***Nașterea***

Nașterea (fie ea naturală sau prin cezariană) este un moment care aduce cu sine pierderea controlului și o dorință reală de a dori ca totul să meargă bine. Mama este pregătită să facă cunoștință cu bebelușul. Această primă întâlnire este una care își

## *Reșere teoretice și bune practici în psihologie*

---

pune amprenta asupra relației celor doi. Prima privire, în care mama își intersectează privirea cu cea a nou-născutului ei este încărcată din punct de vedere emoțional. Prima privire a bebelușului mai poartă denumirea de proto-privire, fiind o privire parentalizantă. Astfel, sub această formă are loc ceea ce numim nașterea psihică, care succede nașterea fizică (Delassus, 2015).

Nașterea este un moment special, important. Este momentul în care mama își cunoaște bebelușul, iar bebelușul își cunoaște mama. Astfel, în momentul acestei întâlniri mama ia cunoștință cu bebelușul real, trecând de la etapa bebelușului fantasmă (cel pe care și l-a imaginat pe durata sarcinii), astfel mama începe o etapă de cunoaștere a acestuia, etapă în care amândoi, mamă și bebeluș se cunosc reciproc și se adaptează. Bebelușul cunoaște această lume nouă pentru el, o lume pe care o poate cunoaște cu ajutorul mamei lui, lume care îi este oglindită de către mamă.

### ***Obiectivele consilierii prenatale:***

- Reducerea anxietății;
- Gestionarea emoțiilor;
- Creșterea încrederii în propriul corp;
- Dezvoltarea unui atașament mamă-copil sănătos;
- Normalizarea anumitor stări și sentimente.

### ***Obiectivele consilierii postnatale:***

- Asimilarea rolului matern;
- Dezvoltarea atașamentului postnatal;
- Scăderea anxietății;
- Urmărirea posibilelor semne de depresie post-partum;
- Normalizarea anumitor stări și sentimente.

### ***Cum ne raportăm la mame după naștere?***

Mama care a născut are nevoie să se simtă în siguranță. Este o etapă în care mama învață să fie mamă. Devenirea maternă ține de mai multe aspecte, atât psihologice, cât și culturale. Este nevoie să tratăm mama și bebelușul ca fiind o unitate, nu putem să vorbim despre mamă în absența bebelușului, și nici de bebeluș în absența mamei. Mama trebuie tratată cu empatie, înțelegere și să fie încurajată, fiind într-o perioadă de vulnerabilitate, în care începe să descopere treptat cum să fie mamă pentru bebelușul ei.

### ***Starea de bine mentală și emoțională maternă***

Starea de bine mentală și emoțională este strâns legată de modul în care mama percepe rolul matern și cât de multă încredere are femeia în calitățile sale ca mamă. De precizat este faptul că mama are nevoie și de momente în care să se relaxeze și să se destindă. A sta doar cu bebelușul toată ziua este solicitant atât din punct de vedere emoțional, cât și fizic. Nu trebuie să uităm că și mesajele care vin din partea copilului, ne pot da informații despre starea mamei. Astfel, bebelușul mai este numit în terapia maternologică micul clinician (Delassus, 2015).

Dificultățile materne există și trebuie să lucrăm mai mult ca și comunitate de specialiști pentru a face o conștientizare la scală mult mai largă a acestora. De la dificultăți ce pot apărea printr-o simptomatologie ușoară, până la zona patologică, susținerea mamei în primul an de viață al copilului și accesul la consiliere și suport pentru a putea să fie susținută într-un mod sănătos diada mamă-bebeluș este realmente esențial.

### ***Relația mamă-bebeluș în perioada prenatală***

Studiile au arătat, iar practica ne arată că relația mama-bebeluș este o relație care se formează încă din perioada intrauterină. Această relație poate să fie impactată de factori interni și externi. Factorii interni sunt cei care țin de dispoziția mentală și emoțională maternă, de gradul de implicare în sarcină, de momentele de conectare cu bebelușul, de cât de mult a fost dorită sarcina pentru viitoarea mamă. Factorii externi sunt factori ce țin de cei din jur, cu precădere de către soț/partener, familie, mesaje transmise atât în mass-media cât și mesaje cu impact cultural despre femeile însărcinate.

De asemenea, rolul tatălui este și el esențial. Un partener empatic, grijuliu, care poate să susțină mamă în crearea relației dintre ea și bebeluș ajută la o apropiere și la încurajarea în rolul matern. Nu trebuie să uităm că și viitorii tați pot avea diferite simptome în ceea ce privește zona emoțională, dar și diferite temeri.

Relația mamă-bebeluș este și un prilej de vindecare a rănilor emoționale în perioada prenatală, dar nu numai acum, această vindecare și înțelegere profundă a propriei maternități este continuată în perioada postnatală.



### ***Relația mamă-bebeluș în perioada postnatală***

După cum putem vedea și afirma relația mamă-bebeluș în perioada postnatală este o continuare a atașamentului și a legăturii create cu bebelușul pe perioada sarcinii. Relația mamă-bebeluș în această perioadă poate să fie influențată de felul în care mama se simte pregătită și are încredere în calitățile materne, implicit în asumarea rolului matern și dispoziției de deschidere spre cunoaștere.

Relația mamă-bebeluș este manifestată și prin acțiune de hrănire a bebelușului, momentul alăptării (fie alăptare la sân sau la biberon) este un moment intim între cei doi, care de fapt ne indică și ne spune ceva despre relația celor doi, fiind un ciclu al dăruirii, în care nu este vorba doar despre hrănirea propriu-zisă, dar și despre hrana emoțională.

### ***Relația partenerilor în perioada prenatală***

Apar o serie de modificări în rândul partenerilor. Trebuie să ne uităm la temele de interes pentru cei doi parteneri în această perioadă. Un focus pe care trebuie să-l aibă în vedere consilierea prenatală este și încurajarea comunicării în cuplu în această perioadă. Vulnerabilitatea privită și resimțită prin ochii bărbatului poate să fie una copleșitoare, unii pot dezvolta chiar și simptome de graviditate, astfel este necesar să încurajăm exprimarea emoțiilor. Gravida are nevoie de confort și sprijin, trebuie să-și simtă partenerul aproape.

### ***Relația partenerilor în perioada postnatală***

În perioada postnatală vorbim despre o adaptare a noilor roluri. De asemenea, este o etapă în care rolul matern și patern trebuie să fie asimilat și adăugat celorlalte roluri existente. Dacă înainte cei doi, el și ea, erau doar parteneri, acum sunt mamă și tată.

Frecvența întâlnirilor romantice, a intimității sexuale după apariția copilului poate avea de suferit. Ce ajută foarte mult în această etapă sunt momentele de conectare emoțională între parteneri, în care aceștia discută și își spun în mod deschis ce așteptări și nevoi au în această nouă formulă.

### ***Ce poate ajuta în perioada prenatală și postnatală?***

- Grupurile de suport prenatal/postpartum;
- Discuții cu partenerul/soțul;
- Participarea la webinarii cu teme de interes legate de perioada prenatală/postpartum;
- Consilierea pre și postnatală;

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

- A ține un jurnal scris sau audio;
- A desena, a picta, a crea ceva manual;
- A face mișcare, yoga pentru gravide;

### **Bibliografie**

Antoine, C., *Ghid psihologic pentru naștere și maternitate*, București, Ed Trei, 2008.

Condon J.T. & Corkindale C.J., The assessment of parent-to-infant attachment: Development of a self-report questionnaire instrument, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), 1998, pp. 57-76.

Correia L.L. & Linhares M.B.M., Maternal anxiety in the pre-and postnatal period: a literature review, *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(4), 2007, pp. 677-683.

Cotigă Alin Cristinel, *O incursiune în psihologia prenatală. Sarcina, nașterea și atașamentul*, (Vol. 1; vol. 2). București, Ed SPER, 2010.

Delassus Jean-Marie, *Sensul maternității*, București, Editura Minied, 2015.

Fijałkowska D. & Bielawska-Batorowicz E., A longitudinal study of parental attachment: pre-and postnatal study with couples, *Journal of reproductive and infant psychology*, 38(5), 2020, pp. 509-522.

Rossen L., Hutchinson D., Wilson J., Burns L., Allsop S., Elliott E.J. ... & Mattick R.P., Maternal bonding through pregnancy and postnatal: Findings from an Australian longitudinal study. *American Journal of Perinatology*, 34(08), 2017, pp. 808-817.

Delassus Jean-Marie, *Sensul maternității*. București: Editura Minied, 2015.

Lothian J. & DeVries C., *The official Lamaze guide: Giving birth with confidence*. Minneapolis, MN: Meadowbrook Press, 2005.

Smorti M., Ponti L., Ghinassi S. & Rapisardi G., The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 142, 2020, 104956.

Tichelman E., Westerneng M., Witteveen A.B., Van Baar A.L., Van Der Horst, H.E., De Jonge A., ... & Peters L.L., Correlates of prenatal and postnatal mother-to-infant bonding quality: A systematic review. *PloS one*, 14(9), 2019, e0222998.

Verny T.R. & Psych D., The Scientific Basis of Pre-and Peri-Natal Psychology-Part 1. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 3(3), 1989, p. 157.

Verny T. & Kelly J., *The secret life of the unborn child*. Dell, 1988.

## **TE ROG NU MĂ MAI RĂNI – DESPRE EPIGENZĂ ȘI IMPACTUL VIOLENȚEI PSIHOLOGICE**

**Catalina Dumitrescu<sup>1</sup>**

Imaginându-ne acum că facem un exercițiu de tip „brainstorming” în care fiecare dintre noi spune primul lucru care îi vine în minte referitor la cuvintele *violență psihologică*. Unii dintre noi vor spune hărțuire verbală, critică, jigniri, cuvinte umilitoare, înjurături, defăimare, dispreț verbal, desconsiderare, atac la identitatea noastră, stare de tensiune psihică, mimică și gesturi inadecvate (ex: ochi dați peste cap, gest de lehamite).

În două dintre jurnalele de specialitate “The Lancet” și “Psychiatric Services” am citit câteva articole despre ce înseamnă violența psihologică în relații, dar și la locul de muncă. Este descrisă ca fiind o stare abuzivă a conduitei celor din prejmă, o atitudine de intimidarea și superioritate, de negativitatea permanentă, de presiune; iar uneori întâlnim această presiune în trafic, la rândul de la supermarket în care ești grăbit și implicit devii victima violenței psihologice a celui care se grăbește. Violența psihologică mai este definită ca fiind o stare de ostilitate, de ton ridicat și autoritar și lipsit de respect, prin zeflema și ironie spuse sub forma glumei răutăcioase și tendențioase.

Conceptul de violență psihologică a intrat în atenția conștientizării publice prin anii '90 datorită efectelor asupra stării de sănătate fiind asociate cu diagnosticul de stres crescut. Părea însă ceva abstract noțiunea de stres deși cercetări științifice se făceau iar rezultatele studiilor erau concludente și totodată îngrijorătoare. Psihologii au descoperit principul proiectării care este acela că tot ce este rău e mai puternic decât ce este bun, reacțiile la amenințări sunt mai rapide, mai intense și mai greu de suspendat decât la lucrurile plăcute. Atunci când suntem agresați psihologic creierul uman internalizează mult mai ușor trauma limbajului agresiv decât cuvintele bune.

---

<sup>1</sup> Psiholog clinician, psihoterapeut, doctor în psihologie.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Un alt studiu spune că în relațiile intime este nevoie de cinci fapte bune pentru a repara un act dureros. Toate acestea se datorează părții din creierul nostru care este responsabilă cu zona instinctelor sau după cum era identificată de Maslow prima treaptă, adică treapta nevoilor primare.

De astfel, s-a demonstrat cum nivelul cortizolului și al adrenalinei crește atunci când ne simțim amenințați și cum se activează sistemul vegetativ care la rândul lui alarmează nervul vagal care pornește din creier și traversează organele principale ale corpului, ceea ce face ca o reacție în lanț să activeze și celelalte sisteme fiziologice să se activeze atunci când ne simțim amenințați iar corpul nostru să intre în stare de atac, de încremenire sau de fugă, în funcție de cum este structurat creierul fiecăruia dar și de experiențele de viață individuale.

Răspunsul de îngheț este o stare vagală dorsală parasimpatică extrem de redusă (niveluri reduse de vasopresină, catecolamine și cortizol) care produce bradicardie și o stare hipometabolică, adică duce la scăderea consumului de oxigen și ajută în simularea disociativă a morții fiind congruentă cu răspunsul indus de hipoxie al reflexului reptilian de scufundare. Acest răspuns este o strategie de conservare a energiei prin scăderea ritmului cardiac, a frecvenței respiratorii și a ratei metabolice din perioada de torpoarecare pot fi legate de mecanismul biologic al disocierii. În acest fel putem explica ce se întâmplă la nivelul corpului atunci când o traumă se produce. O traumă nu trebuie definită ca fiind ceva neapărat major cum ar fi atacul fizic, accidentul, violul, ele pot fi micro-traume cum le numea profesorul Franz Rupert, adică agresiunile zilnice de care avem parte în mediul înconjurător. Intrarea într-o stare hipometabolică asigură supraviețuirea atunci când stresul din mediu este unul amenințător.

Într-un alt studiu publicat în "The American Journal of Psychiatry" despre neurobiologia agresiunii se demonstrează prin măsurarea imaginilor RMN cum se produc leziuni la nivelul cortexului prefrontal atunci când suntem agresați. Tot în acest studiu s-a observat cum leziunile pot fi rezultatul unor traume din copilărie sau produse la vârstă tânără, sau pot fi rezultatul unor tumori cerebrale existente. Măsurătorilor creierelor spre exemplu al unor persoane diagnosticate cu tulburare borderline au arătat că sunt asociate cu alterarea cortexului temporal și hipocampului. Acestea modifică metabolismul cortexului în care putem observa modificări ale comportamentului prin stări de furie, de instabilitate emoțională marcantă, de iritabilitate, ducând în funcție de gravitatea leziunii la comportamente antisociale.

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Epigenetica este o ramură a geneticii care studiază cum celulele își modifică comportarea genelor datorită factorilor din mediu și cum sunt decodificate în contextul nou. Acestea schimbă secvențe ale ADN-ului prin modificarea fenotipului fără a schimba genotipul, adică afectează modul cum celulele decodifică genele, se concentrează asupra modului în care experiențele de viață, evenimentele din timpul vieții, influențează funcția genelor, adică substanțele chimice se atașează de ADN și orientează activitatea genelor. Dacă suntem predispuși genetic spre o boală, putem să nu o dezvoltăm dacă mediul este unul sănătos și cu un grad scăzut de stres. În schimb dacă mediul este unul violent psihologic va duce la un nivel de stres crescut, implicit la somatizarea acestuia printr-o metabolizare la nivelul biochimiei corpului devenind toxic și ducând la modificarea genetică în boală la propriu.

Când mediul este dominat de violență psihologică s-a demonstrat că efectele acestora se transmit de la o generație la alta, fără o modificare a genelor în sine, influențele epigeneticii induse de mediu, le modulează pe cele genetice. Sau cum este cunoscut în popor „copiii plătesc greșelile părinților”, adică copiii redau același tipar comportamental și cognitiv învățat în matricea familiei, conștientizarea tiparului în care funcționăm duce la modificarea mediului și a expresiei genetice la propriu.

Mintea automată, acolo unde au existat traume în trecutul nostru, va readuce din memoria implicită la fiecare declanșator din prezent, emoții ale experiențelor din trecut. Cum violența psihologică este parte din societate și în multe situații și din familiile din care provenim va reactiva același mecanism de stres crescut atunci când ne simțim amenințați, de aceea vom vedea uneori reacții disproporționate în raport cu evenimentul din prezent.

Un element care definește violența psihologică și pe care nu-l conștientizăm este bârfa. Când limbajul este unul de tip bârfă acesta devine o formă a violenței psihologice. Robin Dunbar, psiholog, într-o cercetare făcută la Harvard University în 1996, despre evoluția limbajului și bârfa, a observat că oamenii folosesc limbajul mai ales să vorbească despre alții, iar succesul depinde de cine pe cine știe, fiind în avantaj față de cei care nu au această abilitate de a bârfi, bârfa devenind o artă a manipulării sociale, a agresivității verbale și relaționale. Bârfa se încadrează în conceptul de violență psihologică, este copleșitor de critică și se referă la încălcările codurilor morale și sociale de către ceilalți, și influențează moralitatea care este răspunzătoare de nivelul oxcitoninei.

Un alt cercetător Paul Zak a demonstrat că oxcitonina este molecula încrederii în alți oameni și a numit-o molecula moralității. Atunci când nivelul oxcitoninei crește

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

devenim mai empatici și mai generoși chiar și față de necunoscuți. Pentru a produce această moleculă este necesar sentimentul de încredere al unui om față de alt om, atunci când cineva are încredere în noi devenim mai puțin rezervați și mai deschiși, și mai puțin dispuși să trișăm. Când avem relații de încredere ne simțim în siguranță și protejați, iar dacă cineva ne trădează încrederea ne provoacă suferință, suferință care se manifestă la propriu în chimia creierului nostru prin scăderea nivelului de oxcitonină și serotonină, un alt neurotransmițător responsabil cu starea de bine, și care se asociază oxcitoninei.

Dacă mediul nostru este unul plin de violență psihologică, stresul crescut ne va determina să funcționăm mult mai mult în starea de apărare, de supraviețuire, ne va fi mult mai greu să avem încredere, vom fi mai suspicioși și mai puțin darnici, ceea ce ne indică un nivel scăzut al oxcitoninei.

Oxcitonina crește atunci când simțim empatie, atunci devenim mai amabili, mai cooperanți și mai altruști. Când ne simțim protejați, acceptați și în siguranță. Practic înflorim datorită unui mediu empatic și al unor relații bune în care găsim înțelegere și suport. P. Zak scrie despre creierul uman că reacționează mai intens la un chip uman decât la orice alt lucru din univers. Supraviețuim în primii ani datorită relației de sintonizare (a te simți simțit) după cum o descrie doctorul D. Siegel, neurocercetător, dintre copil și părinții săi, citim expresia feței mamei, avem nevoie de bunăvoința și disponibilitatea acesteia pentru a rămâne în viață și a fi sănătoși. Se pare că necesitatea unui mediu de încredere este un factor mult mai important decât educația. Acolo unde societatea prosperă înseamnă că nivelul de încredere că te poți baza pe ceilalți, că poți încheia contracte avantajoase, că nu ești furat sau că nu vei fi înșelat, se dovedește ca fiind un factor important în dezvoltarea economică și implicit al nivelului de trai lucru care se va reflecta în calitatea vieții.

Ce înseamnă însă un mediu de încredere? Un mediu în care poți fi relaxat și în care te simți securizat, în care te poți arăta vulnerabil, în care te simți protejat. Dacă mediul nu este unul de încredere devii concurențial cu cei din preajmă, trăiești într-o permanentă stare de rivalitate, scrâșnești din dinți, te locuiește furia și frustrarea. Pe termen lung dacă trăiești într-un asemenea mediu nivelul de stres crescut duce la anxietatea crescută, la banalizarea răului, la stimă de sine scăzută, la sentimente de rușine și vină, la instalarea stării de depresie, la dezvoltarea unei stări de nevroză permanente, la agresivitate și iritabilitate ca stare de fond. Dezvoltăm sentimente care scad satisfacția și starea de bine, și dezvoltăm susceptibilitatea, starea de suspiciozitate la adresa celor din jur.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Violența verbală, lăcomia, ambiția, plăcerea de a-i răni pe ceilalți le putem observa cu ușurință în mediu, și cel fizic, și cel virtual. Răutatea comentariilor, limbajul veninos, nevoia de a avea dreptate cu orice preț, sadismul, idealismul moral duc la izbucniri violente, la creșterea stresului și a tensiunii. Este ca și cum am fi seara pe o stradă întunecată și am auzi pași în spatele nostru, percepem un pericol iar corpul nostru se pregătește de apărarea sau atac, iar creierul nostru își modifică chimia.

Un aspect ce merită subliniat este starea de sensibilitate care este starea ce caracterizează oamenii sănătoși psihic, doar că mediul social prin modelele din media promovate de genul: James Bond, bărbatul de succes și puternic, care omoară teroriști, se folosește de femei pentru sex, conduce o super mașină, deține arme sofisticate, pare de neînving, chiar și din captivitate el se eliberează, are puteri supraomenești pe care media le livrează iar noi fără a le filtra, prin a fi conștienți că nu are cum să existe și să fii invincibil decât dacă te afli într-un clivaj psihic, condamnăm sensibilitatea și considerăm ca fiind un defect a fi un om sensibil. Modelul predat al omului puternic este cel care nu este vulnerabil, nu are nicio suferință, nimic nu-l atinge. Aud deseori oameni care se disprețuiesc pentru sensibilitatea pe care o simt, considerând-o un defect și dorindu-și să fie mai nepăsători și mai puțin empatici. Aici valorile mediului sunt inversate, întrucât sensibilitatea arată starea de sănătate psihică altfel am intra sub incidența psihopatiei.

Din păcate atunci când ne confruntăm cu starea de sensibilitate simțim durere sau disconfort fizic și suntem acuzați că dorim să atragem atenția. Ca rezultat unii dintre noi își camuflează sensibilitatea printr-un comportament aparent nepăsător, alții se refugiază în adicții cum ar fi alcoolul, cumpărăturile, mâncarea, etc. Dependența are multe forme în mediu în care trăim, mulți sunt copleșiți de comportamente compulsive de a acumula bogății, pentru alții atracția compulsivă este puterea, consumerismul, nevoia de statut, nevoia de relații fetișizate, compulsia pentru cultul corpului tânăr, etc.

Una dintre problemele care apar este că ajungem să ne identificăm cu mediul într-atât de mult încât nu mai suntem capabili să recunoaștem violența psihologică a acestuia și să ne pierdem propria busolă morală. Vom avea senzația că ceea ce face majoritatea este normalitatea iar a îndrăzni să fii diferit înseamnă un act de curaj și de cunoaștere de sine, dar și o libertatea individuală, pe care puțini și-o îndrăznesc. Ieșirea din turmă nu este facilă și nici la îndemâna oricui, sunt necesare încrederea în propriile forțe iar pentru asta trebuie cunoașterea de sine. Vom auzi deseori replici de genul: „era o glumă” și vom ajunge să credem că persiflarea și gluma răutăcioasă, ironia, zeflemeaua, bârfa, sarcasmul nu sunt comportamente abuzive, ca urmare le

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

vom internaliza, devenind incapabili să avem o claritate asupra mediului violent în care trăim. Și nu numai că le vom internaliza, vom ajunge să ne identificăm cu ele, încât să le practicăm, ceea ce va duce la un clivaj interior și la utilizarea mesajului dublu. O altă consecință este că vom depune foarte mult efort emoțional în cadrul relațiilor pe care le avem, fie că sunt relații familiale sau relații conjuncturale. Tendința va fi: fie să devenim evitanți, fie să ne transformăm în agresori, fie să devenim salvatori, adică să preluăm un rol de a deveni responsabili într-un mod exagerat de climatul mediului emoțional, ori prin preluarea unor sarcini care nu ne aparțin, ori prin comportamente ludice, ori prin comportamente mult prea independente ca mecanism de apărare la abuzul psihologic existent. Sau altfel spus, funcționarea fiziologică defectuoasă relevată prin imagini ale RMN-urilor a arătat o diminuarea a capacității de a gândi rațional, diminuarea numărului celulelor nervoase, alterare a activității electrice și ramificării anormale ale neuronilor. La propriu creierul nostru suferă și ne alterează judecata și simțirea.

Atunci când schimbăm mediul înconjurător și amploarea influențelor se schimbă în reacția morală, implicit se modifică chimia creierului nostru. Totodată circuite noi neurale pot apărea în momentul în care devenim conștienți de noi, de modul cum gândim, cum reacționăm. Putem crea noi conexiuni neuronale. Este ca în cazul cuiva care suferă de paralizia unui membru în urma unui accident cerebral; chiar dacă celulele nervoase au murit va putea să folosească din nou membrul paralizat datorită circuitelor noi care au preluat controlul și au creat noi conexiuni. Se numește neuroplasticitate. Este la fel ca atunci când mușchii corpului nu sunt folosiți ei se atrofiază dar dacă îi antrenăm ei vor crește în dimensiune și capacitate, la fel și creierul uman produce noi celule nervoase dacă îl antrenăm prin procesul de învățare continuă. Pentru a învăța este nevoie de disciplină și perseverență.

Doctorul Gabor Mate notează despre creierul părinților cum acesta îl programează pe cel al copilului, părinții stresați vor crește copii care vor fi la fel de stresați, indiferent cât de mult îi iubesc. Tensiunea vocii, brațele încordate care îi țin, expresiile faciale abătute, pupilele mărite, toate acestea sunt indicatori ai nivelului de stres al părintelui, stres care se transmite și care va fi îmbibat în mediu. R. Joseph, cercetător, citat de doctorul G. Mate spune că un mediu sărac emoțional, reduce cu mii numărul sinapselor per axon (corpul celulei care transportă impulsul electric la alt neuron), poate întârzia creșterea și elimina miliarde de sinapse, ducând la păstrarea conexiunilor anormale. Cum creierul este responsabil de dispoziție, autocontrol și comportamentul social, acestea pot fi consecințe neurologice care duc la dezechilibre în viețile personale sau la comportamente autodistructive, nepotrivite.



### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Ca o concluzie genele depind în cea mai mare parte de mediu, ele sunt cele dominante când vorbim de organizarea de bază, schema de dezvoltare și structura anatomică a sistemului nervos dar mediul este cel care rafinează chimia, conexiunile neurale, circuitele, rețelele și sistemele care ne determină funcționalitatea optimă. Hrana emoțională este cea care asigură o dezvoltare neurobiologică sănătoasă a creierului. Avem nevoie de relații de atașament bune, de un limbaj afectiv plin de căldură și disponibilitate, și pe cât posibil lipsit de un stres crescut. Avem nevoie să ne simțim plăcuți și acceptați pentru că așa ne vom construi sentimentul de siguranță.

Atunci când devii prezent în viața ta psihică, suntem mai conștienți de noi, devenim mai calmi, mai puțini atașați de lucruri care credem că au însemnătate, învățăm să ne bucurăm de viață și să acceptăm că lucrurile nu trebuie să se întâmple întotdeauna așa cum vrem noi pentru a avea o stare bună, toate acestea se vor oglindi în exteriorul nostru. Mediul devine oglinda noastră, iar dacă noi alegem să producem schimbare implicit lucrul acesta se va observa în chimia creierului nostru, în sănătatea psihică și fizică, și implicit în sănătatea mediului înconjurător. Alegerea este una individuală, nu colectivă, dar cu cât vom alege mai mulți să facem schimbări cu atât vom influența și inspira pe cei din preajma noastră, e ca un lanț, o verigă atrage după sine o altă verigă, ca un lanț ADN, ceea ce va avea ca rezultat să trăim într-un mediu mai sănătos, cu un nivel al violenței psihologice mai redus.

## **IERTAREA DE SINE – METODĂ TERAPEUTICĂ DE VINDECARE INTERIOARĂ**

**Adina Karner-Huțuleac<sup>1</sup>**

Lucrarea de față își propune să definească procesele iertării și neiertării, să descrie într-o formă practică cei cinci pași ai iertării după modelul REACH (Worthington, 2006), să clarifice factorii importanți pentru iertare pe termen mediu și lung (Wade, Worthington & Meyer, 2005), să analizeze cele mai importante obstacole care fac iertarea un proces dificil sau imposibil.

Această abordare a fost exprimată pentru prima dată de Worthington în anul 1982 și a suferit revizuirii ulterioare. Cel mai recent, această abordare a fost descrisă de Worthington în mai multe lucrări științifice de mare impact (Worthington, Mazzeo & Canter, 2005; Worthington, O'Connor, Berry, Sharp, Murray & Yi, 2005).

### **Definirea conceptului de iertare**

Iertarea se definește prin procesul de înlocuire a emoțiilor puternice de frică, suferință și furie care apar în urma unei situații/persoane percepute ca ofensatoare sau traumatizantă, cu emoțiilor pozitive (empatie, compasiune, simpatie, iubire) (Worthington, 2006).

Însă definirea acestui concept nu este tocmai ușoară, iar cercetătorii din domeniul iertării au utilizat multiple sensuri teoretice ale acestui construct. Majoritatea au căzut de acord că iertarea este un fenomen complex (Enright & Fitzgibbons, 2000). Aceasta implică aspecte cognitive (Flanigan, 1992), afective (Malcolm & Greenberg, 2000) comportamentale (Gordon, Baucom & Snyder, 2000), motivaționale (McCullough, 1997), decizionale (DiBlasio, 1998) și interpersonale

---

<sup>1</sup> Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” Iași.

(Baumeister, Exline & Sommer, 1998), iar a preciza cu exactitate cât de mult cântărește fiecare tip de factor în ecuația generală a iertării devine un demers aproape imposibil de realizat.

Totuși, o distincție importantă se face între iertarea decizională și cea emoțională (Worthington, 2006). Iertarea decizională reprezintă o afirmație cu intenție comportamentală, care se referă la faptul că o persoană va încerca să se manifeste în relație cu transgresorul așa cum o făcea înainte de momentul care l-a rănit. Reprezintă decizia de a-l elibera pe transgresor de datoria pe care o are de plătit față de victimă (Baumeister et al., 1998; DiBlasio, 1998). O persoană poate acorda iertarea decizională și să fie în continuare supărată, orientată cognitiv spre ruminare furioasă, anxioasă sau tristă și orientată motivațional spre răzbunare și evitare. Totuși, sunt anumite cazuri în care iertarea decizională poate declanșa iertarea emoțională.

Cel de-al doilea tip de iertare, iertarea emoțională, își trage seva din emoțiile (Worthington, 2000; 2001; 2003; Worthington, Berry & Parrott, 2001; Worthington & Wade, 1999) care influențează motivațiile. Se consideră că decalajul nedreptății este invers proporțional cu ușurința de a ierta și direct proporțional cu neiertarea emoțională.

Putem sistematiza caracteristicile celor două tipuri de iertare după modelul lui Worthington (2006):

#### **Iertarea decizională**

1. Adoptată rațional sau printr-un efort de voință;
2. Poate surveni înainte sau după iertarea emoțională;
3. Poate avea loc fără iertarea emoțională;
4. Are ca obiectiv controlul comportamentului în viitor (nu motive sau emoții);
5. Poate provoca un sentiment de confort, emoție și motivație calmă (de exemplu, poate conduce la iertarea emoțională sau cel puțin la diminuarea neiertării emoționale);
6. Poate conferi unei situații o nouă semnificație;
7. Schimbă comportamentul;
8. Poate îmbunătăți interacțiunile prin aplanarea conflictului sau promovarea reconcilierii.

### **Iertarea emoțională**

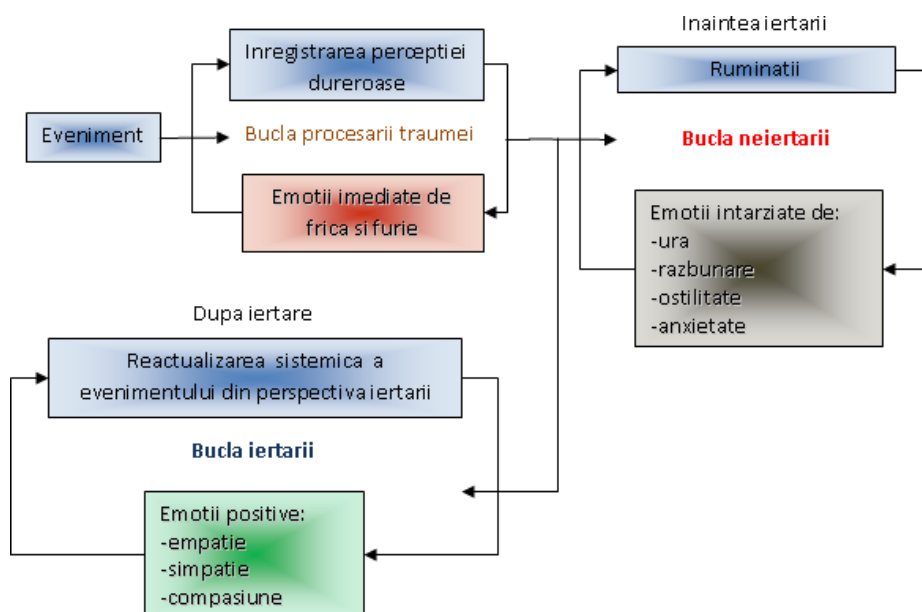
1. Adoptată prin înlocuire emoțională;
2. În mod obligatoriu reduce emoțiile de neiertare;
3. Poate surveni înainte sau după iertarea decizională (de obicei după);
4. În anumite situații poate avea loc fără iertarea decizională;
5. Are ca obiectiv modificarea climatului emoțional însă declanșează inevitabil rețelele neo- asociaționiste care conduc la modificări la nivelul motivației, gândurilor și altor asocieri;
6. Poate conferi unei situații o nouă semnificație;
7. Poate schimba comportamentul;
8. Va schimba motivația.
9. Diminuează emoțiile negative și le amplifică pe cele pozitive.
10. Poate îmbunătăți interacțiunile și promova reconcilierea.
11. Poate reduce decalajul nedreptății.

### **Metode de gestionare a resentimentelor care implică doar scăderea neiertării, fără activarea proceselor de iertare**

Transgresiunile creează percepția unui sentiment de nedreptate. În funcție de nivelul de nedreptate și gravitatea transgresiunii percepute, oamenii vor aprecia stresorul interpersonal ca fiind o amenințare sau o provocare. Dacă oamenii interpretează transgresiunea ca o amenințare, ei vor rumina, vor trăi sentimente de neiertare, și vor fi motivați să-și caute dreptatea, să se răzbune, sau să-i evite pe transgresori. Dacă stresorul interpersonal este perceput ca o provocare, ei vor recurge la rezolvarea de probleme, își vor regla emoțiile și vor încerca să confere sens acestui eveniment. O astfel de interpretare poate declanșa motivații conciliatorii sau altruiste (milă, compasiune, iubire). Drept urmare, ei vor face față transgresiunii prin abordarea amenințărilor sau provocărilor aduse competenței, relației sau autonomiei lor. Ei pot face față stresului folosind mecanisme de coping centrate pe problemă, pe emoție sau pe semnificație, sens. Astfel, ei vor alege fie să (1) recurgă la diverse forme de neiertare, ceea ce va afecta etapele procesului, fie să (2) ierte, alegere care la rândul său va modifica etapele procesului (Fig. 1). La nivel intim, persoana poate sau nu să

ierte. În mod public, persoana își poate exprima iertarea sau neiertarea față de transgresor (o altă posibilitate este absența exprimării), acțiuni ce vor afecta diferitele etape ale procesului. Vom prezenta o serie de mecanisme de a face față neiertării utilizate de clienți, tehnici care au ca scop scăderea percepției de nedreptate și diminuarea emoțiilor specifice neiertării (resentiment, ură, frică, tristețe față de cel care a greșit, inclusiv față de noi înșine).

**Toleranța/stăpânirea de sine:** aceste metode au rol de auto-protecție emoțională și ne ajută să nu simțim o emoție acută, bazându-se pe un nivel ridicat de auto-control. Se includ: (a) inhibarea emoțiilor negative prin voință (Nu mă voi enerva foarte rău, indiferent de ceea ce-mi va spune. Nu merită să-mi stric starea pentru nimeni.); (b) negarea - persoana lezată nu se implică emoțional în reamintirea evenimentelor traumatizante (Nu s-a întâmplat nimic foarte rău. De fapt celălalt a glumit/a fost puțin malițios. Nu m-a atins cu nimic ce mi-a spus partenerul); (c) distragerea (mă focalizez pe altceva decât pe discursul negativ, de exemplu pe un gând de tipul: Dumnezeu este cu mine și nimic rău nu se poate întâmpla; Rămân centrat în interior sau mă centrez pe un punct luminos aflat între sprâncenele celui care atacă etc.); (d) evitarea – se utilizează din dorința de a evita o altă lovitură sau un posibil acces de furie.



**Figura 1. Raportul dintre reacțiile emoționale imediate post-transgresiune, neiertare și iertare (Worthington, 2006)**

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Răzbunarea impulsivă. Pentru scăderea neiertării unele persoane utilizează contraatacul imediat, pe principiul „dinte pentru dinte”. Această tehnică pentru unii este eficientă în descărcarea emoțiilor puternice impulsive, dar neadecvată.

Revanșa – este o răzbunare strategică, bine gândită, la rece.

Diminuarea senzației de nedreptate prin cererea de (extra)servicii. Uneori nu vrem iertare, ci dreptate, adică o pedeapsă aplicată de cineva imparțial, care să refacă echilibrul. Nedreptatea este definită ca discrepanța dintre așteptările persoanei cuprivate la o situație și modul în care percepe că s-au întâmplat lucrurile. Cu cât nedreptatea este mai mare, cu atât neiertarea este mai intensă și efortul de a ierta mai susținut. Odată cu restabilirea dreptății, scade neiertarea, deși nu apare automat și iertarea.

A renunța la propriul drept de a judeca, lăsând judecata în seama instituțiilor și a divinității. Unii oameni se opresc din procesul judecării tiranului, delegând acest drept unei instanțe supreme (Dumnezeu), sperând într-o justiție divină.

A spune o poveste diferită. A scuza tiranul (nu a știut ce spune) sau a justifica acțiunea tiranului (am meritat asta pentru că am ridicat tonul) pot să scadă neiertarea, dar nu în mod sănătos.

Resemnarea în fața situației. Unii reduc neiertarea prin remanare: Nu mai am ce să fac. Ce a fost, a fost. Vreau să accept și să merg mai departe.

Submisivitate – persoana este atât de speriată încât alege să supraviețuiască prin cedare și supunere.

Căutarea intensă a persoanelor care să le dea dreptate și să le valideze propria percepție asupra lucrurilor. Persoana regurgitează emoții nedigerate complet, le menține vii în memorie și apoi se apără de ele, înainte de a fi digerate conștient și activ.

### **Modelul REACH al iertării de sine (Worthington, 2006) De ce este mai dificilă iertarea de sine?**

Printre cele mai puternice argumente care susțin ideea că iertarea de sine este mai dificilă decât iertarea unei alte persoane putem enumera:

- Când oamenii încearcă să se ierte pe ei înșiși, ei joacă două roluri în același timp (ofensatorul și persoana care iartă);

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

- Condamnarea de sine pare de neoprit pentru că este dificil să-ți oprești mintea care te judecă;
- Iertarea de sine poate fi dificilă deoarece dispunem de informații din interior pe care le putem ascunde mult mai greu de noi înșine, decât de alții;
- Când ne condamnăm, nu auzim doar vocea noastră, ci și a celor care au fost martori la fapta noastră. Vocea noastră va face atunci parte dintr-un cor al condamnării;
- Deseori avem sentimentul nu numai că am rănit pe altcineva, dezamăgindu-ne în acest fel pe noi înșiși, ci că am greșit împotriva lui Dumnezeu, a naturii sau a umanității, ceea ce ne intensifică rușinea și vinovăția;
- Oamenii se forțează să se ierte, iar presiunea de a se ierta pe ei înșiși adaugă la povara condamnării de sine;
- Când suntem victimele unei răniri, nu considerăm că este obligatoriu s-o iertăm pe acea persoană. Putem considera că acea persoană este cea responsabilă, nu victima. Însă când ne dezamăgim pe noi înșine, noi suntem cei care simțim povara.

### **Etapele modelului REACH**

#### **R – reamintirea situației ofensatoare**

#### **R1. Înțelegerea perspectivei clientului, a nivelului de auto-condamnare și de afectare a sinelui**

1. Reactualizarea situației în care clientul a avut un comportament ofensator față de o persoană și/sau față de sine însuși;
2. Înțelegerea pattern-urilor comportamentale create (faptele);
3. Evaluarea percepțiilor/interpretărilor legate de situația respectivă;
4. Evaluarea emoțiilor resimțite;
5. Evaluarea nivelului de autocontrol al clientului (mecanisme de coping și de apărare);
6. Identificarea unor credințe/ scheme/ gânduri automate disfuncționale;
7. Evaluarea nivelului de auto- și hetero-învinovățire;
8. Evaluarea tipului de atribuire utilizat pentru rezultatele relaționale negative;

9. Evaluarea nivelului de afectare a stimei de sine.

**R2. Evaluarea tipul de ofensator și a gradului de acceptare a acestui rol (recunoașterea faptelor și a efectelor asupra propriei persoane)**

- Persoane orientate spre vinovăție (se simt vinovate pentru ce au făcut);
- Persoane orientate spre rușine (se simt rușinate pentru ceea ce sunt);
- Persoane absorbite de sine/narcisice care nu se auto-condamnă, deci nu au ce să ierte la sine; ele au tendința de a se justifica, învinovățindu-i pe ceilalți;
- Persoane care nu se auto-condamnă non-reactive (o toleranță extrem de mare la jocuri agresive, fără să simtă când sunt agresori sau victime);
- Persoane care se auto-condamnă reactive, care caută în mod activ situații care cer auto-condamnarea.

**R3. Evaluarea motivul pentru care persoana se angajează în practica auto-condamnării**

și nivelul de succes al mecanismelor de coping de care dispune persoana.

- Putem identifica un motiv obiectiv pentru lipsa iertării de sine? A comis acea persoană o faptă atât de gravă încât trebuie să fie răscumpărată prin penitență prelungită? Este acea persoană în continuare implicată activ în comportamente negative?;
- Este acea persoană deprimată? Depresia reprezintă un partener de încredere al neiertării de sine. Ați evaluat persoana cu referire la depresie și risc de suicid? Dacă se observa simptome depresive, se tratează întâi depresia și apoi aspectele legate de iertare;
- Este acea persoană predispusă din punctul de vedere al caracteristicilor de personalitate la auto-condamnare, întâmpinând astfel dificultăți în a se ierta? Nevrozism ridicat, agreabilitate scăzută, introversiune ridicată, conștiinciozitate scăzută;
- Soluții (dis)funcționale aplicate de client pentru a mai scădea nivelul neiertării (consumul de medicamente, substanțe, supracompensarea pentru obținerea validării prin intermediul relațiilor sau rezultatelor profesionale etc.).

**E – empatia** are ca scop dezvoltarea abilităților de empatie față de sine



**Tehnici specifice:**

1. Conștientizarea clară a jocului interior agresiv prin dramatizare (clientul este victima și terapeutul este agresorul interior) și deconspirarea clară a negativității auto-agresiunii (nu este nimic valoros și eficient în acest joc)
2. Auto-monitorizarea gândurilor automate disfuncționale și a credințelor legate de necesitatea auto-condamnării și auto-pedepsirii (E drept/Merit să mă judecat aspru! Doar prin pedeapsă pot să restabilesc ordinea mea interioară! Trebuie să sufăr foarte mult pentru ceea ce am făcut!! Așa este drept! Oricât de mult voi suferi tot nu va fi suficient!)
3. Decizia de înlocuire a emoțiilor negative de ură față de sine cu emoții pozitive de compasiune, simpatie etc. (iertarea decizională); chiar vreau să mă opresc din a mă judeca atât de aspru, din a fi tiranul meu extrem de dur!
4. Asumarea rezultatelor ineficiente ale acestor tipuri de strategii punitive excesive (rănire interioară, poziția de victimă a propriei minți agresive, oboseală cronică, confundarea valorii personale cu un comportament greșit, scăderea/pierderea libertății de a simți și alte emoții, incapacitatea de a acționa comportamental pentru îmbunătățirea relației afectate) și generarea unor alternative cognitive cu un risc mai crescut de succes (auto-compasiune: Sunt un om care a greșit, dar chiar nu sunt un om total rău, chiar am câteva aspecte pozitive și chiar vreau să îmbunătățesc relația pe care am afectat-o!! Pot să aleg să mă uit la partea mea bună și să-mi asum cu respect propria umbră! Dacă voi renunța la mine înșami/însumi sub povara învinovățirii, s-ar putea să cad în ghiarele depresiei și nu vreau asta!!)
5. Pentru cei cu practica spirituală, cuplarea la Sursă, Duhul Sfânt prin rugăciune, meditație sau o scurtă invocare a prezenței lui Dumnezeu/energiei divine (Chiar dacă mi-e greu să mă iert, știu că nu sunt singur și că Dumnezeu mă ține de mână în acest proces! (coping religios); Mă pot ierta! Pot să învăț să fiu mai blând cu mine!)
6. Realizarea unei imagini sistemice și operaționale asupra situației, acordând atenție tuturor factorilor care au influențat situația, inclusiv propriul rol de ofensator (factori externi și interni)
7. Când intensitatea emoțională este nesănatos de ridicată sunt importante exercițiile de respirație abdominală, de calmare a sistemului nervos vegetativ
8. Dezvoltare personală: creșterea stimei de sine, analiza stilului de atașament etc.

**Exerciții:**

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

- a repovesti situația frustrantă dintr-un rol neutru (Cum crezi că se simte un om care se agrează? Ce factori situaționali crezi că pot determina această stare? Care crezi că se simte mai bine, victima sau tiranul? În ce fel crezi că este utilă exersarea percepției situației prin ochii altor persoane?);
- a relata situația ofensatoare din rolul unei terțe persoane neutre (un observator sau reporter), care se raportează la ambele persoane implicate (viziune sistemică);
- biblio-terapie: studierea unor articole care subliniază ideea că persoanele își aduc aminte lucruri diferite de la un eveniment, în funcție de rolul jucat;
- Utilizarea „scaunului gol” din perspectiva victimei interioare;
- Pentru activarea simpatiei: Cum ar putea fi ajutat victima ta interioară?
- Identificarea unor persoane apropiate care au greșit și care au primit iertarea clientului; și clientul este un om valoros, care a greșit și ar merita să primească iertarea!
- Dezvoltarea auto-compasiunii prin efortul de a avea mai multă înțelegere față de propriile greșeli și de a se ajuta să mențină un nivel satisfăcător interior pe baza resurselor interioare pe care învață să le respecte și să le dezvolte!! (lărgirea perspectivei cu privire la sine).

#### **Gânduri care ar putea ajuta procesul de empatizare:**

- Sub emoțiile exprimate (ex. furie) stau ascunse emoții primare neexprimate (frică, singurătate, auto-devalorizare etc.);
- Eu sunt influențat de context (Experimentul lui Milgram: nu suntem lupi, ci oi,incapabili să ne opunem presiunii sociale, din nevoia noastră profundă de afiliere);
- Eu mă comport uneori dintr-un rol de supraviețuitor emoțional, adică reacționez automat la stimul pe baza unor experiențe familiale anterioare, nefiind conștient de alte alternative;
- Eu am o identitate spirituală, chiar dacă uneori este foarte greu vizibilă.

**A – altruismul iertării, bazat pe ideea că iertarea nu se realizează în principal pentru propriul confort, ci pentru a fi mai pregătit să redresezi relația afectată și pentru a nu mai face aceleași greșeli în viitor**

Scopul acestei etape are în vedere dezvoltarea motivației pentru iertarea emoțională de sine prin înțelegerea faptului că exersarea iertării de sine contribuie la dezvoltarea abilității generale de a ierta, de a fi mai conștient de sine, de a-și asuma mai clar modul de comportament din relații, dezvoltarea recunoștinței (am fost iertat/m-am iertat) sau/și speranței (chiar dacă facem greșeli, putem fi oameni buni).

**Tehnici specifice:**

- Facilitarea legăturii dintre noua atitudine de auto-compasiune și creșterea capacității de a regla relațiile afectate (scăderea nevoii de auto-apărare/defensă, creșterea capacității de a asculta activ, capacitatea de a tolera cu demnitate reproșurile, creșterea capacității de a face o cerere de iertare și de modificare comportamentală pentru prezent; respectarea ritmului de reconciliere a celeilalte persoane, scăderea pretențiilor față de sine și față de ceilalți);
- Realizarea unei lista clare de comportamente (in)directe pe care persoana le poate face pentru persoana pe care a ofensat-o și pentru sine. (a cere iertare, a face mici surprize, a scrie o scrisoare, a merge la mormânt, a te ruga, a mulțumi pentru orice gest de reconciliere (recunoștință), a face modificări care să țină cont de persoana rănită, a modifica unele reguli care deranjează, ați propune comportamente alternative în situațiile vulnerabile care vor mai apărea etc.);
- Întărirea ideii că prin efortul de a se ierta și de a participa clar la reconcilierea relației, persoana va fi un model sănătos de iertare și pentru copii (imagine transgenerațională);
- Facilitarea optimismului și speranței legate de faptul că fiecare dintre noi poate învăța din greșeli și poate deveni mai bun, fiecare mai greșește, dar relațiile chiar se pot vindeca (exemple din viața proprie, exemple de personalități recunoscute pentru gesturi de iertare).

### **C – conștientizarea și asumarea angajamentului de iertare de sine**

Scopul acestei penultime etape se referă realizarea unui contract cu sine, de asumare pe termen lung a procesului repetitiv de iertare a propriilor greșeli sau slăbiciuni și de asumare a unei noi atitudini sanogene față de sine și față de ceilalți.

#### **Tehnici specifice:**

- Ex1: Completarea unui Certificat de Iertare de sine în care se scriu emoțiile care s-au atenuat, decizia iertării de sine și dorința schimbării comportamentelor față de ceilalți;
- Ex2: A scrie un jurnal al iertării de sine;
- Ex3: A purta în geantă o piatră a neiertării de sine (a o schimba cu alte pietre mai mici pe măsură ce neiertarea se diminuează, până la anulare).

### **H – hotărârea de a nu renunța la iertarea de sine chiar și atunci când apar îndoielile (normalizarea procesului iertării)**

- Menținerea deciziei de aprofundare a iertării de sine (trecerea de la iertare parțială la iertare totală)
- Pentru a încuraja menținerea, poți oferi unele linii directoare concrete: „Urmează o luptă grea cu auto-condamnarea în situația în care fapta ta ți-a lezat concepția de sine sau stima de sine. Și totuși, poți păstra acest sentiment de iertare de sine prin revederea celor cinci pași și prin reevaluarea angajamentului luat față de iertarea trăită.”
- Clarificarea avantajelor și dezavantajelor acestei decizii
- Normalizarea momentelor în care se activează emoțiile de furie și ură de sine (iertarea se face în etape și în mod repetat)
- Asumarea propriei evoluții personale (depășirea propriilor reactivități, abordarea propriului stil de atașament, recunoașterea dinamicii propriilor roluri de Victimă-Tiran-Salvator etc.)

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

- Tolerarea faptului că nu-i putem schimba pe ceilalți, ci ne putem asuma doar propriile decizii în raport cu noi înșine și cu relația
- Întărirea iertării ca trăsătură (nu doar iertarea situațională)
- Facilitarea acceptării de sine prin utilizarea: (1) imaginației (client își imaginează varianta lui ideală și observa dacă și cât este realist; sau exersează mental modul în care vrea să se comporte în anumite situații mai vulnerabile); (2) Integrarea ideii de imperfecțiune valoroasă; (3) Sporirea încrederii și efortului de a se apropia de propriile țeluri realiste (ieșirea din Victimă – neputința și frică) și asumarea puterii de a se focaliza pe soluțiile necesare zonelor de vulnerabilitate

### **Factorii importanți pentru iertare, pe termen mediu și lung**

Printre cei mai importanți factori predictivi ai iertării se numără (Wade, Worthington & Meyer, 2005):

Utilizarea metodelor multiple de reducere a neiertării – gestionarea furiei, fricii, suferinței, resentimentului:

- Decizia fermă de a ierta – strategie de coping centrat pe sens care vizează modificarea înțelesului unei situații în urma unei decizii voluntare;
- Activarea emoțiilor pozitive față de sine (empatie, compasiune) și/sau față de alte persoane cu care ne înțelegem foarte bine (strategie de coping centrat pe emoție);
- Motivarea altruistă a procesului iertării. Se constată că iertarea bazată pe motive altruiste/sistemice este superioară iertării bazate pe beneficiul personal, dar este mai greu de acceptat și integrat;
- Exersarea iertării. Pentru ca acest proces să se realizeze mai ușor (natural) și să se generalizeze e nevoie de exersare.

În concluzie, iertarea de sine implică multiple amenințări la adresa sistemului concepției de sine, fie prin comiterea unei fapte reprobabile ori prin eșecul în atingerea standardelor personale. Tendințele spre rușine sau vinovăție în ceea ce privește auto-condamnarea joacă un rol important în blocarea în cercul vicios al Victimei-Tiranului interiori.

De asemenea, persoana ofensatoare e necesar să simtă regret și vinovăție, să redreseze cât mai mult relația afectată și apoi să se ierte pentru comportamentul făcut și să-și modifice concepția de sine prin integrarea acțiunii săvârșite (nu sunt perfect, dar nici cel mai rău om și aleg să fac (cât mai) mult bine prin ceea ce sunt).

## **Bibliografie**

- Baumeister R.F., Exline J.J. & Sommer K.L., *The victim role, grudge theory, and two dimensions of forgiveness*. In Worthington, E.L. Jr. (Ed.), *Dimensions of forgiveness: Psychological research and theological speculations*. Philadelphia: The Templeton Foundation Press, 1998, pp. 79-104.
- DiBlasio F.A., The use of decision-based forgiveness intervention within intergenerational family therapy. *Journal of Family Therapy*, 20, 1998, pp.77-94.
- Enright R.D. & Fitzgibbons R.P., *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.
- Flanigan B., *Forgiving the unforgivable*. New York: Macmillan, 1992.
- Gordon K.C., Baucom D.H. & Snyder D.K. (). The use of forgiveness in marital therapy. In McCullough, M.E.; Pargament, K.I. & Thoresen, C.E. (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press, 2000, pp. 203-227.
- Malcolm W.M. & Greenberg L.S., *Forgiveness as a process of change in individual psychotherapy*. In McCullough, M.E.; Pargament, K.I. & Thoresen, C.E. (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press, 2000, pp. 179-202.
- McCullough M.E., Marriage and forgiveness. *Marriage and Family: A Christian Journal*, 1, 1997, pp. 81-96.
- Wade N.G., Worthington E.L. Jr. & Meyer J., *But do they really work? Meta-analysis of group interventions to promote forgiveness*. In Worthington, E.L. Jr. (Ed.), *Handbook of forgiveness*. New York: Brunner-Routledge, 2005, pp. 423-440.
- Worthington, E.L. Jr. (1982). *When someone asks for help: A practical guide for counseling*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.
- Worthington, Jr. E.L., Is there a place for forgiveness in the justice system? *Fordham Urban Law Journal*, 27, 2000, pp. 1721-1734.
- Worthington Jr. E.L., *Unforgiveness, forgiveness, and reconciliation in societies*. In Helmick, R.G. & Petersen, R.L. (Eds.), *Forgiveness and reconciliation: Religion, public policy, and conflict transformation*. Philadelphia: Templeton Foundation Press, 2001, pp. 161-182.
- Worthington E.L. Jr., *Forgiving and reconciling: Bridges to wholeness and hope*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press, 2003.
- Worthington Jr. E.L., *Hope-focused marriage counseling: A guide to brief therapy*. Rev. ed. with a new introduction. Downers Grove, IL: InterVarsity Press, 2005.
- Worthington E.L. Jr., O'Connor L.E., Berry J.W., Sharp C.B., Murray R. & Yi E., *Compassion and forgiveness: Implications for psychotherapy*. In Gilbert, P. (Ed.), *Compassion: Nature and use in psychotherapy*. East Sussex, England: Psychology Press, 2005, pp. 168-192.
- Worthington E.L. Jr., *Forgiving and reconciling: theory and Application*. New York: Brunner-Routledge, 2006.

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Worthington E.L. Jr., Berry J.W. & Parrott, L. III., *Unforgiveness, forgiveness, religion, and health*. In Plante, T.G. & Sherman, A. (Eds.), *Faith and health: Psychological perspectives*. New York: Guilford Publications, 2001, pp. 107-138.

Worthington E.L. Jr., Mazzeo S.E. & Canter D.E., *Forgiveness-promoting approach: Helping clients REACH forgiveness through using a longer model that teaches reconciliation*. In Sperry, L. & Shafranske, E.P. (Eds.), *Spiritually-oriented psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association, 2005, pp. 235-257.

Worthington E.L. Jr. & Wade N.G., The social psychology of unforgiveness and forgiveness and implications for clinical practice. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 1999, pp. 385-418.

## **CONSILIEREA PSIHOLAGICĂ A MINORULUI ÎN CONTEXT FAMILIAL ÎN SITUAȚII DE SEPARARE/DIVORȚ**

**Gabriela Marc<sup>1</sup>, Georgiana Copoiu<sup>2</sup>, Ioana Cosmina Terente<sup>3</sup>, Cristina  
Florentina Tatomir<sup>4</sup>**

### **Aspecte introductive**

Divorțul ajunge să reprezinte un factor de stres iar consilierea familiei nu are loc într-o perioadă de funcționare normală, aceasta fiind de regulă una marcată de suferințe și deziluzii.

Întrucât, copilul este un simptom al familiei, intervenția terapeutică nu ar trebui limitată doar la acesta ci să vizeze întreg sistemul familial, modificarea patternurilor de relaționare și interacțiune, clarificarea rolurilor la nivelul cuplului. Confundarea rolurilor este foarte obișnuită în multe familii. În astfel de situații obiectivul terapiei este oferirea de sugestii părinților privind gestionarea unor situații tensionate și controlul exprimării furiei.

Deși după finalizarea evaluării psihologice, terapeutul dispune de o cantitate vastă de informații, integrarea datelor și formularea unui plan de intervenție poate fi o acțiune dificilă întrucât stăpânirea unor metode și tehnici de intervenție nu sunt suficiente pentru reușita demersului terapeutic. În acest sens, înainte de orice intervenție, terapeutul trebuie să determine semnificația clinică a problemelor identificate, să revizuiască concluziile desprinse din evaluarea copilului, să determine dacă efectele în plan psihologic asupra acestuia sunt situaționale sau pe termen lung, dacă comportamentele acestuia sunt în parametri normali de dezvoltare

---

<sup>1</sup> Dr., psiholog clinician principal, supervisor, psihoterapeut.

<sup>2</sup> psiholog clinician.

<sup>3</sup> psiholog clinician și consilier psihologic.

<sup>4</sup> psiholog clinician și consilier psihologic.



### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

sau interferează cu traiectoria sa de dezvoltare și, nu în ultimul rând, să stabilească dacă problemele altora îi provoacă copilului stres.

Scopul consilierii psihologice este sprijinirea părinților în vederea clarificării emoțiilor pe care le resimt ca adulți în procesul de separare, învățarea de către părinți a unor noi abilități care să prevină implicarea copilului pe post de mesager, identificarea conflictului de roluri și a balanței puterii în relație, reducerea intensității conflictului dintre cei doi soți și nu în ultimul rând să îi ajute să înțeleagă situația și să-i motiveze în rezolvarea problemei, făcând diferența între rolul de părinte și cel de soț. Totodată, consilierea psihologică va avea în vedere și identificarea mesajelor copilului care se află în spatele unui comportament opozițional, clarificarea între prezența sindromului de alienare și înstrăinare, identificarea factorilor care mențin problema și care sunt resursele fiecărui părinte.

Un principiu etic director al tuturor profesiilor din domeniul sănătății mintale este cel legat de obținerea consimțământului. Reprezentanții legali ai copiilor trebuie să fie informați cât de complet posibil în ceea ce privește problemele identificate, etapele intervenției, recomandările sau contraindicațiile demersului. Doar atunci când aceste condiții au fost îndeplinite, consimțământul pentru evaluare sau consiliere poate fi exprimat.

Imediat ce au fost identificate problemele semnificative, psihologul clinician poate proceda la elaborarea unui plan de intervenție adaptat nevoilor specifice ale copilului și familiei. În această etapă, terapeutul trebuie să dezvolte o conceptualizare despre procesele patogene care contribuie la apariția și întreținerea coparentalității conflictuale, despre dinamica funcțională a familiei, funcționarea individuală a părinților și abilitățile parentale, sprijinul oferit copilului, etc. În cele din urmă, clinicianul ar trebui să ia în considerare și factori de mediu care pot exacerba răspunsul copilului și familiei, respectiv familia extinsă, reacții negative din partea comunității, condițiile socio-economice precare și să evalueze oportunitatea de servicii oferite în trecut copilului și familiei și reacția lor la aceste intervenții.

Intervenția terapeutică trebuie să pornească de la înțelegerea divorțului/separării ca situație traumatică. Aceasta impune recunoașterea și abordarea consecințelor specifice traumei, dar și a strategiilor de ajustare la relația traumatizantă, dezvoltate de către copii prin comportamente compensatorii, așa cum arată M. Killen și anume:

- comportamentele de supra-adaptare: copii cu performanțe apreciate și valorizate de către adulți, copii investiți într-un rol parental, copii „cuminți” și fără personalitate;

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

- comportamente disturbante: agresive, distructive, etc.;

În acest sens, intervenția va trebui să țintească toate aspectele existențiale ale copilului respectiv: biologice, psihologice, sociale și culturale, având ca obiectiv ameliorarea tulburărilor emoționale, cognitive și relaționale. Strategia de intervenție variază de la o situație la alta, în funcție de dinamica cazului. Pot fi utilizate tehnici individuale sau de grup, tehnici cognitiv comportamentale, terapia prin joc sau din terapia de familie sistemică.

Deși mulți dintre copii implicați în conflictul parental necesită intervenție directă, demersul terapeutic trebuie să fie în relație cu dinamica familiei, cu nevoile copilului și ale părinților, cu potențialul de schimbare al părinților precum și cu limitele și posibilitățile lor. Totodată, nu ar trebui să se limiteze doar la un anumit tip de intervenție întrucât aderarea într-o manieră rigidă limitează eficacitatea serviciilor oferite iar recomandările cu privire la intervențiile terapeutice ar trebui să fie construite având în vedere resursele și punctele forte ale copilului și familiei.

În practică, se pot întâlni două situații particulare în care demersul de consiliere psihologică a minorului în situații separare/divorț ajunge să se desfășoare. Diferențele dintre cele două situații pot fi observate în tabelul de mai jos.

<b>CONSILIEREA PSIHOLICĂ SOLICITATĂ DE CĂTRE INSTANȚĂ</b>	<b>CONSILIEREA PSIHOLICĂ SOLICITATĂ DE CĂTRE PĂRȚI</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• părțile sunt obligate să se prezinte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• participarea implică exprimarea consimțământului</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• motivația pentru o implicare susținută în demers este una redusă</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• implicarea este una conștientă și motivată</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• obiectivele și termenele de realizare sunt fixate de către instanță</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• obiectivele sunt formulate de către părinți cu armonizarea lor de către consilier iar termenul de realizare poate fi ajustat în funcție de obiective</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• raportul final este înaintat către instanță</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• raportul final se înaintează părinților</li></ul>

**Cum sprijină consilierul schimbările asociate separării/divorțului?**

În cadrul demersului de consiliere psihologului îi revine rolul de a dezvolta o conceptualizare despre procesele patogene care contribuie la apariția și întreținerea situației conflictuale, dinamica funcțională a familiei, funcționarea individuală a părinților și abilitățile parentale, sprijinul oferit copilului, starea emoțională și nevoile copilului și potențialul de schimbare al părinților. Totodată, psihologul implicat în demersul de consiliere va evalua relațiile intrafamiliale respectiv dacă părinții pot să comunice și să coopereze pentru îngrijirea copilului, dacă sunt blocați într-o campanie de cucerire a copiilor de partea lor în disputa parentală și implicit sunt angajați în comportamente de spălare a creierului/ alienare cu copiii lor.

În evaluarea dinamicilor familiale este util să se țină cont de personalitatea părintelui, de atitudinile și credințele parentale.

O intervenție terapeutică care nu se bucură de susținerea și participarea părinților influențează în mod direct și evoluția terapeutică a copilului. Neimplicarea părinților este reflectată în reacții de răspuns variate, pornind de la cele de refuz în a colabora sau a aduce copilul la ședințe de terapie și până la cele de sabotare directă când afirmă că „terapia nu este așa de importantă”. Aceste atitudini ostile și ambivalente erodează încrederea copiilor în terapeut și procesul psihoterapeutic și afectează negativ angajamentul și participarea lor la terapie. În plus, încetarea prematură a terapiei poate sugera faptul că, copilul a avut o altă experiență neprofitabilă cu adulții care au fost în imposibilitatea de a satisface nevoile sale de sprijin și asistență.

Totodată, pentru a stabili și a menține o alianță de colaborare, terapeutul trebuie să aibă contacte regulate cu părinții și prin demersurile sale să vizeze îmbunătățirea funcțiilor parentale de îngrijire și interacțiune cu copilul.

Studiile de specialitate au evidențiat faptul că este mai dificil să lucrezi cu părinți, care sunt marcați de anxietate în raport cu propriile lor modele de atașament comparativ cu cei care au avut un atașament securizant (Briere și colab., 1996). Interdicțiile suferite în propria copilărie îi pot face orbi în a recunoaște suferința propriului copil. Refuzul lor de a recunoaște situația nu este altceva decât o strategie de supraviețuire față de propria lor experiență traumatică iar relația lor cu propriul copil este descrisă prin proiecții ale conflictelor lor inconștiente nesoluționate.

**Schimbările asociate divorțului sunt sprijinite de către consilier prin:**

**Ascultare**

Întrucât, consilierea psihologică a minorului, se realizează cu implicarea părinților, este important ca primele întâlniri să fie cu părinții, aceștia fiind invitați să își observe și să își înțeleagă gândurile, comportamentele, percepțiile.

Având în vedere faptul că, fiecare părinte tinde să acorde o semnificație particulară contextului separării/divorțului, ca și cum ar avea privi prin lentile individuale, este important ca în cadrul demersului de consiliere părinții să ajungă să înțeleagă modurile în care celălalt percepe situația actuală.

Astfel, invitându-l pe fiecare părinte să își comunice perspectiva individuală, ascultându-l, și încurajându-l să o împărtășească și celuilalt, îl sprijinim să privească din mai multe puncte de vedere contextul actual de viață.

Deși procesul este unul dificil, părinții putându-se afla într-un dezacord, acest lucru poate și să fie și unul încurajator deoarece arată că fiecare îl ascultă pe celălalt. Consilierea psihologică de altfel are mai multe șanse să își atingă obiectivele, atunci când conflictul parental nu este unul intens, iar părțile sunt dispuse să colaboreze în cadrul demersului.

**Validare**

Este important ca în cadrul demersului de consiliere, pentru a putea privi lucrurile din perspectiva fiecăruia, consilierul să accepte și să valideze punctul de vedere al părinților, verificând însă totodată informația pentru a se asigura că realitatea surprinsă este cea corectă. În acest sens, este importantă studierea documentelor relevante (sentințe civile, evaluări psihologice anterioare, caracterizări școlare etc.), precum și culegerea de informații de la terțe persoane care cunosc familia (membri ai familiei extinse, vecini).

**Feedback**

Prin observarea modului în care fiecare părinte își împărtășește percepțiile cu privire la situația prezentă, consilierul are posibilitatea de a observa tipare de interacțiune, putând contribui la conceptul de a privi prin lentile multiple, cu oferirea de feedback.

Feedbackul presupune ca specialistul să ofere o imagine a contextului prezent, văzută din perspectiva sa. În situația în care părinții resping feedback-ul consilierului, aceștia sunt determinați să își reevalueze propriile perspective/imagini și sunt încurajați să discute despre reacțiile lor la feedback. Răspunsurile evidențiază

material pentru explorările și discuțiile din cadrul ședințelor ulterioare de consiliere (Kathryn, David & Yin, 2013). În oferirea feedback-ului, este important ca specialistul să sublinieze faptul că, fiecare părinte vizează interesul superior al copilului și să evidențieze resursele acestora.

### **Evaluarea psihologică premergătoare demersului de consiliere psihologică**

Evaluarea psihologică inițială oferă direcții privind un model ulterior de intervenție și vizează aspecte precum: surprinderea stării psihoemoționale prezente a copilului/copiilor, identificarea nevoilor copilului/copiilor în noul context personal de viață, identificarea reacțiilor copilului/copiilor la separarea/divorțul părinților și impactul asupra interesului superior al acestuia, evaluarea relației părinte-copil, surprinderea profilului psihologic al părinților, identificarea tipului de coparentalitate (cooperantă, conflictuală, paralelă).

### **Demersul privind evaluarea psihologică a copilului în situații de divorț implică:**

clarificarea obiectivelor, informarea părinților cu privire la procedura de evaluare, evaluarea psihologică a copilului; evaluarea relației părinte copil, evaluarea situației familiei, respectiv a părinților, comunicarea concluziilor evaluării psihologice și transmiterea raportului către instanță. Orice demers de intervenție psihologică asupra unui copil sau a familiei nu ar trebui să fie întreprins până ce psihologul clinician nu are o bună înțelegere a problemelor și a factorilor care au contribuit la apariția lor. Copilul se formează atât în prezența modelului feminin reprezentat de către mamă, cât și în prezența modelului masculin reprezentat de către tată, purtând bagajul genetic al ambilor.

### **Evaluarea psihologică a copilului presupune parcurgerea următoarelor etape:**

- Informarea copilului cu privire la ceea ce presupune în mod particular un astfel de demers;
- Evaluarea nivelului de dezvoltare al copilului: evaluare cognitivă, emoțională, comportamentală; Evaluarea nivelului de dezvoltare și a personalității se axează îndeosebi pe simptomele și comportamentele ce apar frecvent la copilul sau adolescentul cu istoric traumatic anxietate, depresie, furie și agresivitate, distorsiuni cognitive, stres post-traumatic, tulburări de identitate, disociere, disregulare emoțională, abuz de substanțe, tulburări alimentare (anorexie/bulimie), comportament sexual exacerbant, somatizări, tendințe suicidare și tulburări de personalitate;
- Evaluarea nevoilor specifice stadiului de dezvoltare al copilului;

- Evaluarea legăturilor de atașament dintre mamă/tată și copil;
- Evaluarea competenței copilului de a discrimina între adevăr și minciună și de a conștientiza consecințele în cazul minciunii;
- Evaluarea implicațiilor psihologice pe care divorțul/separarea le-a produs asupra copilului.

### **Observarea comportamentului copilului**

În demersul de evaluare, observarea comportamentului copilului reprezintă o componentă importantă întrucât, oferă o viziune obiectivă și nefiltrată cu privire la profilul psihologic al acestuia. Observarea comportamentului unui copil în timp ce interacționează cu membrii familiei în sala de așteptare, în zona de interviu sau la locul de joacă, este un exercițiu revelator care contribuie la reducerea percepțiilor distorsionate și validarea altor metode de evaluare, oferind astfel o evaluare cuprinzătoare a personalității copilului. Schutz și colegii săi (1989) oferă o listă cuprinzătoare de obiective în surprinderea comportamentului copilului în relație cu părintele și anume: căldura emoțională pozitivă și atașament; diferențierea copilului de mamă; acuratețea parentală în ceea ce privește nevoile, emoțiile și comportamentele copilului, prezența unor așteptări realiste în raport cu copilul și nu în ultimul rând, comunicarea eficientă.

În realizarea demersului de observare, psihologul trebuie să se concentreze asupra următoarelor aspecte ale comportamentului copilului: comunicarea verbală și nonverbală, reacții emoționale și comportamentale, comportamentul evitant, gradul de implicare și participare, percepție, limbaj, nivel cognitiv și capacitatea de înțelegere, abilități de socializare, etc. Totodată va acorda o atenție deosebită și acelor domenii în care dificultățile sunt evidente sau copilul pare să exprime un răspuns neobișnuit, întrucât acestea necesită o evaluare mai atentă în sesiunile ulterioare.

Observațiile asupra copilului în interacțiune cu membrii familiei sau cu mediul său social sunt extrem de importante, deoarece copilul, în special cel mic, nu are posibilitatea de a verbaliza complet sau adecvat trăirile, sentimentele, gândurile și atitudinile sale față de experiențele cu care se confruntă și nici dorința de a le exprima sau de a se face înțeles. Psihologul poate încuraja părinții să ofere copilului o descriere rațională și scurtă a ceea ce presupune evaluarea psihologică. Aceștia îi pot spune copilului că el sau ea se vor întâlni cu psihologul, să-i dea numele acestuia

dacă îl cunosc și să discute într-o manieră accesibilă nivelului de înțelegere al copilului motivele evaluării psihologice. Ei pot descrie evaluarea ca pe o oportunitate în a petrece ceva timp cu o persoană care vrea să vorbească cu copilul despre experiențele de viață mai puțin plăcute, sau care dorește să afle modul în care copilul gândește și simte despre anumite situații, cum este și cea legată de divorț. Psihologul clinician sau după caz expertul recunoaște „observațiile părinților”, sentimente și percepții, le respectă preocupările, le consideră ca fiind cele mai importante influențe în viața copilului și afirmă că rolul lor în orice intervenție ulterioară este esențială pentru succesul acesteia. Deși această parte a evaluării nu constituie în sine un tratament, ea creează o atmosferă terapeutică în care psihologul respectă perspectivele părinților și empatizează cu preocupările și grijile lor.

Totodată, un aspect extrem de important de reținut referitor la observație este faptul că aceasta este un demers complex care se desfășoară pe tot parcursul asistării psihologice a copilului inclusiv în timpul testării psihologice urmărindu-se: interacțiunea copilului cu procesul de testare și cu examinatorul, nivelul de atenție/concentrarea, atitudinea față de sarcină/ performanță, stilurile de coping, motivare și perseverare.

### **Interviul cu copilul**

**Interviurea** este considerată o metodă de bază în cadrul complexului de metode destinate să acorde asistență copiilor în proces de divorț, cu tulburări de comportament, dificultăți de adaptare sau care au suferit traume de orice tip. În cazul copiilor care au suferit traume, interviul va trebui să aibă întotdeauna o funcție terapeutică fiind practic cheia pentru construirea relației terapeutice.

Scopul interviurii este relevarea cât mai multor date privind evenimentele din viața copilului, respectiv despre domeniile de interes, activitatea școlară, relațiile sociale, aspirații și idei de viitor, starea de sănătate, care este nivelul dezvoltării psihologice al copilului și care sunt nevoile specifice, cum percepe divorțul, care este dificultatea majoră, când apare, cine este cel mai afectat, ce măsuri de rezolvare s-au folosit și de către cine, ce efecte au avut acestea, care este relația cu fiecare părinte, ce simte copilul și care este opinia acestuia, informații cu privire la: dinamica familială, spațiu de locuit, alte informații colaterale.

Practicienii sunt interesați să afle date obiective, care devin esențiale, dar nu suficiente pentru explicarea anumitor comportamente, iar elementele subiective ale

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

interviului, care provin din relatările privind trăirea copilului în raport cu problema, sunt și ele repere esențiale pentru stabilirea unui diagnostic clinic. Acestea se referă la experiențele sale personale privind propriile resurse și defense, punctul de vedere asupra relațiilor sale cu membrii familiei și cu celelalte persoane importante pentru el, asupra relației sale cu școala. Ele completează informațiile oferite de aparținători sau rezultatele obținute la testele și chestionarele aplicate.

Interviul nu reprezintă doar un ansamblu de întrebări care au drept scop investigarea problematicii aflate în centrul activității de diagnostic ci, mai degrabă, un ansamblu de tehnici de ascultare a copilului, însoțite de îndemnuri care să-i încurajeze exprimarea. Interviul este un demers continuu și implică asigurarea unui mediu potrivit/ relație de încredere pentru a reduce stresul, a stimula cooperarea, gândirea și capacitatea de concentrare.

### **Competențe esențiale ce pot fi surprinse în ascultarea copilului:**

- Capacitatea de a face diferența dintre adevăr și minciună, conștientizarea consecințelor în cazul minciunii;
- Aprecierea nivelului de dezvoltare al vocabularului;
- Stilul lingvistic sau cum definește anumite obiecte, lucruri, etc

Literatura de specialitate evidențiază faptul că cel mai simplu interviu cuprinde următoarele etape:

- **Etapa inițială de construire a relației** cu psihologul, de clarificare a motivelor și scopului evaluării;
- **Etapa strângerii informațiilor** cu privire la istoricul personal, activitățile școlare, activități de petrecerea timpului liber, relațiile interpersonale, relațiile familiale, planuri de viitor, starea de sănătate;
- **Etapa desfășurării interviului;**
- **Etapa finalizării interviului** și formulării concluziilor.

De asemenea rolul oricărui interviu este de a reduce expunerea copilului la situații traumatice, de a maximiza valoarea și calitatea informațiilor obținute de la copil, de a evita contaminarea acestora cu aspecte personale sau din partea unor terți, păstrând astfel integritatea procesului de investigare.



În concluzie, interviul clinic și observația, indiferent de formă, prin multitudinea informațiilor oferite pot fi suficiente pentru a conduce la un diagnostic psihiatric, dar ele nu vor permite să se înțeleagă ansamblul funcționării psihice a copilului. Ori, dacă nu înțelegem cum simptomele observate se integrează în funcționarea cognitivă, afectivă și relațională a copilului, putem avea dificultăți în a elabora un program terapeutic eficient și adaptat nevoilor copilului (Petot & Djaouaida, 2005).

Întâlnirile cu familia permit observarea interacțiunilor familiale, precum și a rolului fiecărui membru: proximitatea fizică-adică părinții și copilul stau împreună sau separați? Dacă stau împreună, se afla în contact fizic și aparent dependent, legați unii de alții? Dacă stau despărțiți, indică aceasta o lipsă a contactului emoțional sau o independență sănătoasă? Apoi se observă dacă copilul se mișcă liber prin cameră sau părintele îi controlează comportamentul. Ce reacție au părinții la comportamentul copilului lor? Cere acesta aprobare când vorbește? Vorbește liber sau este blocat de prezența părinților?

Plecând de la aceste informații, psihologul **formulează ipoteze** cu privire la: măsurile educative pe care părinții le aplică copilului, alianțele și conflictele intrafamiliale, comunicarea perturbatoare și mesajele duble, preocupări și griji ale copiilor. Mai mult, psihologul trebuie să încerce și utilizarea altor modalități de evaluare care nu se bazează atât de mult pe abilități verbale, pentru confirmarea sau infirmarea unora dintre ipotezele sale. Interviul nu este relevant pentru copiii care nu au bune abilități verbale sau în cazul celor care au afectată modalitatea de exprimare în mod semnificativ de alți factori.

Evaluarea psihologică permite emiterea concluziilor și stabilirea modalității ulterioare de intervenție. Modelul ulterior de intervenție poate presupune felul în care specialistul alege să desfășoare ședințele de consiliere psihologică. Se poate lucra în diada parentală sau cu un părinte și un copil, sau se stabilesc ședințe individuale de consiliere cu copilul. Opțiunile se discută cu părinții.

### **Consilierea copiilor în context familial**

În cadrul demersului de intervenție este fundamental să se țină cont de rezultatele evaluării psihologice inițiale dar și de caracteristicile fiecărei etape de dezvoltare a copilului. Reacțiile la separare apar ca urmare a nevoilor, iar recomandările pot fi integrate în demersul de intervenție atât ca temă pentru acasă dar pot fi și subiecte de abordat în ședințele de consiliere. Intervenția poate viza îmbunătățirea relației

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

dintre părinte și copil, sporirea încrederii în forțele proprii, dezvoltarea rezilienței familiale, identificarea și activarea resurselor interne etc.

Indiferent de orientarea terapeutică sau tipul intervenției, centrată pe copil sau pe relația cu părintele, structura unui demers de consiliere psihologică este următoarea:

- *Evaluarea și strângerea informațiilor;*
- *Ordonarea și analiza informațiilor;*
- *Stabilirea ipotezelor și obiectivelor terapeutice.*

#### ***Demersul terapeutic propriu-zis asupra problemelor vizate:***

- dezvoltarea relației terapeut – copil, respectarea ritmului și rezistențelor întărirea la copil a simțului de sine/delimitare față de părinte;
- clarificarea motivelor pentru care programul de legături personale se realizează cu dificultate și implicit care sunt factorii care întrețin aceasta situație;
- identificarea stării emoționale a copilului și determinarea modului în care istoricul familial și social au contribuit la aceasta (verificarea relațiilor de atașament față de părinți, în ce măsură relația tensionată dintre părinți îi influențează modul de raportare și interrelaționare cu aceștia, evenimente și schimbări de viață semnificative etc);
- Dezvoltarea unor mecanisme de coping în vederea unei bune gestionari a emoțiilor și sentimentelor față de situația familială actuală și normalizarea relației părinte-copil;

Tehnicile utilizate sunt utile, însă nevoia copilului este să primească sprijin, răbdare și prezență autentică din partea terapeutului. Relația terapeutică facilitează stabilirea unei legături de încredere și este unul dintre factorii care contribuie în mod semnificativ în atingerea obiectivele propuse. De asemenea, copilul poate testa limitele pentru a vedea dacă, spațiul/cadrul terapeutic este unul în care se poate simți în siguranță și se poate dezvoltă pe sine.

## **Reacțiile copiilor la separare/divorț, în funcție de etapa de vârstă**

### **Sugarii și copiii foarte mici**

Printre nevoile de bază ale copilului foarte mic se numără nevoia de predictibilitate și siguranță. Când rutina zilnică a copilului este perturbată, întreruptă în mod imprevizibil, când copilul nu este sigur cine va avea grijă de el în fiecare zi, pe ce perioadă nu-și va vedea mama, este aproape imposibil pentru acesta să se simtă în siguranță. Copiii foarte mici nu pot anticipa ceea ce urmează să se întâmple pe parcursul zilei și din această cauză devin speriați și anxioși.

În situația în care părinții aflați în proces de divorț nu înțeleg rolul predictibilității și al nevoii de siguranță la sugar și la copilul mic, iar conflictul dintre aceștia continuă și în prezența copilului, chiar dacă el nu înțelege semnificația cuvintelor, este conștient și afectat de emoțiile negative pe care părinții le trăiesc și care însoțesc certurile dintre aceștia.

### **Alte indicii:**

- Anxietate și frici;
- Tulburări alimentare și de somn;
- Întârzieri ale controlului sfincterian;
- Pierderea unor achiziții de dezvoltare;
- Reactivitate emoțională;
- Dihotomizarea părinte „bun”/„rău”;
- Pierderea unor achiziții de dezvoltare (regresii);
- Reactivitate emoțională (răspunde la situații cu emoții care sunt disproporționate, exagerate).

### **Preșcolarul**

În această etapă de dezvoltare, este posibil să înțeleagă mai bine conflictele și sentimentele dintre părinți. În această perioadă, copiii gândesc în termeni egocentrici, au convingerea că tot ceea ce se întâmplă în mediul înconjurător este din vina lor. Este nevoie ca psihologul să îi sprijine pe părinți să conștientizeze că există acest pattern de gândire și îndrumați să îi explice copilului că nu este vina lui și că nu se va schimba nimic în sentimentele pe care părinții le au asupra lui. O altă

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

caracteristică a dezvoltării cognitive la această vârstă este dezvoltarea imaginației, iar granițele dintre real și fantezie sunt extrem de fragile. Pe măsură ce încearcă să înțeleagă ceea ce se întâmplă în jurul lui, copilul poate dezvolta fantezii care îl pot speria sau întrista. Un exemplu de astfel de fantezie este teama acestuia de a nu fi abandonat de un părinte.

Deoarece sunt mai dezvoltați din punct de vedere cognitiv, preșcolarii sunt mai conștienți și mai sensibili la conflictele deschise dintre părinți. Interpretările și semnificațiile date de ei evenimentelor sunt mult exagerate.

Preșcolarul poate afișa pierderi ale unor achiziții specifice nivelului de dezvoltare. Regresiile comportamentale pot fi: pierderea limbajului sau utilizarea unui limbaj de bebeluș, enurezis sau encoprezis, deși anterior conflictelor parentale, obișnuia să utilizeze independent toaleta, plânge sau stă agățat de un adult, refuză să se joace sau să participe la activități cu alți copii de aceeași vârstă sau vârste apropiate. Cel mai comun indicator privind prezența distresului la preșcolar este manifestarea furiei. Include agresivitate fizică, agresiunea verbală, frica (trăită în special în situațiile în care anterior se simțea confortabil), tristețe și anxietate generalizată.

### **Primii ani de școală**

Copiii manifestă o frecvență mai ridicată a comportamentelor de externalizare (agresivitate sau delincvență) și internalizare (retragere sau anxietate).

În mod obișnuit, aceștia dezvoltă fantezii îngrozitoare despre ceea ce s-ar putea întâmpla ca urmare a divorțului, de exemplu se gândesc că vor fi abandonați de părintele căruia i-au fost încredințați. Copilul școlar se adaptează mult mai ușor situației în care autoritatea părintească este comună și tolerează mai ușor separarea de un părinte decât un copil preșcolar. Copilul va înțelege schimbările survenite dacă i se explică într-un limbaj simplu ce este divorțul și de ce divorțează părinții. Cu toate că la această vârstă se dezvoltă capacitatea de gândire abstractă, ei tind încă să își atribuie vina pentru divorțul părinților, însă nu cu aceeași intensitate a convingerii specifice preșcolarului.

Cu toate că în primii ani de școală se înregistrează o creștere a independenței emoționale, copilul de această vârstă este încă dependent destul de mult de părinți în privința sentimentelor de siguranță, securitate și stimă de sine pozitivă. Părinții care se ceartă în fața copilului îi subminează acestuia sentimentul de siguranță și starea de bine. Copilul răspunde tipic cu tristețe și devine vulnerabil să producă fantezii de abandon și vinovăție.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

O sursă majoră de stres este existența unui părinte care nu are capacitatea să mențină cu acesta o stabilitate emoțională.

Semnele distresului – pierderea unor achiziții specifice vârstei, reacții precum tristețe, reacții depresive – această supărare le afectează abilitatea de a face temele și prin urmare scad rezultatele școlare. Devin dezinteresați față de activitățile obișnuite sau de joacă cu alți copii, manifestă furie. Anxietatea generalizată este identificabilă în comportamente precum răsucirea automată a firelor de păr sau smulgerea acestora, rosul unghiilor, frici legate de separare, care ar putea include refuzul de a dormi peste noapte în casa unor prieteni.

Adaptarea copiilor la divorț depinde de o serie de factori:

- etapa de dezvoltare a copiilor în care se aflau la momentul separării;
- caracteristicile de personalitate ale copiilor și ale părinților;
- factorii de mediu;
- capacitatea părinților de a-și conține propriile emoții în timp ce reușesc să le conțină și pe ale copiilor (în contextul în care părinții se simt copleșiți scade disponibilitatea emoțională de a fi prezenți în relația cu copilul);
- gradul în care părinții reușesc să creeze un spațiu securizant pentru copil în cele două case;
- adoptarea unei coparentalități cooperante.

### **Preadolescența 10-12 ani**

În preadolescență, anumite aspecte ce țin de inteligența abstractă încep să se dezvolte. Acestea presupun faptul că, preadolescenții pot avea o mai bună înțelegerea timpului și a planificării, pot înțelege mai ușor valorile și regulile părintești comparativ cu școlarii mici, însă încă percep oamenii în categorii dihotomice, de exemplu aceștia sunt văzuți ca buni sau răi. La nivel ideatic, preadolescenții pot înțelege realist separarea, însă în spatele comportamentului voios, vesel pot fi anumite emoții neplăcute, rezultate în urma percepției asupra acestei experiențe de separare.

În acest context, reacțiile la separare pot fi acelea de a împărți părinții în categorii (cel care a abandonat familia, cel care a rămas alături ș.a). Din acest motiv este necesară dezvoltarea unor mecanisme de coping adaptative care să ajute preadolescenții să se autoregleze emoțional, în urma distresului separării sau în urma conflictelor de loialitate, vinovăție și rușine, dacă acestea apar. Totodată prin

intermediul unor mesaje unitare din partea părinților și prin impunerea unor reguli care să stabilească un cadru sigur, pot fi preîntâmpinate unele comportamente de externalizare (agresivitate, încălcarea regulilor) sau de izolare socială (Bunker, 2008). Având în vedere etapa de dezvoltare în care aceștia se află, uneori părinții rezidenți pot avea tendința de a-i supraresponsabiliza cu sarcini din gospodărie sau prin a le solicita sprijin emoțional, însă este importantă delimitarea clară a rolurilor în familie.

În ceea ce privește menținerea legăturilor personale cu părintele nerezident, este important de menționat că stilurile parentale diferite pot funcționa atâta vreme cât părinții au o comunicare eficientă, iar copilul menține legăturile cu ambii părinți. Totodată este indicat ca aceștia să manifeste respect în raport cu opiniile preadolescenților, însă chiar și în acest context, ei să fie cei care iau deciziile finale. O altă recomandare este aceea privind oferirea sprijinului din partea părinților cu privire la inițiativele copiilor, în vederea susținerii dezvoltării autonomiei.

### **Adolescența**

Adolescența este o perioadă a căutării de sine, ce vine adesea cu schimbări în plan emoțional. În primul an după divorț, adolescenții pot să simtă furie, tristețe, îngrijorare, ca răspuns la schimbările din viața lor și la faptul că nu pot avea controlul pentru ceea ce se întâmplă. Neuronal aceștia sunt mai predispuși către depresie și anxietate, având în vedere maturizarea tardivă a sistemului nervos central și formarea în întregime a neocortexului, uneori aceștia implicându-se în comportamente de risc (consum de alcool, tutun, sex neprotejat), uneori ca modalitate de a face față emoțiilor puternice (Bunker, 2008).

**În prima parte a adolescenței (13-15 ani)**, începe o dezvoltare a identității de sine și a abilității de a lua decizii, dezvoltare ce vine odată cu creșterea autonomiei în raport cu familia. Aceștia pot înțelege cauzele reacțiilor emoționale și pot observa caracteristicile de personalitate relativ stabile ale celorlalți. În acest context, manifestarea loialității față de unul dintre părinți apare adesea, însă împreună cu ambivalența în legătură cu controlul parental.

Recomandările în această perioadă de vârstă, presupun oferirea sprijinului parental în vederea dezvoltării autonomiei, menținerea relațiilor personale ale adolescentului cu părintele nerezident și un minimum de control parental. Totodată, chiar dacă este o perioadă în care adolescenții devin mai autonomi, este necesar un domiciliu stabil,

un cadru previzibil oferit de părinți, alături de încurajarea interacțiunilor în afara familiei.

**Ulterior în următoarea perioadă (16-18 ani)**, adolescentul începe să se separe gradual de părinți, odată cu dezvoltarea identității individuale. Și în această perioadă devine destul de important grupul de prieteni, motiv pentru care adolescenții au nevoie să dezvolte mecanisme optime în vederea gestionării presiunii venite din partea grupului de prieteni, a școlii și a cerințelor sociale. Totodată, separarea părinților poate avea un impact în înțelegerea legăturilor afective și a sexualității în relațiile de cuplu.

Reacțiile adolescenților la separare pot varia, acestea putând fi confuzie și teamă în legătură cu relațiile romantice/de cuplu, respectiv îngrijorarea că vor trebui să le poarte de grijă părinților. Inițial se pot simți șocați, trădați, ca ulterior să fie triști, să resimtă conflicte de loialitate. Deși, aceștia se pot adapta mai bine la separare comparativ cu copiii care se află în celelalte perioade de dezvoltare, ei pot manifesta comportamente de externalizare, iar grupul de prieteni poate deveni substitut familial. Având în vedere aceste aspecte, este recomandat ca părinții să manifeste flexibilitate în timp ce este menținut un control adecvat vârstei și ca adolescentul să fie informat și consultat în legătură cu deciziile luate. Colaborarea și comunicarea parentală sunt aspecte cheie, în special în situațiile excepționale (nopti care nu sunt petrecute acasă, șofat).

În ceea ce privește relația copiilor cu părinții, atât cu cel rezident, cât și cu cel nerezident, această variază în funcție de relația **anterioară separării, putând fi de: afinitate, alianță, înstrăinare.**

**Un alt aspect important este conflictul inter-parental, respectiv atunci când acesta este:**

- **scăzut**, cooperarea părintelui rezident este mai bună cu cel nerezident;
- **ridicat**, relația copilului cu părintele absent (nerezident) poate să nu fie încurajată, suprasolicitarea generată de suplinirea de rol poate genera **probleme și tulburări de ordin fizic și emoțional.**

În practică, relația de coparentalitate poate fi încadrată în trei categorii, conform tabelului de mai jos:

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

<b>Coparentalitatea cooperantă</b>	<b>Coparentalitatea paralelă</b>	<b>Coparentalitatea conflictuală</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicarea parentală;</li> <li>• Deciziile comune referitoare la copil;</li> <li>• Prioritizarea nevoilor copiilor;</li> <li>• Adoptarea unei rutine similare;</li> <li>• Abordare unor programe parentale similare;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecvent întâlnită;</li> <li>• Părinții se ignoră reciproc;</li> <li>• Nu sunt coordonate activitățile de parenting;</li> <li>• Monitorizare mai precară a copilului;</li> <li>• Copiii devin intermediari ai comunicării;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Părinții se acuză și se critică reciproc;</li> <li>• Conflicte la care asistă copiii;</li> <li>• Uneori copiii pot avea resentimente față de părintele care îl critică pe celălalt părinte;</li> <li>• Neînțelegeri cu privire la programul de vizită;</li> <li>• Părinții sunt preocupați de propriul conflict;</li> </ul>

*Sursa: Adaptare după (Hetherington și Kelly, 2002)*

### **Asistarea părinților în a face față propriilor reacții și sentimente**

O etapă importantă în intervenția terapeutică cu părinții o reprezintă sprijinirea acestora în a face față propriilor reacții și sentimente în raport cu noua situație de viață și în relație directă cu celălalt părinte și de a învăța modalități sănătoase de a exprima aceste sentimente într-un mod care sprijină demersul de consiliere, cu integrarea divorțului într-o manieră sănătoasă. Cu alte cuvinte, terapeutul va trebuie să ajute părinții să înțeleagă faptul că, atitudinile lor parentale și reacțiile de victimizare influențează în mod direct copilul, accentuându-i acestuia și mai mult ideea că este în pericol. Prin urmare, deși părinții pot avea multe sentimente puternice despre experiențele copilului lor, cum ar fi: **vină, furie, anxietate, negare**, ei trebuie să învețe cum să le conțină și să le exprime adecvat.

Lyons-Ruth (2004) sugerează o serie de modalități prin care cei care lucrează cu părinții pot crea o bază de siguranță necesară pentru reușita demersului terapeutic:

- Ascultarea părintelui;
- Acceptare și atitudine pozitivă față de părinte;
- Încurajarea comunicării cu privire la toate felurile de emoții;
- Menținerea unui dialog activ, echilibrat, de colaborare cu părintele.



### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Copiii nu au nevoie de părinți care să le ignore manifestările comportamentale neadecvate, ei au nevoie de părinți care, să rămână sensibili și empatici la suferința lor, dar să îi ajute să conțină acest comportament și să dezvolte metode sănătoase de funcționare. În ceea ce privește sentimentele de furie și revoltă, prezența lor este un indicator pentru angajamentul părinților în terapie sau capacitatea lor de a empatiza cu experiența copilului. Empatic cu sentimentele părinților, rolul terapeutului este nu doar de a îi educa cu privire la efectele furiei lor asupra copilului, ci și de a îi ajuta în a își ventila propriile emoții și a identifica moduri adaptative de exprimare a mâniei.

În afara sentimentelor de vinovăție și mânie, părinții pot trăi puternice sentimente de anxietate în raport cu sănătatea fizică și psihică a copilului, implicațiile psihologice ale divorțului asupra dezvoltării ulterioare a copilului sau contactul cu autoritățile.

În concluzie, modificarea unui comportament, respectiv a atitudinii unui copil în raport cu un părinte depinde nu doar de modul în care consilierul/psihologul va utiliza de instrumente și tehnici de specialitate, ci și de modul în care părintele cu care copilul petrece cel mai mult timp, sprijină și îl investește pozitiv pe celălalt părinte. Încrederea în abilitățile parentale pe care fiecare dintre cei doi părinți și-o acorda unui altuia, investirea pozitivă a demersului de consiliere ca agent al schimbării, vor reprezenta bazele unei relații sănătoase copil-părinte. Cu toate acestea, reușita unui demers de consiliere psihologică depinde foarte mult și de gradul de implicare și conștientizare a celor direct implicați, iar atâta timp cât relația dintre părinți continuă să fie una tensionată, aceasta este resimțită la nivel emoțional și de către copil.

Natura relației dintre cei doi părinți și tipul de „coparentalitate” are implicații directe asupra demersului de consiliere și implicit asupra dezvoltării fizice și psihice a copilului iar demersul de consiliere singular al copilului nu poate fi rupt de consilierea familială și implicit a familiei ca și întreg în scopul gestionării situației conflictuale și clarificării situațiilor nerezolvate din cuplu care perturbă rolul parental.

Implicarea și angajamentul părinților și implicit reușita demersului de consiliere psihologică depinde în mare măsură de antecedentele/istoria eșecurilor în tentativele de consiliere, de caracteristici ale părintelui (depresie, trăsături antisociale), factori de context stresanți sau dezavantaje sociale, și nu în ultimul rând de încrederea acordată profesionistului.

### **Metode și tehnici utilizate în consilierea copilului**

Metodele și tehnicile se aleg în funcție de etapa de dezvoltare a copilului și de dificultățile constatate în urma evaluării psihologice (tehnici expresiv-creative, modelarea lutului, utilizarea marionetelor, pictura sentimentelor, colaje, verbalizarea emoțiilor, tehnici de autoreglare, dramaterapie, modelaj, povești terapeutice, jocul de rol, facilitarea comunicării prin scrisori, tehnica reprezentării spațiului personal, tehnica fanteziei ghidate).

Nu există o rețetă, însă dorim să oferim câteva tehnici pe care le-am utilizat în lucrul cu copiii și au avut succes. În cadrul unei ședințe realizată în scopul restabilirii relațiilor personale dintre o fată de 11 ani și tatăl nerezident, în contextul unei comunicări deficitare și a unei dificultăți a copilului de a comunica cu acesta, le-a fost oferită o lădiță cu nisip și diferite materiale creative și li s-a propus să își imagineze cum și-ar dori să fie relația dintre ei. Le-a fost propusă metafora podului – fiecare pe rând a trecut un pod construit din figurine și a vizitat lumea celuilalt, exprimând curiozitate. În acest fel s-a creat un scenariu ludic care a permis o deschidere către celălalt, ambii amintindu-și întâmplări plăcute din trecut și exprimându-și dorința ca relația să redevină apropiată.

Tehnicile sunt utile, dar copilul are nevoie și de prezența terapeutică, empatie, ascultarea activă, acceptarea, reflectarea și validarea propriilor trăiri. Ceea ce este fundamental încă de la începutul demersului este crearea relației terapeutice și a unui spațiu de siguranță în care copilul să se poată exprima. În lucrul cu copilul este fundamentală flexibilitatea și spontaneitatea psihologului și capacitatea acestuia de a intra în lumea copilului și de a îi permite să îl ghideze în universul lui. O fetiță de 10 ani a relatat în cadrul unei ședințe de consiliere „*să fii copil este mai simplu. Mama mea este prea ocupată cu treburi și a uitat să se mai joace, ea nu mai poate pentru că acum este adult. Eu mi-aș dori să am o vârstă mai mică și să mă pot juca în nisip așa cum o făceam odată*”.

Dacă privim cu atenție lumea copilului, el va simți asta și se va deschide. Fiți încrezători în copil și permiteți-i să vă conducă, să vă arate felul lui de a fi. Nu putem fi terapeuți perfecți, dar putem fi suficient de buni dacă ne dăm voie să fim liberi și autentici. Fiți curioși și încercați să vă puneți în locul copilului cu care interacționați. A adopta un spirit ludic, a vă reaminti de propria copilărie, poate facilita stabilirea relației cu copilul care vine la terapie. Pentru că așa cum spunea și fetița despre care v-am relatat anterior – de multe ori uităm cum este să fim copil. Să privim așadar

lumea copiilor prin lentilele imaginației lor astfel încât să ne formăm o perspectivă cât mai apropiată de a acestora.

Pentru a vă conecta cu lumea interioară a copilului, vă propunem un exercițiu de autorefecție și autoanaliză. Reflecțați la moduri de conectare cu copilul interior, în mod specific cu copilul-lumină căruia îi place distracția și comunicarea, este curios și spontan (Stahl, 2019), dar și cu lumea copilului care se află în fața voastră. Vă invităm să reflecțați la ceea ce vă dă putere interioară și un sentiment de siguranță.

În concluzie, este important să menționăm faptul că, atingerea obiectivelor se poate realiza în contextul în care părinții se investesc reciproc cu încredere, își exprimă disponibilitatea de a colabora și fac un efort conștient către schimbare. Adaptarea copilului la divorțul părinților poate depinde parțial de vârsta, maturitatea, genul, temperamentul și adaptarea sa psihosocială înaintea divorțului (Amato, 2005; apud Luca & Pivniceru, 2016).

## **Bibliografie**

- Ackerman M., *Clinician`s Guide to Child Custody Evaluations*, 2006.
- Avram M. și colab., *Autoritatea părintească, Între măreție și decădere*. Editura Solomon, 2018.
- Brennan M. & Brennan R.E., *Strange Language: Child Victims under Cross Examination*, 1988.
- Brown DK., *The six-part story method (6PSM) as an aid in the assessment of personality disorder*. *Dramatherapy*, 21(2), 1999, pp. 10-14.
- Brown D.K. & Wang M., Developing a rating scale for projected stories. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, vol. 70, 2004, pp. 325–333.
- Brown S.A.; Tapert S.F.; Granholm E. & Delis D.C., Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*, 24, 2000, pp. 164–171.
- Butoi T. & Ionescu C., *Expertiza psihologică și psihologia clinică din perspectiva provocărilor ridicare de sindromul de stres pottraumatic (SSPT)*. În I.-L. Ștefan (coord.) *Tabloul Experților Psihologi*, Ediția a II a. București: Institutul de Psihologie Judiciară, 2014, pp. 37-39.
- Craig E. & Sandra Vilgy E., *Divorțul sănătos*. București: Ed. Trei, 2008.
- Grundmann H., *Vom fi mereu alături de tine*. Ed. Univers, 2018.
- Jennifer M.M., *When My Parents Forgot How to Be Friends*. Gemser Publications S.L., 2005.
- Joanna Bunker R., *A Comprehensive Guide to Child Custody Evaluations: Mental Health and Legal Perspectives*. Springer SUA, 2008.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Kathryn G.; David G. Rebecca & Yin F., *Counselling Children. A practical Introduction*. 4<sup>th</sup> Edition, SAGE, 2013.

Luca C., *Expertiza psihologică a copilului abuzat/neglijat*. Editura Hamangiu, 2014.

Marc G., *Abuzul la copii. Diagnoză și intervenție terapeutică*. Editura SPER, 2015.

Muntean A., *Psihologia dezvoltării umane*. Editura Polirom, 2006.

Michael E.L.; David J.; La Rooy Lindsay C.M. & Carmit K., *Mărturia copilului. Cercetare psihologică și practică judiciară*. Ed. ASCR, 2019.

Pivniceru M. & Luca C., *Interesul superior al copilului. Expertiza psihologica în caz de separarea/divortul parintilor*. Ed. Hamangiu, 2016.

Pivniceru M.M. & Luca C. et al., *Ghid de audiere a copilului în proceduri judiciare*, 2009.

Stahl S., *Vindecarea copilului interior*. Ed. Litera, 2019.

Warshak R., *Divorțul toxic, educația copiilor când părinții se despart*. Ed. Polirom, 2017.

## **O ALTĂ FORMĂ DE AUTISM - „AUTISMUL VIRTUAL” ARGUMENTARE ȘI STUDIU ȘTIINȚIFIC**

**Marius Teodor Zamfir<sup>1</sup>**

### **Introducere**

Noile tehnologii virtuale (mobile inteligente, tablete, laptopuri, TV, calculatoare personale etc.) cât și dinamica socială din România au început să pătrundă în viața copiilor încă de la vârste tot mai fragede. Atât copilăria, cât și spațiul saturat tehnologic în care copiii cresc sunt într-o continuă schimbare, co-determinându-se reciproc. În România consumul de mediu virtual este foarte mare, datorat în mare parte contextului politic și socio-economic. Conform unui studiu intitulat *Une année de télévision dans le monde* al institutului francez Médiamétrie publicat în anul 2013<sup>2</sup>, România se situa în anul 2012, pe primul loc între țările din Europa în privința consumului de programe de televiziune, românii uitându-se la televizor, în medie, timp de 5 ore și 30 de minute pe zi. Alte statistici au constatat că anul 2010 este anul apariției primei tablete dar și a primului telefon mobil cu android la prețuri ce oferă accesul la aceste noi tehnologii la un număr tot mai mare de oameni. Începând cu anul 2012 aceste tehnologii ajung și în România, la prețuri accesibile, acesta fiind și anul introducerii tehnologiei 4G care oferă accesibilitate nelimitată la internet pentru telefonia mobilă<sup>3</sup>. Din păcate aceste noi tehnologii, care pot fi accesate din orice loc, alături de televizor, laptop și computer, ajung treptat să preia în foarte multe familii rolul de părinte, bună, babysitter, ocupând o mare parte din timpul copiilor, fără a conștientiza efectele acestora pe termen lung.

---

<sup>1</sup> Psiholog clinician MD.

<sup>2</sup> [https://www.challenges.fr/high-tech/les-pays-les-plus-frappes-par-la-crise-regardent-plus-la-television\\_11372](https://www.challenges.fr/high-tech/les-pays-les-plus-frappes-par-la-crise-regardent-plus-la-television_11372) (site accesat pe 24 ianuarie 2018).

<sup>3</sup> <http://solutiipc.ro/topul-celor-mai-interesante-telefoane-4g/> (site accesat pe 24 ianuarie 2018).

În prezent există mai multe recomandări naționale și internațional privind consumul de mediu virtual destinat copiilor.

### **1. Recomandări și studii internaționale privind consumul de televiziune și alte medii virtuale la copii**

În SUA există cele mai vaste și ample studii, sintetizate în recomandărilor recent reînnoite ale Academiei Americane de Pediatrie (AAP)<sup>1</sup>, care specifică că televiziunea și utilizarea mass-media să fie descurajate total înainte de vârsta de 2 ani.

Tot în **SUA** savanții americani au descoperit o legătură între autism și copiii care în primii trei ani de viață se uită zilnic mai mult de trei ore la televizor<sup>2</sup>.

Într-un amplu studiu realizat între anii 1972 – 1989 trei cercetători americani, au observat o rată mult mai crescută de autism în statele în care nivelul de precipitații era mult mai mare decât media țării, corelat cu creșterea numărului de abonamente la cablul TV.

Începând din 1980, cazurile de autism s-au înmulțit mai rapid în statele americane, odată cu dezvoltarea puternică a televiziunii.

Potrivit Biroului Național de Statistică din SUA, atunci când plouă sau ninge, copiii se uită mai mult la televizor. Profesorii **Michael Waldman** și **Sean Nicholson**, de la Universitatea Cornell, în colaborare cu **Nodir Adilov**, de la Universitatea Purdue, au comparat datele statistice referitoare la micuții care privesc la televizor și buletinele meteo din statele California, Oregon, Pennsylvania și Washington.

În statele cu precipitații bogate, unde copiii urmăresc mai mult programele TV, s-au raportat cazuri mai numeroase de autism decât în cele cu vreme frumoasă.

Între anii 1972 și 1989, în California și Pennsylvania accesul la televiziunea prin cablu a crescut în paralel cu rata autismului. Savanții puneau, la vremea respectivă, 17% dintre cazurile de autism, din aceste state, pe seama amplorii pe care a luat-o televiziunea.

---

<sup>1</sup> American Academy of Pediatrics, Council on communications and media, *Media and Young Minds*, Pediatrics, October 2016 <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/10/19/peds.2016-2591.info>.

<sup>2</sup> Michael Waldman, Sean Nicholson, Nodir Adilov, Does Television Cause Autism? *Johnson School Research Paper*, SeriesNo. 01-07. Posted: 30 May 2007; [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=989648](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=989648).

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Tot în SUA diverși specialiști trag semnale de alarmă<sup>1</sup>.

În **Franța**, Guvernul a introdus din vara anului 2008 reguli clare menite să protejeze sănătatea și dezvoltarea copiilor în fața efectelor negative ale programelor tv<sup>2</sup>, iar specialiștii în domeniu trag semnale de alarmă cu privire la consumul de mediu virtual<sup>3</sup>.

În acest moment, există în Franța o echipă complexă de medici pediatri, psihologi, logopezi, condusă de **Dr Anne-Lise Ducanda** și **Dr Bruno Hârle** intitulat Group AS2E - Alerte Surexposition Enfants Ecrans. Aceștia au observat în ultimii ani impactul mediului virtual asupra dezvoltării copiilor, și fac campanii de conștientizare în rândul populației, creând și un site web<sup>4</sup>.

Cât mai curând **Anglia** dorește să implementeze programe guvernamentale care să restricționeze accesul și consumul de mediu virtual copiilor de 0-7 ani și chiar până la 12 ani<sup>5</sup>.

Mai nou o specialistă în recuperarea copiilor cu autism din **Qatar**, asociază legătura dintre consumul de mediul virtual și autism la foarte mulți copii cu care lucrează<sup>6</sup>.

Un studiu recent realizat de mai mulți cercetători de la Nawabutr Women and Children Medical Center Bnagkok, Thailanda, asociază întârzieri în dezvoltarea prihomotrică și chiar elemente din spectrul autist la copiii între 6 și 18 luni care au urmărit programe TV<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=7sKQgreRf10>, <http://resetyourchildsbrain.com/>.

<sup>2</sup> <http://www.csa.fr/Television/Le-suivi-des-programmes/Jeunesse-et-protection-des-mineurs#loc04>.

<sup>3</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=9-eIdSE57Jw>,

<https://www.youtube.com/watch?v=Mbv5XsdfEoI>,

<http://www.lefigaro.fr/vox/societe/2017/07/25/31003-30170725ARTFIG00184-l-immense-nocivite-des-ecrans-sur-le-developpement-des-jeunes-enfants.php>.

<sup>4</sup> <http://www.surexpositionecrans.org/qui-sommes-nous/> (site accesat pe 24.01.2018).

<sup>5</sup> <https://www.theguardian.com/society/2016/dec/25/experts-call-for-official-guidelines-on-child-screen-use>.

<sup>6</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=nXRBv7kvD9s>,

<https://www.youtube.com/watch?v=x9RdP8W3bK8>.

<sup>7</sup> Chonchaiya W., Sirachairat C., Vijakkhana N., Wilaisakditipakorn T., Pruksananonda C., Elevated background TV exposure over time increases behavioural scores of 18-month-old toddlers. *Acta Paediatr*, 104(10), 2015 Oct, pp. 1039-46, doi: 10.1111/apa.13067. Epub 2015 Jul 6; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26059816>.

## **2. Recomandări și studii naționale privind consumul de televiziune și alte medii virtuale la copii**

În ultimii ani tot mai mulți medici neuropsihiatrii, medici de familie și psihologi clinicieni raportează o nouă formă de autism, denumită de un psiholog clinician român „autism virtual” în lucrarea „Consumul de mediu virtual mai mare de 4 ore/zi, la copiii cu vârste cuprinse între 0-3 ani, poate cauza o formă asemănătoare cu tulburarea de spectru autist”<sup>1</sup>. Această formă de „Autism virtual” poate apărea la copiii care prezintă în istoricul anamnestic un consum de mediu virtual în primii doi ani de viață, în medie, de peste 4 ore/zi, cumulată și cu anumite predispoziții genetice sau alți factori care pot influența dezvoltarea sistemului neurologic. În acest caz nu este vorba decât de o „autizare” sau un „autism-light”, deoarece prezintă simptome specifice copiilor cu autism, dar se recuperează foarte repede, dacă se începe procesul terapeutic, sau se observă îmbunătățiri majore doar prin eliminarea consumului de „mediu virtual”. Această formă de „Autism virtual” poate fi prevenită, doar prin educarea populației cu privire la riscurile expunerii prelungite la mediile virtuale, pentru copiii între 0 și 3 ani.

### **2.1. Diverse reportaje și emisiuni TV**

- Stiri TVR 1. „Stop autism virtual!”. 90% dintre copiii de 2-3 ani, diagnosticați cu autism, au ca principală cauză televizorul, telefonul sau tableta;
- [http://stiri.tvr.ro/stop-autism-virtual-90prc-dintre-copiii-de-2-3-ani-diagnosticati-cu-autism-au-ca-principala-cauza-televizorul-telefonul-sau-tableta\\_822041.html#view](http://stiri.tvr.ro/stop-autism-virtual-90prc-dintre-copiii-de-2-3-ani-diagnosticati-cu-autism-au-ca-principala-cauza-televizorul-telefonul-sau-tableta_822041.html#view).
- Bună dimineața, Sănătate! Autismul virtual, Reportaj Antena 3 cu Simona Dragomir, <https://www.youtube.com/watch?v=Aq6VpbrJz3A&t=8s>.
- Stirile PRO TV – Autismul virtual - boala care îi afectează pe copiii uitați în fața tabletei  
[http://stirileprotv.ro/lbin/video\\_embed.php?media\\_id=61882476&section=20335&video\\_section\\_id=](http://stirileprotv.ro/lbin/video_embed.php?media_id=61882476&section=20335&video_section_id=)

---

<sup>1</sup><http://www.upm.ro/jrls/JRLS-13/RIs%2013%20C1.pdf>.



## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

- Medicii trag un semnal de alarmă! „Autismul virtual”, boala care îi afectează pe copii – Emisiune AntenaStars, <https://www.youtube.com/watch?v=eWCreiXmBes&t=117s>.

- Diferențele majore între copiii cu autism clasic și copiii autizați prin vizionarea televizorului – Emisiune Antena 1, <https://www.youtube.com/watch?v=IKR1bMWmjtM>.

„Dosar Romania” - GENERAȚIA AUTIZATĂ - Reportaj TVR despre efectele televizorului și calculatorului asupra copiilor: [http://www.dailymotion.com/video/x3a9s12\\_generatia-autizata-reportaj-tvr-despre-efectele-tv-si-calculatorului-asupra-copiilor-dosar-romania\\_tv#tab\\_embed](http://www.dailymotion.com/video/x3a9s12_generatia-autizata-reportaj-tvr-despre-efectele-tv-si-calculatorului-asupra-copiilor-dosar-romania_tv#tab_embed)

Din interior. Captivi în lumea virtuală - Reportaj Digi TV: <http://www.digi24.ro/special/reportaje/reportaj/dininterior-captivi-in-lumea-virtuala-539366>.

Secvente Trinitas - „Stop Autismul Virtual” - Cum se poate autiza un copil mic care privește peste 4-5 ore/zi la televizor. Ce este de Făcut? <https://www.facebook.com/158424471322329/videos/184813875350055/>.

Biserica Azi. Ecranul și dezvoltarea mintală a copiilor - Reportaj Trinitas TV despre efectele televizorului asupra copiilor mici: [https://www.youtube.com/watch?v=Y\\_kz-65wEok&t=91s](https://www.youtube.com/watch?v=Y_kz-65wEok&t=91s).

Libertatea.ro. Video-Autismul virtual, pericolul care ne amenință copiii. Mărturia unei mame: „Am renunțat la televizor și băiatul meu a început să vorbească”, <https://www.libertatea.ro/stiri/autismul-virtual-la-copiii-crescuti-de-televizor-si-telefonul-mobil-1968351>.

### **2.2. Articole online**

- <https://www.libertatea.ro/stiri/neurologdependentia-de-calculator-si-telefon-este-drogul-care-afecteaza-copiii-ei-nu-raspund-cand-sunt-strigati-ajung-la-autism-virtual-2113637>;
- <http://infoalert.ro/2016/01/14/autismul-light-o-noua-boala-neurologica-la-copiii-care-privesc-mai-mult-de-o-ora-la-televizor/>;
- <http://e-sanatate.md/News/6380/medic-neurolog-pediatru-cum-se-atrofiaza-creierul-unui-copil-care-petrece-prea-mult-timp-la-calculator#undefined.gbpl>;

- <https://www.libertatea.ro/stiri/autismul-virtual-la-copiii-crescuti-de-televizor-si-telefonul-mobil-1968351>;
- <http://www.totuldesprename.ro/copilul-tau/psihologie-si-comportament/cu-ochii-in-televizor-efecte-asupra-dezvoltarii-copiilor-3>.

### **2.3. Campanii de conștientizare online**

[www.stopautismvirtual.ro](http://www.stopautismvirtual.ro);<https://www.facebook.com/autismvirtual/>;  
<https://www.youtube.com/channel/UCyqqbQG3aHiShprVAikPfgw/videos>.

### **2.4. Lucrări în conferințe de specialitate**

- **Conferința Națională de Analiză Aplicată a Comportamentului** – pentru copilul cu autism, martie 2014 Fundația Copii în Dificultate - România, „*O nouă formă de autism - autismul virtual. De ce în cazul autismului incidența este de 80% la băieți?*”
- Conferința „**Importanța integrării copiilor cu autism și ADHD în colectivitate**”, 9 Mai 2014 Ploiești, participare cu lucrarea științifică „*O nouă formă de autism - autismul virtual. De ce în cazul autismului incidența este de 80% la băieți?*”
- **Al V-lea Congres de Psihiatrie a Copilului și Adolescentului și a XIII-a Conferința Națională de Sănătate Mintală a Copilului și Adolescentului**, 2-4 iunie 2016 Brașov, participare cu lucrarea științifică „*O nouă formă de autism - autismul virtual. De ce în cazul autismului incidența este de 80% la băieți?*”durata 45 min.
- A XII-a **Conferința de Psihologie Aplicată** cu participare internațională, pe tema „**PSIHOTRAUMA - Punți între teorii și aplicații practice**”, desfășurată la Brașov în perioada 6-9 aprilie 2017, participare cu lucrarea „*Studiu longitudinal - Autismul Virtual*” durata 30 min.
- **Asociația Națională pentru Copii și Adulți cu Autism din România**, împreună cu Universitatea Spiru Haret și Consiliul Național al Dizabilității din România, a organizat în perioada 12-13 mai 2017 Conferința Națională cu participare internațională „*Independența! Mă pregătesc...*”, participare cu lucrarea „*Studiu longitudinal 2012-2017 – Autismul Virtual – altă formă de autism*”.

- **Conferința de presă** cu participare internațională cu ocazia lansării Campaniei StopAutismVirtual. În cadrul conferinței au fost prezentate studii de caz și studii longitudinale de către specialiști din **România, SUA și Franța**, și au luat parte reprezentanți de la diverse instituții ale statului. Filmarea integrală a conferinței se află aici:

<https://www.facebook.com/lumina.cuvantului/videos/1016850025084731/>

## **2.5. Instituții ale statului**

Consiliul Național al Audiovizualului recomandă „*Fără televiziune înainte de împlinirea vârstei de 3 ani*” pe site-ul său: [http://www.cna.ro/IMG/pdf/SFATURI\\_PENTRU\\_P\\_RINTI\\_131113.pdf](http://www.cna.ro/IMG/pdf/SFATURI_PENTRU_P_RINTI_131113.pdf).

## **3. Aspecte teoretice privind problema studiată**

### **3.1. Fundamentarea științifică**

Copilul în fața televizorului nu are parte de experiența obișnuită a limbajului, de stimularea dialogică a gândirii și reflecției pe care părinții, bunicii sau mediul uman, în genere, le oferă. Stimulii vizuali și auditivi percepuți în fața micului ecran sunt atât de agresivi, se succed cu o asemenea rapiditate, încât depășesc capacitatea creierului de a-i controla. Efectul invariabil va fi inhibarea unor importante procese mentale. Copiii se obișnuiesc de la televizor să nu mai dorească să înțeleagă ce se întâmplă în lumea care îi înconjoară, se mulțumesc doar cu senzațiile<sup>1</sup>. **Experiența vizionării TV nu este una a spațiului și a timpului real, a distanțelor și a duratelor reale**, ci a unora virtuale, sugerate sau doar stimulate în interiorul lumii televizualului.

Copilului îi lipsește **posibilitatea cunoașterii prin atingerea și manipularea fizică a materialelor, una din condițiile desfășurării procesului de cunoaștere și prin urmare, de structurare a traseelor neuronale**. Prin televizor, cei mici sunt lipsiți de liniștea și răgazul necesare dezvoltării mecanismelor limbajului intern și ale gândirii reflexive.

---

<sup>1</sup> Large Martin, *Out of the Box*, 2000.

Televizorul nu numai că nu favorizează o participare interactivă la procesul de cunoaștere, ci, dimpotrivă, presupune o experiență pasivă și pasivizată pentru mintea umană. După vizionarea prelungită, copiii vor avea tendința de a rămâne în aceeași stare de pasivitate sau de neimplicare în cunoașterea lumii reale. Celor care se uită mult la televizor, li se sărăcește în mod proporțional capacitatea de a imagina jocuri, le slăbește dinamismul mental<sup>1</sup>.

„Întrucât în configurarea sistemelor neuronale, conexiunile se realizează ca răspuns la efortul presupus de o activitate mentală, a-i introduce pe copii în mediul TV, a le deprinde mintea cu plăcerea facilă a vizionării, înseamnă să le punem într-un risc real dezvoltarea abilităților mentale”<sup>2</sup>.

Creierul, ca și întreg organismul, are nevoie să se hrănească pentru a se dezvolta normal. Hrana creierului, mai ales în primii ani de viață, dar nu numai, sunt stimuli mediului extern, receptați prin organele de simț dar și prin mișcare. **În primii doi ani de existență, creierul își triplează dimensiunea**, de la o medie de 333 grame până la 1 kg. Creșterea în dimensiune are **legătură directă cu stimularea externă și primele experiențe de viață**. De exemplu densitatea maximă a sinapselor se atinge în apropierea vârstei de un an după naștere, în zonele senzoriale ale creierului. Această fază este dominată inițial de mecanisme „expectante ale experiențelor”, iar ulterior de mecanisme „dependente de experiențe”. Asta înseamnă că procesul de creare a sinapselor este modulată de experiențele externe, din mediu<sup>3</sup>. Majoritatea sinapselor unei persoane se creează până la vârsta de 6 ani, când întâlnim chiar mai multe sinapse decât la vârsta adultă, deoarece o parte din aceste sinapse create, se vor distruge. Sistemul neurologic este format din aproximativ 100 miliarde de neuroni, iar media sinapselor pe care le poate realiza un singur neuron este de aproximativ 4.000. Vârful maxim de creare a sinapselor se înregistrează la un an când se creează aproximativ de 2.000.000 de sinapse/secundă, față de medie care este de aproximativ 700 sinapse/secundă.

Imaginile luminoase cu succesiune rapidă obosesc creierul copilului, agitându-l, neliniștindu-l. Secvențe audio stridente, montaje rapide, flash-uri puternice, toate acestea supra-stimulează un creier în plină dezvoltare<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Virgiliu Gheorghe, *Efectele televiziunii asupra minții umane*, Editura Podromos, 2008.

<sup>2</sup> Healy Jane M., *Endangered Minds*, Touchstone, New York, 1990.

<sup>3</sup> Cîrneai Dragoș, *Testarea psihologică II-Psihodiagnoza personalității*, 2015, p. 51.

<sup>4</sup> Christakis Dimitri, Seattle Children's Research Institute and University of Washington, *Acta Paediatrica*, 2010.

Etapa de dezvoltare a copilului **0-3 ani** poartă denumirea de etapa de **dezvoltare senzorio-motorie**. În această etapă copilul reacționează reflex, în activități precum suptul, lovitul, apucatul. Începe să coordoneze informația vizuală, auditivă și tactilă pe care o primește din mediu (prin intermediul senzațiilor) cu deprinderile motorii pe care tocmai le dezvoltă. În această etapă constată că dacă își mișcă ochii, are acces la mai multe imagini și poate chiar să observe cum propriile mânuțe și piciorușe interacționează cu diverse obiecte. În acest mod, devine tot mai conștient de existența unui mediu exterior, înconjurător și de capacitatea lui de a acționa asupra acestui mediu.

Primul contact al copilului cu mediul extern se realizează prin senzații, ce sunt receptate prin organele de simț, care la naștere chiar dacă sunt dezvoltate, se deosebesc foarte mult de cele ale adultului. În contact cu mediul înconjurător, odată cu trecerea timpului și cu experimentarea de noi situații, aceste senzații se transformă în percepții.

Pentru a înțelege diferența dintre senzații și percepții vom folosi următorul experiment. Strigăm copilul pe nume, sau producem un zgomot puternic. Dacă senzația auditivă este integrată corespunzător în percepție, reacția normală a copilului este să se întoarcă către sursa de zgomot, și chiar să identifice, fără să vadă, obiectul sau persoana care produce zgomotul. În cazul copiilor care nu au fost stimulați corespunzător sau care au anumite probleme neurologice, există o mare probabilitate să nu reacționeze în nici un fel sau să reacționeze necorespunzător la aceste senzații auditive. În marea majoritate a cazurilor dau impresia că nu aud, cu toate că în alte cazuri sunt foarte receptivi la anumite zgomote (în special reclame TV, anumite melodii sau sunete preferate). *În aceste cazuri copilul nu are probleme în preluarea informației senzoriale, ci doar în prelucrarea (transformarea și integrarea) acesteia în percepție.* De aceea în cazul copiilor care sunt lăsați foarte mult în fața mediilor virtuale, mai ales în perioada de dezvoltare senzorio-motorie (0-3 ani), în majoritate cazurilor *se produc rupturi sau scurtcircuitări între senzații și percepții la nivelul majorității organelor de simț.* Copilul ajunge astfel să nu mai poată integra, sau să integreze diferențiat informațiile primite din mediu. Apar astfel o multitudine de comportamente problemă: lipsa limbajului expresiv (vorbirea) sau chiar lipsa limbajului receptiv (înțelegerea); dau impresia că nu aud sau sunt deranjați excesiv de anumite zgomote; mănâncă o gamă foarte restrânsă de alimente sau doar anumite texturi de alimente (în special pasat); miros excesiv anumite alimente; se uită la obiecte cu ochii într-o parte; sunt foarte atrași în comportamente

stereotipe sau repetitive; pipăie într-un mod foarte diferit anumite obiecte, și astfel de exemple pot continua.

Vizionarea excesivă (peste 4-5 ore/zi) a programelor de virtuale acționează la copilul mic (0-3 ani) pe mai multe căi.

### **3.2. Privarea senzorio-motorie**

În primul rând este vorba de o privare senzorială, deoarece copilul în perioada 0-3 ani se afla într-o etapă de dezvoltare senzorio-motorie în care se dezvoltă numai prin interacțiunea cu persoanele și obiectele din jurul lui, și orice privare de la această interacțiune îi poate dăuna grav.

*„Psihicul este o expresie a vieții de relație, un fenomen inseparabil legat de structurile materiale și cuantice, o reproducere în subiectiv a realității naturale obiective, un produs al condiționărilor și determinărilor socio-istorice și socio-culturale”<sup>1</sup>.*

Ca formă a vieții de relație, psihicul își relevă natura prin relațiile sale cu: realitatea fizică, realitatea fiziologică, realitatea socială. Numai în relație cu aceste realități omul își construiește propria interioritate, în absența unor asemenea relații cu ambianța, viața psihică poate fi serios perturbată. Acest lucru este demonstrat de experimentele de izolare și deprivare senzorială (Donald O. Hebb, 1947) și de experimentele cu privire la consecințele în plan comportamental ale deficitului de contacte sociale (Harry Harlow, 1960). În studiile lui Hebb, după 20 ore de deprivare senzorială subiecții manifestau tulburări emoționale, halucinații, scăderea performanțelor intelectuale.

Faptul că relațiile cu mediul social sunt importante pentru psihic este demonstrat și de copiii crescuți de animale sălbatice (în special lupi – așa numiții „copii lup”) la care s-a observat conservarea atributelor biologice și absența atributelor sociale și de comunicare.

Relațiile psihicului cu substratul lui material, cu obiectele lumii materiale și sociale, reprezintă atât cadrul de formare și dezvoltare a psihicului cât și instrumentul acestei formări.

---

<sup>1</sup> Mielu Zlate, *Fundamentele psihologiei*, Editura Polirom, 2009, p. 202.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Este necesar să luăm în calcul și cantitatea totală de timp/zi în care copilul este activ. Perioadele de somn în această etapă de dezvoltare sunt: 0-1 an 14-16 ore/zi, 1-3 ani 13-15 ore/zi. Astfel în această perioadă copilul se afla între 10 și 12 ore/zi de veghe. Din acest interval 3-4 ore/zi sunt alocate programului de masă (4-6 mese/zi), și aproximativ o oră/zi programului de baie. Un consum de televiziune peste 4-5 ore/zi reprezintă astfel minim 50-80% din timpul total în care copilul se află în perioada de veghe, când are nevoie de cât mai multă stimulare senzorială și motrică.

În timpul vizionării TV copilul nu primește decât informații vizuale și auditive, pe care încă nu le poate procesa datorită vârstei mici, și care nu sunt integrate cu celelalte senzații și percepții (atingere, miros, gust, simțul vestibular).

În lumea reală ne confruntăm cu o mare varietate de zgomote. Creierul adultului integrează toate aceste sunete percepute și le separă, localizând sursa dinspre care vin, creierul putând să se concentreze doar asupra sunetului pe care individual vrea să-l audă. În cazul bebelușilor, discriminarea sunetelor, precum și capacitatea de a repera selectiv o voce interesantă sau un zgomot interesant printre alte voci sau zgomote, *sunt aptitudini care se dezvoltă progresiv și numai în legătură directă cu persoanele sau obiectele care produc sunetele respective și nu cu persoane sau obiecte virtuale, de la televizor*<sup>1</sup>.

Mediile virtuale sunt medii care solicită, la nivelul procesării vizuale, existența **reprezentării** (copilul înțelege că obiectul există chiar dacă el nu îl mai vede). „*Activitatea umană nu s-ar putea desfășura dacă n-ar exista posibilitatea desprinderii de concret, de prezent, de „aici și acum”, dacă omul n-ar dispune și de capacitatea de a opera mintal cu obiectul în absența lui*”<sup>2</sup>.

**Reprezentarea se formează doar prin interacțiunea directă cu obiectele și nu cu obiecte virtuale.** Astfel, dacă reprezentarea nu există, copilul nu poate trece la următoarele etape: identificare (recunoașterea obiectelor), clasificare (asocierea cu alte obiecte asemănătoare), gândire, imaginație, abstractizare etc.

---

<sup>1</sup> Christakis D.A., Zimmerman F.J., Di Giuseppe D.L., Mccarty C.A., Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems, *Children, Pediatrics*, 113, 2004, pp. 708-713; Newman, R.S., The Cocktail Party Effect, *Infants Revisited: Listening to One's Name in Noise*, *Developmental Psychology*, 41, 2005, pp. 352-362; Werner L.A., Boike K., Infants' Sensitivity to Broadband Noise, 2001, *Journal of Acoustical*, Dr. Jill Bolte Taylor, *Revelatii despre creier*, Ed. Curtea Veche, 2011, pp. 86/125.

<sup>2</sup> Mielu Zlate, *Fundamentele psihologiei*, Editura Polirom, 2009, p. 102.

### **3.3. Privare socio-afectivă**

Relația afectivă dintre părinți și copil este influențată de disponibilitatea și empatia pe care părintele o manifestă față de nevoile copilului. **Aceasta se dezvoltă treptat, în special în perioada de vârstă a copilului 0-3 ani.**

În perioada 3-9 luni, copilul distinge și preferă compania părinților în detrimentul celorlalte persoane, manifestându-și preferința pentru persoanele familiare prin zâmbet, strigăt, etc. În această perioadă copilul începe să descopere mediul în care trăiește, având nevoie de încurajarea părinților (din mângâiere, privire) pentru a explora mediul. Aceasta este perioada în care relația de atașament începe.

Bebelușul învață să meargă întotdeauna sprijinit de ceva, deși cade, dacă primește sprijin, se ridică și își continuă încercarea. Pentru a avea succes are nevoie de un sprijin ferm, constant. Psihanalistul englez Bowlby, denumesc modalitatea în care bebelușul învață să meargă „Teoria punctului de sprijin” și o compară cu nevoia de sprijin a micuțului pentru a descoperi și explora lumea. Desigur, și sprijinul fizic este important, dar cel psihologic, prin care este susținut emoțional să descopere, să încerce este primordial. Cel mic, va învăța astfel că, poate depinde fără teamă de cei din jur.

Explorarea mediului inconjurator, nu se referă doar la experimentarea de sunete, culori, forme și texturi ci la traducerea acestora într-un limbaj accesibil copilului (integrarea în percepții). Vor fi mult mai apropiate copilului, experiențele încărcate emoțional.

În perioada 9-12 luni, copilul începe să devină „autonom”, să se simtă sigur pe mediul inconjurator, fapt ce îi va permite să se îndepărteze de părinți, știind totuși că poate conta pe ei. După vârsta de un an, părinții îl vor ajuta pe copil să înțeleagă regulile, limitele. Acesta este începutul socializării.

Conform Teoriei lui Winnicott, relația părinte-bebeluș influențează formarea acestuia ca ființă independentă autonomă (inițial relația este de dependență absolută, apoi de dependență relativă, iar în final de autonomie/independență). De asemenea, această relație reflectă îngrijirea maternă, relația mamei cu copilul, modificările psihologice trăite de aceasta pentru a putea veni în întâmpinarea nevoilor celui mic.

În timpul acestei perioade de viață copilul experimentează **încrederea sau neîncrederea** față de lume. Dacă nevoile lor sunt îndeplinite cu dragoste, ei vor înțelege că lumea este un loc plăcut, în care se întâmplă de obicei lucruri bune. Astfel, încrederea va deveni parte a caracterului copilului (cf. E Erikson).



Atașamentul infantil are un rol securizant sau nesecurizant, în configurarea personalității și a comportamentului uman.

Copilul s-a născut cu predispoziția de a se atașa de persoana care îi oferă îngrijiri, își va organiza propriul comportament pentru a menține relațiile de atașament cruciale pentru supraviețuirea lui umană și psihologică, în apropierea persoanei care îl îngrijește.

**Distorsiunile în modul de a gândi și de a se comporta au ca sursă tulburările de atașament în copilăria timpurie și pot fi considerate rezultatul incapacității părinților de a răspunde nevoilor de confort, securizare și încredere emoțională a copilului mai ales în perioada 0-3 ani.**

Dezvoltarea intelectual-afectivă a copilului este un proces complex, ale cărui etape succesive se află într-o strânsă interdependență și sunt controlate și influențate de factori genetici și non-genetici. După o lungă perioadă în care rolul factorilor genetici în procesul dezvoltării a primat în atenția cercetătorilor, **studiile publicate începând cu anii 90 au redat importanța cuvenită factorilor non-genetici, ce țin de mediul de dezvoltare al copilului** (Rutter, Moffitt & Caspi, 2006).

Urmare a acestei relativ recente tendințe este și faptul că efectele ireversibile pe care le au asupra dezvoltării copilului privarea de afecțiunea parentală și creșterea într-un mediu deviant, aduse în atenția lumii științifice în anii '50 de studiile lui Bowlby și Ainsworth, au redevenit obiect al interesului cercetătorilor de specialitate. **Astăzi, studierea mecanismelor organice prin care experiențele copilăriei timpurii modelează dezvoltarea și maturizarea sistemului nervos al copilului, este considerată esențială pentru înțelegerea atât a dezvoltării normale cât și a celei patologice** (Grossman et al., 2003).

La nou-născut, percepția unui act poate fi înregistrată în așa fel încât să fie aplicată direct în executarea unui „plan motor”. În opinia cercetătorilor, bebelușul utilizează acțiunea adultului ca un model care i-ar permite să-și fasoneze propriul comportament motor. *Bebeluşii sunt prin urmare nişte veritabili detectori de mişcare biologică, răspunzând în mod înăscut la mişcările faciale pe care le observă. Toate cercetările care au încercat să reproducă efecte de imitare la bebeluşi cu obiecte nonumane au eşuat.* Bebeluşii sunt ființe care observă, învață și răspund în mod foarte activ la mediu și mai ales la persoanele din jur<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Field T.M., Wodson R.W., Greendberg R., Cohen C., Discrimination and Imitation of Facial

Alte studii concluzionează că dacă bebelușul își va imita părinții cu ușurință și entuziasm atunci când fac ceva, vor putea învăța mai repede să respecte regulile sociale și vor avea o conștiință mai dezvoltată, înțelegând mult mai repede ceea ce este permis și ceea ce este interzis, vor putea să folosească mai eficient autocontrolul dar și alte comportamente legate de dezvoltarea morală<sup>1</sup>.

Bruno Bettelheim (1967) invocă pentru prima dată, ca și cauză a autismului, relația părinte-copil, bazându-se pe observarea unor relații mai reci ale părinților față de copiii autiști. Acestea duc la disfuncții psihologice manifestate prin anomalii ale dezvoltării stării emoționale, ale sferei cognitive, atunci când dificultățile utilizării simbolurilor devin dominante în tulburările limbajului, anomalii ale capacităților perceptivă și ale atenției, dificultăți în imitarea acțiunilor corporale și altele. Cu toate că aceste studii au fost foarte controversate și ulterior în anii 80 infirmate, s-ar părea că există o strânsă legătură între nivelul de afectivitate oferit de părinți și dezvoltarea psihosocială și neurologică a copilului.

***Astfel orice timp care nu este folosit pentru relații sociale și afective cu copilul, duce la întârziere în dezvoltarea psiho-socială și psiho-afectivă a acestuia.***

### **3.4. Vizionarea ecranelor și undele cerebrale**

Un alt factor prin care vizionarea TV acționează asupra dezvoltării copilului mic este reprezentat de inducerea creierului într-o stare de unde cerebrale alfa. Aceste unde cerebrale produc următorul fenomen, în momentul vizionării TV: *emisfera cerebrală dreaptă este stimulată maldiv, limitându-și activitatea la o receptare intensă, dar pasivă a imaginilor (Buzzell, 1998), activitatea emisferei cerebrale stângi se diminuează foarte mult” (Healy, Jane M., 1990), comunicarea inter emisferică, prin corpul calos, slăbește semnificativ (Scheidler, 1994), iar procesele mentale superioare, care se realizează în cortexul prefrontal, sunt foarte inhibitate (Buzzell,*

---

Expressions by Neonates, *Science*, 218, 1982, pp 179-181; Jeannerod, M., *The Cognitive Neuroscience of Action*, New York, Blackwell, 1997; Kugiumutzakis, G., Genesis and Development of Early Infant Mimesis to Facial and Vocal Models, *Imitation în Infancy*, 1999, pp. 36-59, Cambridge, MĂ, Cambridge University Press; Meltzoff, A.N., Moore M.K., , imitation of Facial and Manual Gestures by Human Neonates, *Science*, 198, 1977, pp. 75-78; Meltzoff, A.N., Moore M.K., , “Imitation în Newborn Infants. Exploring the Range of Gestures Imitated and the Underlying Mechanismus”, *Developmental Psychology*, 25, 1989, pp. 954-962.

<sup>1</sup> Bandura A., *Social Foundations of Thought and Action*; Englewood Cliffs, H.J., Prentice Hall, 1986; Forman D.R., Aksan, N. Kochanska, G., Toddlers' Responsive Imitation Predicts Preschool Age Conscience, *Psychological Science*, 15, 2004, pp. 699-704.

1998). **Creierul** trece într-un ritm predominant de unde cerebrale alfa, activitate electrică ce indică intrarea într-o stare de semiadormire de tip **hipnotic**. Pentru copilul mic 0-3 ani, vizionarea TV îndelungată afectează creierul, care se află într-o etapă foarte importantă de dezvoltare și structurare, ajungându-se chiar la o anumită atrofiere corticală ce se manifestă prin dezvoltarea insuficientă a unor arii neuronale<sup>1</sup>.

Acest fapt amplifică foarte mult primul factor, cel legat de privarea senzorială. Pentru a înțelege mai bine fenomenul, trebuie menționat că inteligența unei persoane este stabilită la nivel neurologic de viteza cu care informația circulă între cele două emisfere, prin corpul calos, și de folosirea într-o proporție cât mai mare a ambelor emisfere cerebrale. În condițiile în care bărbații folosesc preponderent emisfera cerebrală stângă, iar femeile folosesc preponderent emisfera cerebrală dreaptă.

Emisfera cerebrală stângă (cea a cărei activitate este diminuată în timpul vizionării TV), este folosită cu preponderență în cazul bărbaților, și este denumită „omul de știință”. Din punct de vedere motric coordonează toată partea dreaptă a corpului, iar din punct de vedere mental este responsabilă cu: logica, analiza, deducție, limbajul vorbit<sup>2</sup>, scriere, stabilirea de reguli, etc. Această emisferă gândește în pași logici, secvențial, își organizează lucrurile în timp și le execută într-o anumită ordine. Își folosește rațiunea pentru a trage concluzii pe baza unor date, a unor fapte, și pe baza unei organizări logice. Leagă ideile unele de altele, surprinde relațiile de tip cauză-efect.

Emisfera cerebrală dreapta, folosită cu preponderență de femei, este numită și „artistul”. Din punct de vedere motric coordonează toată partea stângă a corpului, iar din punct de vedere mental este responsabilă cu: limbajul receptiv, creativitatea, percepția vizuală, emoții, simboluri, intuiție, curiozitate etc. „Artistul” gândește nonverbal, în imagini, sunete, emoții, recunoaște și modelează forme, plasează elementele într-un context, percepe conexiunile dintre ele precum și întregul din care ele fac parte, percepe spațial, nu are sensul timpului. Sintetizează, schematizează, vizualizează, creează și folosește diferite scheme ori modele pentru abordarea

---

<sup>1</sup> Virgiliu Gheorghe, Nicoleta Criveanu, Andrei Dragulinescu, *Efectele micului ecran asupra minții copilului*, București, Prodromos, 2008, pp. 114-115.

<sup>2</sup> În urmă cu un secol și jumătate, fizicianul francez Pierre Paul Broca a descoperit că pacienții cărora le-a fost afectat lobul frontal din emisfera cerebrala stângă, nu puteau să pronunțe mai mult decât câteva cuvinte. Numită ulterior „aria lui Broca”, această regiune este considerată esențială pentru vorbire și pentru unele aspecte ale înțelegerii limbajului. Mentionăm ca aceasta zona din emisfera cerebrala stanga este foarte afectata de vizionarea TV, rezultand astfel o grava afectare a limbajului.

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

realității. Folosește analogii și asocieri de idei, stabilește legături, înțelege și folosește metafore. Percepe intonațiile vocii, ritmicitatea vorbirii și a muzicii, tonalitățile, muzica. Are simțul culorilor. Își imaginează și visează. Este empatică și intuitivă, pasionată de spiritual și de mistic.

Se poate constata cu ușurință că imaginea video, care este o imagine în mișcare și care nu lasă răgazul necesar reflexiei, incită cu putere imaginația și emoțiile (care sunt procesate în emisfera cerebrală dreaptă și care la copilul mic 0-3 ani nu sunt încă dezvoltate), inhibând în același timp activitatea emisferei cerebrale stângi.

Cortexul prefrontal este partea creierului cea mai puternic afectat în urma vizionării. Această parte a creierului (numită creierul executiv) răspunde de atenție, motivație, discernământ, controlul comportamentelor și al emoțiilor, planificarea, curiozitatea, prevederea, controlul instinctelor etc.

*„În cazul vizionării TV îndelungate, anumite arii ale emisferei cerebrale stângi, ale corpului calos și ale cortexului prefrontal, rămân nedezvoltate sau chiar se atrofiază în timp pierzându-se posibilitatea dezvoltării ulterioare” (Healy, Jane M., 1990).*

### **3.5. Dependența pe care o exercită ecranele**

Televizorul crează o dependență neurologică acționând pe două căi principale:

Când ne uităm la TV, activitatea creierului se mută din emisfera stângă în cea dreaptă. De fapt, experimentele conduse de cercetătorul Herbert Krugman au arătat că în timp ce telespectatorii se uită la televizor, emisfera dreaptă este de 2 ori mai activă decât cea stângă, o anomalie neurologică. *Fluxul din stânga către dreapta produce o creștere a ceea ce este drogul natural al corpului: endorfinele, care includ beta – endorfine și enkefaline.* Endorfinele sunt identice din punct de vedere al structurii cu opiul și derivatele lui (*morfină, codeina, heroina, etc.*). Activitățile care eliberează endorfine (numite și peptide de tip opiu) sunt uzual formate de comportament (rar le numim dependență). Acestea includ trosnirea degetelor, exercițiile intense, și orgasmul. Narcoticele externe acționează asupra aceluiași receptor (receptorii opioizi) ca și endorfinele, de aceea este o diferență nesemnificativă între cele două tipuri. De fapt, exercițiile intense, care produc așa numita “runner’s high” – o eliberare de endorfine care se revărsă în organism, pot cauza o dependență ridicată, până la punctul când „dependenții” oprindu-se brusc din exerciții suferă simptomele „retragere a narcoticului”, și anume migrene sau dureri de cap. Aceste migrene sunt cauzate de o disfuncție a receptorilor opioizi, care

sunt obișnuiți cu aflul constant de endorfine. Într-adevăr, până și telespectatorii ocazionali trec prin simptomele de „retragere a narcoticului” dacă nu se mai uită la TV pentru o perioadă prelungită de timp<sup>1</sup>. Privitul excesiv la televizor poate crește riscul deficitului de atenție la copii și nu numai. Acest lucru se datorează modificărilor foarte rapide de scene, care se produc în videoclipurile din ziua de azi. Dacă vom compara un film vechi, cum ar fi cele din anii '40-'50 cu filmele moderne, vom observa că, la filmele mai vechi, schimbarea cadrelor se producea în intervale de timp mult mai lungi.

*Schimbările/tăierile frecvente de scene sunt utilizate pentru că activează așa-numitul „răspuns orientativ” care are caracter de **dependență***<sup>2</sup>. Acesta este un răspuns biologic natural, care atrage în mod automat atenția către lucrurile care se schimbă în mediul tău. Cu cât există mai multe schimbări de scene, cu atât este stărnită mai mult atenția, iar răspunsul orientativ este activat mai puternic. Tăierile de scene care se produc mult prea frecvent pot face un videoclip să fie extrem de dificil de urmărit, „în conținut”. La un film mai lung, cadrele derulate cu repeziciune nici măcar nu mai pot fi numărate, din cauza stării hipnotice în care se află creierul, ceea ce reduce în mod considerabil abilitatea de a gândi logic.

### **3.6. Diferențierea pe sexe a impactului ecranelor asupra copilului mic (0-3 ani)**

În general televiziunea acționează asupra copiilor prin nedezvoltarea corespunzătoare a sistemului neurologic. Având în vedere că există diferențe majore între sistemul neurologic al fetelor și băieților, incidența tulburărilor neurobiologice este foarte diferită pe sexe.

Emisferile stânga și dreapta ale creierului sunt legate printr-o serie de nervi care se numesc **corpul calos**. Acest „cablu” face ca o parte a creierului să comunice foarte bine cu cealaltă, permițând schimbul de informații, ca două calculatoare pe umeri, legate de o interfață unică. Ei bine, **la femeie**, corpul calos este mai gros decât la bărbat, având cu **peste 30%** mai multe legături între emisfere (Roger Gorsky, 1991).

---

<sup>1</sup> Wes Moore, Television. Opium peoples, *The Journal of Cognitive Liberties*, vol. 2, 2001, pp. 59-66.

<sup>2</sup> Csikszentmihalyi M., Kubey R., Television and the rest of life: A systematic comparison of subjective experience, *The Public Opinion Quarterly*, vol. 45, nr. 3, 1981, pp. 317-328; Reeves B., Lang A., Kim E.Y., Tatar D., The Effects of screen size and message content on attention and arousal, *Media Psychology*, vol. 1, 1999, pp. 49-67.

**Femeile au cu 11% mai mulți neuroni** în zona creierului destinată emoțiilor, empatiei și memoriei (Louann Brizendine, 2006). Întrucât au și mai mulți neuroni-oglină<sup>1</sup>, ele sunt de asemenea mai înclinate spre a observa stările emoționale ale celor din jur, putând astfel descifra mult mai devreme limbajul receptiv al persoanelor din jur. Totodată prezintă și o capacitate mult mai mare de imitare, față de băieți. Este cunoscut faptul că această capacitate de **imitare** reprezintă de fapt „**motorul învățării**” în etapele inițiale ale dezvoltării copilului, fiind folosită foarte des chiar și de către noi, adulții.

În primii doi ani de viață, emisferele drepte - a mamei și copilului - sunt deosebit de active, emisfera dreaptă având un rol foarte important în prelucrarea comunicării nonverbale, și în dezvoltarea capacității copilului de a procesa eficient stimulii vizuali de la părinți, deoarece emisfera dreaptă este responsabilă de perceperea și detectarea imaginilor vizuale. Trebuie amintit că femeile gândesc preponderant cu emisfera dreaptă, fiind astfel mult mai folosită și mai dezvoltată decât la băieți. Maturizarea timpurie a emisferei drepte pare, de asemenea, să fie implicată în procesul de învățare emoțională implicită, care precede dezvoltarea verbala, și ca atare reprezintă substratul biologic al inconștientului dinamic (Allan N. Schore, 1994).

Concluzia este că fetele au o capacitate mult mai mare de receptare și decodificare a limbajului, atât receptiv cât și expresiv, limbaj care apare și se dezvoltă mai precoce decât la băieți, de aceea incidenta pe sexe în cazul tulburărilor neurobiologice (autism, ADHD) este de 80% la băieți, și implicit influența televizorului asupra copiilor este mult mai mare asupra băieților.

---

<sup>1</sup>Pe la jumătatea anilor '90, cercetătorii de la Universitatea din Parma studiau pe maimuțe o zonă din creier numită cortexul motor – adică zona implicată în programarea acțiunilor simple, cum ar fi prinderea alunelor/bananelor. Într-o zi, însă, în laborator a intrat un cercetător care a început să aranjeze alunele pentru experiment, apucându-le și mutându-le. În acest timp, maimuța stătea nemișcată pe scaunul de experiment, având însă electrozii fixați pe cap. Spre surprinderea cercetătorului, acești electrozi fixați pe capul maimuței în zona „cortexului motor” s-au pornit. Dar maimuța nu se mișcase deloc! Deci, neuronii motori erau implicați și în percepția acțiunilor altora. Astfel au fost descoperiți așa-numiții „neuroni-oglină”, care sunt esențiali – atât la maimuțe, dar mai ales la oameni – în învățarea acțiunilor prin imitare, dar și în înțelegerea acțiunilor altora, prezicerea acțiunilor viitoare, înțelegerea stărilor emoționale ale altora și empatizarea cu ele. Chiar mai șocant, ne folosim de acești neuroni-oglină când judecăm cât de moral este comportamentul cuiva sau ce abilități are o persoană – de exemplu, cât de virtuoaasă este într-un domeniu.

### **3.7. Corelații în istorie cu alte cazuri asemănătoare de deprivare senzorială**

#### **3.7.1. Sindromul instituționalizării și autizarea copiilor prin deprivare senzorială**

Studierea particularităților comportamentale ale copiilor care au trăit experiența instituționalizării, în special ale copiilor proveniți din orfelinatele fostelor tari comuniste a reprezentat una din rarele ocazii permise de constrângeri de natura etică, de cercetare „în vivo” a efectelor dezvoltării într-un mediu traumatizant asupra evoluției ulterioare a copilului (MacLean, 2003). Din această perspectivă, creșterea într-un mediu instituțional, în orfelinatele țărilor fostului lagăr comunist, în unanimitate descrisă ca fiind o experiență traumatizantă, caracterizată deopotrivă de **privare socio-afectivă și de privare cognitiv-senzorială**, poate fi privită ca un sumbru experiment, efectuat la scală socială largă, permis de condiții socio-politice de regretabilă amintire.

Ca urmare a faptului că România a fost în anii '90 una dintre principalele surse pentru adopțiile internaționale (Zeanah et al., 2003), în mod particular, copiii proveniți din orfelinatele românești sunt regăsiți drept subiecți ai studiilor publicate în literatura de specialitate pe această temă<sup>1</sup>. Concluzia unanimă a acestor studii este că dezvoltarea într-un mediu instituțional, prin **privarea senzorial-cognitivă și socio-afectivă, a afectat profund și ireversibil procesul maturizării intelectual afective a copiilor studiați**. Sunt identificate și descrise particularități comportamentale ale acestor copii, care formează un tablou simptomatic definitiv pentru ceea ce a fost denumit ulterior „sindrom postinstituționalizare” (Kreppner, O'Connor & Rutter, 2001) și care persistă și după ce copilul a fost adoptat. Sunt amintite:

- retardul sever (Rutter, 1998);
- perturbări de dezvoltare a atașamentului (Chisholm, 1998; O'Connor & Rutter, 2000; Rutter, Kreppner, & O'Connor, 2001; Smyke, Dumitrescu, & Zeanah, 2002; Zeanah, Smyke, & Dumitrescu, 2002);
- comportament semiautistic (Beckett et al., 2002; Hoksbergen, Rijk, Van Dijkum, & Ter Laak, 2004; Rutter et al., 1999; Rutter et al., 2001; Zeanah et al., 2002);

---

<sup>1</sup> Carl Stock Kranowitz, *Copilul desincronizat senzorial*, 2012, p. 73.

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

- probleme de atenție și hiperactivitate (Kreppner et al., 2001; O'Connor & Rutter, 2000; Rutter et al., 2001);
- diminuarea sensibilității pentru durere și comportament autoagresiv (Beckett et al., 2002; Ellis, Fisher, & Zaharie, 2004);
- stereotipii motorii și modalități neobișnuite de explorare senzorială (preferința pentru un anumit gen de stimuli) (Beckett et al., 2002; Hoksbergen et al., 2004);
- probleme de alimentație (Beckett et al., 2002; Fisher, 1997);
- stereotipii motorii (Fisher, 1997; Marcovitch, 1997), tulburări de somn (Beckett et al., 2002).

Deși toate anomaliiile comportamentale anterior menționate prezintă interes din punct de vedere al patologiei dezvoltării copilului, ne vom opri în cele ce urmează doar asupra simptomatologiei autistic-like sau semiautistică a orfanilor români, semnalată pentru prima oară de Rutter și colaboratorii în două studii succesive, publicate în 1999, respectiv 2001.

**Aceștia identifică la copii adoptați din orfelinatele românești** - cu o frecvență mult prea mare pentru a putea fi considerată simplă coincidență - un grup de simptome ce se suprapun în mare parte peste cele cuprinse în criteriile **diagnostice ale patologiei autiste**, indicate de DSM-IV (Diagnostical and Statistical Manual for Mental Disorder, Fourth Edition). Sunt amintite deficiențe ale abilităților socio-comunicative care determină la rândul lor probleme de integrare socială, probleme de limbaj și vorbire, comportament auto agresiv și agresiv, rigiditate comportamentală, interese obsesive (Rutter et al., 1999; Rutter et al., 2001). *Este important să menționăm faptul că acest sindrom comportamental a fost descris în literatura de specialitate nu doar la copiii care au crescut într-un mediu instituțional ci și la cei care au crescut într-un mediu familial carentat, caracterizat de lipsa stimulilor socioafectivi (Shin, 1999).* Existența unor diferențe între tabloul simptomatologic al autismului clasic și cel caracteristic copiilor mai sus amintiți i-a făcut însă pe cercetători să fie reticenți în a identifica total acest sindrom comportamental cu boala autistă. Spre deosebire de autismul clasic, pentru sindromul autistic-like caracteristica nu este izolarea socială autoimpusa (deși exista importante probleme de integrare socială și de comunicare) ci existența stereotipurilor comportamentale. Interesele neobișnuit de intense pentru un anumit tip de senzație, manierismele motorii, preocupările straniei și obsesive sunt cele care predomină în tabloul simptomatologic al sindromului comportamental mai sus amintit. Mai mult,



se pare că această simptomatologie semi autista tinde să se amelioreze în perioada post-adoapție, vârsta de 4-6 ani fiind în mod particular hotărâtoare pentru angajarea pe un parcurs favorabil (Rutter et al., 1999; Zeanah et al., 2003). În pofida diferențelor mai sus menționate, existența acestui sindrom autistic-like la copiii care au crescut într-un mediu deviant, traumatizant ridică o serie de probleme de natură teoretică, în măsură să nuanțeze discuția cu privire la rolul factorilor genetici și ambientali în etiopatogenia autismului<sup>1</sup>.

### **3.7.2. Sindromul Mowgli sau copiii lup**

Prin prisma funcțiilor limbajului dar nu numai, întărim ideea că omul nu trebuie privat de mediul social și senzorial, mai ales în primii ani de viață, pentru că natura psihicului uman este dată de natura vieții de relație. Ce s-ar întâmpla dacă relațiile firești ale omului cu mediul social ar fi întrerupte, suspendate sau perturbate? Cazul așa-zișilor *copii-lup* oferă un răspuns categoric la această întrebare. Suspendarea relațiilor dintre psihic și social, duce la conservarea structurilor biologice ale omului, în anumite condiții chiar la dezvoltarea accentuată a acestora, în timp ce atributele sociale specifice omului nici nu apar. Iată câteva exemple:

- În 1781, un țăran român a găsit în pădurile din apropierea Brașovului un tânăr de aproximativ 23-35 de ani, total sălbătic, pe care l-a adus în gospodăria să, încercând să-l „umanizeze”. Timp de mai mulți ani nu s-au putut obține decât câteva performanțe accesibile în general animalelor superioare: să umble încălțat și îmbrăcat, să folosească lingură, să aducă apă de la fântână. Achiziția limbajului și a vorbirii i-a fost însă, imposibilă.;
- În 1799, niște vânători găsesc în sudul Franței, un copil de 11-12 ani, sălbătic, în completă stare de animalitate. Munca dusă timp de 3 ani de către un medic pentru a-l transforma în om a fost zadarnică;
- Foarte cunoscut este și cazul unui copil de 9 ani descoperit în India, în 1954. Copilul a primit numele de **Ramu** (în indiană acest cuvânt înseamnă *pui de lup*). Era total animalizat: scotea mugete, fugea în patru labe, își arăta dinții, nu suportă

---

<sup>1</sup> Muraru O., Zhang S.H., Bocian M., Simptomatologia „autistic-like” a copiilor proveniți din orfelinatele Românești – posibile considerații cu privire la etiopatologia autismului, *Revista Română de Psihiatrie - Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie*. <http://www.romjpsychiat.ro/article/simptomatologia-autistic-like-a-copiilor-proveniti-din-orfelinatele-romanesti-posibile-consideratii-cu-privire-la-etiotopogenia-autismului> (site accesat la 25.01.2018).

lumina. Doi psihologi au încercat să-l învețe să vorbească, dar timp de 14 ani nu au reușit să-l facă să scoată nici un sunet verbal.

Se înțelege de la sine, că omul are nevoie de semeni pentru ca, prin imitație, să-și însușească achizițiile limbajului (pe lângă numeroase alte funcții psihice), să se dezvolte din punct de vedere psihic, pentru că psihicul este instrumentul acestor formări.

### **3.7.3. Studiu de caz - Povestea lui Genie**

Pe data de 4 noiembrie 1970, un buletin de știri anunța că polițiștii din suburbia Arcadia a Los Angelesului au luat în custodie o fetiță de 13 ani care a fost ținută într-o asemenea izolare de către părinții ei încât nici măcar nu a învățat să vorbească. Fata încă purta pampers, și scotea doar sunete de copil mic atunci când un asistent social a descoperit-o. Printre primii care au văzut-o pe fată s-a numărat și sergentul Frank Linley: „Știam deja că are 13 ani. M-am uitat o dată la ea, nu era mai mare decât fiica mea care tocmai împlinise 7 ani.” Totul se petrecuse în casa familiei. Tatăl, Clark, se izolase de lume după ce mama lui fusese lovită și ucisă de către un șofer care a fugit de la locul faptei. După ce i s-a întâmplat asta, lucrurile în casa lui nu au mai fost niciodată la fel. Sergentul Linley continuă: „În casă era complet beznă, toate draperiile și jaluzelele erau trase, nu exista nicio jucărie, nu erau haine, nimic care să indice că acolo locuia un copil. Camera copilului era în spatele casei, fereastra fusese acoperită. Mobila camerei era o cușcă cu un capac ca pentru pui, înăuntru era o oliță și un fel de dispozitiv făcut acasă, care semăna cu o cămașă de forță, acesta fusese folosit pentru legarea fetei”. Timp de 13 ani Genie, care a fost numită astfel în presă – acesta fiind numele pe care i-l dăduseră cei care aveau grijă de ea după ce fusese salvată, dar numele adevărat nu i-a fost niciodată dezvăluit, a trăit în acest fel. Noaptea era legată de pat, ziua era legată de oliță. În acest timp, Clark, tatăl ei, i-a ordonat soției sale, Irene, să nu vorbească niciodată cu ea. Femeia era aproape oarbă din cauza cataractei și era prea speriată pentru a i se împotrivi. Când poliția i-a interogat, niciunul nu a vrut să vorbească despre familia lor și nici nu dădeau semne că ar fi înțeles întrebările. Clark s-a asigurat că tăcerea era permanentă. Înainte de proces, s-a împușcat mortal.

Între timp oamenii de știință erau uimiți de cazul fetei, la un an de la descoperirea și salvarea ei, Genie devenise curioasă, nu mai era persoana sălbatică și speriată, dar ea nu va putea învăța niciodată să vorbească fiindcă centrii nervoși din creierul ei care sunt responsabili pentru vorbire și limbaj nu au fost suficient de bine stimulați, astfel încât daunele asupra creierului ei sunt ireparabile.

Acum Genie locuiește într-un azil pentru adulți din Los Angeles. Ea urmează ceea ce a obținut mama ei în cadrul unui proces: nu are voie să fi vadă nici pe cei care au salvat-o mai demult și care au însemnat atât de mult pentru ea.

Cazul ei este unic, măcar pentru faptul că, în ciuda vieții sale tragice, Genie i-a ajutat pe oamenii de știință să afle că limbajul nu se formează de la sine, și dacă nu se formează în copilărie, această capacitate poate fi pierdută pentru totdeauna<sup>1</sup>:

### **3.8. Concluzii**

Chiar din primele luni de viață, și nu numai, copii au nevoie de o relație foarte apropiată cu părinții și cu ceilalți membri ai familiei. Au nevoie de ajutor, de îngrijire, de ghidare, de suport, de educație, nevoi care nu pot fi suplinite în nici un caz de televizor, calculator, tabletă, telefon, ci numai de o interacțiune directă a copilului cu persoanele și obiectele îndrăgite. Numai astfel se pot dezvolta normal și natural.

## **4. Cercetare longitudinală 2012-2017, privind impactul noilor tehnologii virtuale asupra copilului mic 0-3 ani**

### **4.1. Introducere**

În urmă cu mai mulți ani, câțiva psihologi din România au observat, în cazul unor pacienții nou diagnosticați cu TSA cu care au început un program de recuperare, o dinamică foarte diferită a ritmului de recuperare. Mai precis, pacienții prezentau îmbunătățiri spectaculoase, față de cazurile anterioare, pe toate ariile de dezvoltare, odată cu începerea protocolului de recuperare.

Analizând mai amănunțit istoricul anamnestic, am identificat un punct comun al acestor copii care se recuperau mult mai rapid. Este vorba despre un consum, în medie, de minim 4-5 ore/zi de mediu virtual<sup>2</sup> în perioada 0-3 ani. Un lucru interesant este faptul că o mare parte dintre acești copii, au putut fi integrați în învățământul de masă, funcțional, și fără a avea nevoie de ajutor de specialitate, prezentând, în general, doar probleme care țin de înțelegerea, exprimarea corectă și complexă a

---

<sup>1</sup><https://www.verywell.com/genie-the-story-of-the-wild-child-3795241>

<https://www.youtube.com/watch?v=VjZolHCrC8E>.

<sup>2</sup>*Mediul virtual* este reprezentat de orice aparat electronic care prezintă un ecran și care exercită atracție și interes pentru copil: telefon mobil, tabletă, televizor, computer, laptop etc.

## *Reperete teoretice și bune practici în psihologie*

---

emoțiilor și relațiilor interumane. Mai precis, înțelegerea lucrurilor abstracte, a aluziilor, a sarcasmului și în general a limbajului mimico-gestual pe care noi oamenii îl folosim mult în comunicare. Aceștia se aseamnă foarte mult, după recuperare, cu persoanele cu tulburare de tip asperger la un nivel foarte funcțional. Am definit această formă de autism: Autism virtual<sup>1</sup>.

În România consumul de mediu virtual este foarte mare, datorat în mare parte contextului politic și socio-economic. Conform unui studiu intitulat *Une année de télévision dans le monde* al institutului francez Médiamétrie publicat în anul 2013<sup>2</sup>, România se situa în anul 2012, pe primul loc între țările din Europa în privința consumului de programe de televiziune, românii uitându-se la televizor, în medie, timp de 5 ore și 30 de minute pe zi. Alte statistici au constatat că anul 2010 este anul apariției primei tablete dar și a primului telefon mobil cu android la prețuri ce oferă accesul la aceste noi tehnologii la un număr tot mai mare de oameni. Începând cu anul 2012 aceste tehnologii ajung și în România, la prețuri accesibile, acesta fiind și anul introducerii tehnologiei 4G care oferă accesibilitate nelimitată la internet pentru telefonie mobilă<sup>3</sup>. Din păcate aceste noi tehnologii, care pot fi accesate din orice loc, alături de televizor, laptop și computer, ajung treptat să preia în foarte multe familii rolul de părinte, bonă, babysitter, ocupând o mare parte din timpul copiilor, fără a conștientiza efectele acestora pe termen lung.

În ultimii ani multe studii<sup>4</sup> avertizează asupra pericolului utilizării mediului virtual în privința sănătății și dezvoltării, atât fizice cât și mentale, a copiilor cu vârste de 0-5 ani.

---

<sup>1</sup>*Autismul virtual* este un termen utilizat în lucrarea de față pentru a face referire la o tulburare a funcționalității și dezvoltării copilului datorată consumului excesiv de mediu virtual în primii trei ani de viață, care este similară cu tulburarea de spectru autist, întrunește criteriile de diagnostic descrise în manualele de specialitate DSM IV precum și ICD 10. Diferența principală dintre cele două tulburări este relația directă între diagnosticul de autism și consumul de mediu virtual, ca și factor declanșator.

<sup>2</sup>[https://www.challenges.fr/high-tech/les-pays-les-plus-frappes-par-la-crise-regardent-plus-la-television\\_11372](https://www.challenges.fr/high-tech/les-pays-les-plus-frappes-par-la-crise-regardent-plus-la-television_11372) (site accesat pe 24 ianuarie 2018).

<sup>3</sup><http://solutiipc.ro/topul-celor-mai-interesante-telefoane-4g/> (site accesat pe 24 ianuarie 2018).

<sup>4</sup> Ne referim la următoarele studii de specialitate: 1) Council On Communications and Media, Brown A., Et Al. Media Use by Children Younger than 2 Years. *Pediatrics*, 128(5) 2011, Pp. 1040-1045 Pmid: 22007002; [Http://Pediatrics.Aappublications.Org/Content/Early/2011/10/12/Peds.2011-1753](http://Pediatrics.Aappublications.Org/Content/Early/2011/10/12/Peds.2011-1753) 2); Kabali H.K., Irigoyen M.M., Nunez-Davis R., Et Al., Exposure and Use of Mobile Devices by Young Children. *Pediatrics.*, 136(6), 2015, pp. 1044–1050, Pmid:26527548; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26527548> 3); Barr R., Danziger C., Hilliard M., Et Al., Amount, Content And Context Of Infant Media Exposure: A Parental Questionnaire And Diary Analysis., 18(2), 2010, pp. 107-122, Pmid: 20890405 <http://Pediatrics.Aappublications.Org/Content/131/2/E390>; 4); Rideout V.J., Hamel E., *Media Family*:

## Repere teoretice și bune practici în psihologie

În ciuda recomandărilor recent reînnoite ale Academiei Americane de Pediatrie (AAP)<sup>1</sup>, că televiziunea și utilizarea mass-media ar trebui descurajate total înainte de vârsta de 2 ani, expunerea timpurie la televizor a crescut dramatic în ultimul deceniu. Mai mult de 90% dintre sugarii și copiii mici, din întreaga lume, sunt expuși în mod regulat la mediile electronice. Deși copiii interacționează zilnic cu aceste dispozitive

---

*Electronic Media in Child's Life, Small Children, Preschoolers and their Parents*, Menlo Park C.A., Kaiser Family Foundation, 2006; <https://Kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7500.pdf>; Mendelsohn A.L., Berkule S.B., Tomopoulos S. et al., Infant Television And Video Exposure Associated With Limited Parent-Child Verbal Interactions In Low Socioeconomic Status Households, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(5), 2008, pp. 411-417, PMID: 18458186; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18458186> 6); Zimmerman F.J., Christakis D.A., Meltzoff A.N., Television and dvd/video viewing in children younger than 2 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161(5), 2007, pp. 473 – 479, PMID: 17485624; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17485624> 7); Miller S.A., Taveras E.M., Rifas-Shiman S.L., Et Al. Association between television viewing and poor diet quality in young children, *Int J Pediatr Obes*, 3(3), 2008, pp. 168-176, PMID: 19086298; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19086298> 8); Tomopoulos S., Dreyer B.P., Berkule S. Et Al. Infant media exposure and toddler development, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 164(12), 2010, pp. 1105-1111, PMID: 2113533; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16199693> 9); Zimmerman F.J., Christakis D.A. Children's television viewing and cognitive outcomes: a longitudinal analysis of national data. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 15(7), 2005, pp. 619 – 625, PMID: 15996993; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15996993> 10); Hoyos Cillero I., Jago R., Systematic Review of Correlates of screen-viewing among young children. *Prev Med*, 51(1), 2010, pp. 3-10; PMID: 20417227, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20417227> 11); Taveras E.M., Hohman K.H., Price S. Et Al., Televisions in the bedrooms of racial/ethnic minority children: How did they get there and how. Do we get them out? *Clin Pediatr (Phila)*, 48(7), 2009, pp. 715 – 719; PMID: 19420181, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19420181> 12); Certain L.K.; Kahn R.S., Prevalence, correlates, and trajectory of television viewing among infants and toddlers, *Pediatrics*, 109(4), 2002, pp. 634-642 PMID: 11927708; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11927708> 13); Conners N.A.; Tripathi S.P., Clubb R. et al., Maternal characteristics associated with television viewing habits of low-income preschool children. *Journal of child and family studies*, 16(3), 2007, pp. 415-425; <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-006-9095-0> 14); Vandewater E.A., Rideout V.J., Wartella E.A. et al., Digital childhood: electronic media and technology use among infants, toddlers, and preschoolers. *Pediatrics*, 119(5), 2007, pp. E1006 - E1015, PMID: 17473074; <http://pediatrics.aappublications.org/content/119/5/e1006?download=true> 15); Elizabeth M., Cespedes Matthew W., Gillman et al., Television viewing, bedroom television, and sleep duration from infancy to mid-childhood. *Pediatrics*, Mai 2014, Volum 133/Issue 5; <http://pediatrics.aappublications.org/content/133/5/E1163> 16); Saelens B.E., Sallis J.F., Nader P.R. et al., Home environmental influences on children's television watching from early to middle childhood, *J Dev Behav Pediatr*, 23(3), 2002, pp. 127-132, PMID: 12055494, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12055494> 17); Thompson D.A., Christakis D.A., The association between television viewing and irregular sleep schedules among children less than 3 years of age. *Pediatrics*, 116(4), 2005, pp. 851 – 856, PMID: 16199693, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16199693>.

<sup>1</sup> American Academy of Pediatrics, Council on Communications and Media, Media and Young Minds, Pediatrics, October 2016 <http://pediatrics.aappublications.org/content/Early/2016/10/19/Peds.2016-2591.info>.

virtuale, au dificultăți în a depăși sursa simbolică și de a transfera învățarea în situațiile din lumea reală<sup>1</sup>.

#### **4.2. Obiectivele cercetării**

- Identificarea procentului de copii nou diagnosticați cu TSA, care prezintă în istoricul anamnetic un consum excesiv<sup>2</sup> de mediu virtual în primii trei ani de viață, înregistrați în cadrul celor două instituții<sup>3</sup> în perioada 2012-2017;
- Identificarea procentuală a resurselor utilizate, de timp, de ore de terapie, precum și a rezultatelor terapeutice între prima și a doua evaluare psihologică complexă, comparativ pe cele două loturi de copii cu TSA, care au prezentat sau nu consum excesiv de mediu virtual în primii trei ani de viață;
- Identificarea procentuală a resurselor, timp și ore de terapie și a rezultatelor terapeutice comparativ între două loturi de copii, cu TSA ce au prezentat sau nu consum excesiv de mediu virtual în primii trei ani de viață, pe subiecți ce sunt integrați în învățământul de masă, fără ajutor de specialitate, la un nivel independent, adaptativ și funcțional, chiar dacă, în paralel, mai necesită și alte intervenții specializate.

#### **4.3. Ipotezele cercetării**

- Există o legătură între creșterea incidenței copiilor cu TSA, cu istoric anamnetic de consum excesiv de mediu virtual și creșterea incidenței TSA în general?
- Consumul excesiv de mediu virtual în perioada 0-3 ani poate să provoace o întârziere în dezvoltarea psihomotrică a copiilor și un tablou clinic asemănător tulburării de spectru autist?

---

<sup>1</sup>Barr R., Memory Constraints on Infant Learning from Picture Books, Television, and Touchscreens, 7(4), 2013, pp. 205–210; <http://Onlinelibrary.Wiley.Com/Doi/10.1111/Cdep.12041/Abstract>; Barr R., Transfer of Learning between 2d and 3d Sources During Infancy: Informing Theory and Practice, Dev Rev, 30(2), 2010 jun 1, pp. 128–154, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2885850/>.

<sup>2</sup> În lucrarea de față *consumul excesiv*, în cazul copiilor, reprezintă orice vizionare a mediului virtual în medie de minim 4-5 ore/zi în perioada 0-3 ani.

<sup>3</sup> Asociația pentru sănătate mintală a copilului (asmc) și fundația copii în dificultate – românia (cid-românia).

#### **4.4. Participanți**

Datele înregistrate au rezultat în urma analizei copiilor diagnosticați cu TSA, evaluați și urmăriți longitudinal în perioada 2007-2017, în cadrul centrelor de recuperare pentru copii cu autism ale *Asociației pentru Sănătate Mintală a Copilului (ASMC)* și *Fundatiei Copii în Dificultate – România (CID- România)*. Menționăm faptul că ambele organizații oferă servicii atât în centrele respective cât și la domiciliul beneficiarilor. Lotul total pe care s-a făcut analiza, a fost compus din 110 copii care provin din mediu rural (23.21%) și din mediul urban (76.97%). Incidența pe sexe este de: 1) 76.36% - băieți; 2) 23.64% - fete. Vârsta minimă a lotului total de subiecți, la evaluările inițiale, a fost cuprinsă între 12 luni și 122 luni, cu o vârstă medie de 39 luni.

#### **4.5. Design și implementare**

Deoarece în România serviciile de recuperare pentru copiii cu autism nu sunt decontate de Guvern, părinții suportă aproape integral aceste costuri. De aceea, după evaluarea inițială, doar 54.55% dintre reprezentanții beneficiarilor au solicitat și intrarea în serviciile de terapie specializată. Din numărul total al beneficiarilor, 84.26% dintre aceștia au avut parte de servicii la domiciliu, pe când 15.38% în cadrul centrelor menționate anterior.

Serviciile oferite la domiciliu au constat în: 1) evaluare psihologică complexă inițială și periodică; 2) întocmirea planului personalizat de intervenție atât inițial cât și periodic; 3) formarea, pregătirea și coordonarea echipei care aplică protocolul terapeutic; 4) monitorizare periodică.

Serviciile oferite în centrele specializate au cuprins evaluări psihologice inițiale și/sau periodice și terapii specializate de recuperare pentru copii cu autism.

Analizele s-au realizat între coeficienții de dezvoltare (QD) înregistrați la prima evaluare psihologică complexă, comparativ cu a doua evaluare psihologică. S-au luat în calcul atât coeficienții generali cât și pe cele trei arii afectate cel mai grav în cazul copiilor diagnosticați cu TSA. Este vorba de aria socializare, aria limbaj și aria cogniție. Distanța calendaristică dintre cele două evaluări a variat între 2 și 10 luni, fiind stabilită de managerul de caz, în funcție de răspunsul copilului la protocolul terapeutic aplicat.

Pentru atingerea obiectivelor subiecții au fost împărțiți astfel:

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

- Un lot, denumit „Lot control”, compus din subiecți diagnosticați cu TSA care nu au prezentat în istoricul anamnestic consum de mediu virtual, sau consumul a reprezentat o medie mai mică de 2 ore/zi;
- Un lot, denumit „Lot ecrane”, compus din subiecți diagnosticați cu TSA, care au prezentat în istoricul anamnestic consum excesiv de mediu virtual în perioada 0-3 ani.

Pe aceste două loturi au fost analizate datele generale, dar și cele referitoare la diferențele dintre resurse și rezultate, între prima și a doua evaluare psihologică complexă.

Un lot denumit „Lot copii integrați” a cuprins subiecți atâta din *Lotul control* cât și din *Lotul ecrane*.

Acesta a fost compus din copii diagnosticați cu TSA care au prezentat îmbunătățiri semnificative până la nivelul de integrare în învățământul de masă fără ajutor de specialitate, fiind independenți și funcționali, chiar dacă în paralel unii dintre ei mai continuă intervenția terapeutică specializată pentru îmbunătățirea anumitor arii și/sau comportamente deficitare. Pentru a fi incluși în acest lot, subiecții trebuie să fi înregistrat un QD/IQ mai mare de 90 la evaluarea cu WISC IV<sup>1</sup> sau Scala Portage și un Scor T < 59 la evaluarea cu ASRS<sup>2</sup>.

După aplicarea criteriilor de selectare în studiu, cele două loturi au avut următoarea componență: 1) *Lotul control* - 29 de subiecți; 2) *Lotul ecrane* - 33 de subiecți.

Începând cu anul 2012, până în 2017, am analizat datele legate de incidența consumului excesiv de mediu virtual în primii trei ani de viață, pe lotul alcătuit din toți copiii nou diagnosticați cu TSA, din cele două instituții, în număr total de 110 subiecți.

Una dintre variabilele pe care nu am putut să o menținem constantă pentru loturile totale a fost vârsta medie la care s-a efectuat prima evaluare. Acest lucru s-a întâmplat din cauza mediatizării tot mai mari a fenomenului autism dar și a existenței informațiilor multiple aflate pe internet. Astfel părinții au observat comportamentele copiilor, de la vârste tot mai mici, și au semnalizat acest lucru medicilor specialiști. Acest lucru a făcut ca în ultimii cinci ani (2012-2017), vârsta la care s-a pus diagnosticul, să scadă foarte mult. Dacă în urma cu zece ani, în România, se puneau

---

<sup>1</sup>Wechsler Intelligence Scale for Children - fourth edition.

<sup>2</sup> Autism Spectrum Rating Scale.



diagnosticul, în general, după vârsta de 36 luni, în prezent se poate pune diagnosticul și la vârsta de 12 luni, media fiind în jurul vârstei de 22-24 luni.

Vârsta medie a *Lotului control* a fost de 42 luni, mai mare cu 9 luni față de *Lotul ecrane*, care a fost de 33 luni. Pentru a verifica dacă această variabilă poate influența datele finale am selectat din cele două loturi câte cinci subiecți ce prezentau aceeași vârstă la momentul primei evaluări, și am comparat diferențele dintre cele două loturi în raport cu prima și a doua evaluare.

Durata minimă de terapie aplicată subiecților între cele două evaluări psihologice complexe a fost de 36 ore/lună, iar durata maximă 88 ore/lună, cu o medie de 40.39 ore/lună.

#### **4.6. Criteriile de selectare în datele statistice finale**

Pentru calcularea incidenței numărului de copii cu diagnostic de TSA, care prezintă în istoricul anamnestic un consum excesiv de mediu virtual în primii trei ani de viață, am folosit lotul total compus din 110 copii nou diagnosticați cu TSA, evaluați în programele oferite de cele două centre specializate, în perioada 2012-2017.

Pentru celelalte obiective criteriile folosite au fost:

- subiecți diagnosticați cu TSA cu vârsta între 12-68 luni la evaluarea inițială;
- părinții au fost înștiințați ce cuprinde și și-au dat acordul să aplice protocolul terapeutic de recuperare specific, oferit prin serviciile noastre;
- protocolul terapeutic de recuperare a avut continuitate și a cuprins minim 2 evaluări psihologice complexe;
- în cazul copiilor ce prezentau în istoricul anamnestic consum de mediu virtual, părinții au fost de acord să elimine aceasta variabilă, pentru eficientizarea rezultatelor protocolului terapeutic.

#### **4.7. Protocolul terapeutic de recuperare aplicat**

Acesta a fost conceput în cadrul *Asociației pentru Sănătate Mintală a Copilului (ASMC)*, ca un protocol specializat bazat pe combinarea mai multor terapii specifice copiilor cu TSA, adaptat nevoilor psiho-motric-senzoriale ale fiecărui subiect în parte, și s-a desfășurat în sistem de lucru 1/1, exceptând etapele de generalizare și

socializare. Acest protocol se numește Metoda TECE (Terapia de Eliminare a Efectelor Consumului de Ecrane).

El cuprinde elemente specifice din următoarele terapii: terapie de integrare senzorială, terapie prin joc, terapie ocupațională, terapie de stimulare a limbajului și logopedie, terapie de stimulare psihomotorie, terapii cognitiv comportamentale, analiza comportamentului, tehnici și metode din orientarea experiențială. În procesul terapeutic, pentru creșterea eficienței se aplică o abordare sistemică, prin implicarea părinților, familiei extinse și altor persoane relevante care se ocupă de creșterea și îngrijirea copilului. Protocolul terapeutic urmărește totodată și creșterea nivelului de funcționalitate al pacientului și abordează multidiscplinar dezvoltarea atenției concentrate și distributive, memoriei, nivelului de gândire, a vitezei de procesare, a procesării vizospațiale și vizomotorie precum și creșterea independenței și a stimei de sine.

Acesta a fost aplicat tuturor subiecțiilor beneficiari, fiind adaptat fiecărui pacient în parte, în funcție de particularitățile specifice relevate de evaluările psihologice complexe, atât inițiale cât și periodice.

#### **4.8. Metodologia de calcul a diferențelor între resurse și rezultate pe cele 2 loturi**

Deoarece programul de aplicare a protocolului terapeutic nu a putut fi implementat în mod standard tuturor subiecților, întrucât au existat variabile diferite<sup>1</sup> între cele două loturi, am creat pentru a putea face analize comparative cât mai obiective, următoarea metodologie de calcul și următorii indici:

- Variabila „*resurse*” este compusă din numărul de ore de terapie alocat/lunar și timpul alocat terapiei exprimat în luni. Pe cele 2 loturi s-a realizat o medie a duratei terapiei și a numărului de ore între două momente ale evaluării (prima și a doua, prima și cea finală, etc);
- Variabila „*rezultate*” este compusă din diferența procentuală dintre două momente ale evaluării, și include QD/IQ general, dar și pe cele trei arii de dezvoltare principale care sunt afectate în TSA: socializare, limbaj, cogniție.

Am stabilit următoarele codificări și formule de calcul:

- EV1 - evaluare inițială; EV2 – a doua evaluare;

---

<sup>1</sup> Este vorba de respectarea unui număr de ore de terapie/zi, zile/săptămână, vacanțe, durata terapiei etc.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

- QD – coeficient de dezvoltare;
- LC – Lot control; LE – Lot ecrane;
- IRT – indice resurse terapeutice = medie ore terapie pe lună\* media nr. luni/100;
- IET – indice de eficiență terapeutică = IRT LC/IRT LE;
- ERT – eficiența reală terapeutică =  $QD_{EV2} LE / QD_{EV2} LC * 100 - 100$ ;
- IGE – indice global de eficiență =  $IET * (ERT QD + 100) / 100$ .

### **4.8.1. Explicații**

- Indicele de resurse terapeutice (IRT) reprezintă costul terapeutic între două momente;
- Indicele de eficiență terapeutică (IET) reprezintă diferența dintre indicele de resurse terapeutice ale unor loturi sau subiecți diferiți (cu cât s-au consumat mai puține resurse la un lot față de celălalt);
- Eficiența reală terapeutică (ERT) este diferența procentuală dintre doi coeficienți de dezvoltare sau număr copii integrați ale unor loturi sau subiecți diferiți (cu cât au fost mai eficiente rezultatele la un lot față de celălalt);
- Indicele global de eficiență (IGE) reprezintă o medie a indicelui de eficiență (IET) și eficiență reală terapeutică (IRT) ale unor loturi sau subiecți diferiți (cu cât a fost mai eficient, în tot ansamblul său, protocolul terapeutic aplicat la un lot față de celălalt).

### **4.9. Instrumente**

Interviul anamnestic și chestionare aplicate părinților, atât inițial cât și periodic. Reprezintă cea mai importantă metodă de culegere a informațiilor, deoarece aflăm tot istoricul pre și post natal al copilului, al mamei și al tuturor persoanelor care au contribuit la creșterea, îngrijirea și educarea copilului, la tipul de stil parental aplicat cât și la resursele existente ce pot contribui la o dezvoltare armonioasă. În proporție de 60,86% evaluările inițiale și periodice s-au realizat chiar la domiciliul beneficiarilor;

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Instrumente de diagnosticare a autismului. 83,88% din copii prezentau, la intrarea în serviciile noastre, diagnosticul de TSA de la medicul neuropsihiatru. Cu toate acestea diagnosticele au fost confirmate cu următoarele instrumente: pentru 90% a fost aplicat ASRS, care este un test standardizat și pe populația României pentru persoanele cu TSA cu vârste cuprinse între 2 și 18 ani. Pentru restul de 10% s-a aplicat M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers ) și CARS (The Childhood Autism Rating Scale). Toate rezultatele au fost comparate și confirmate cu criteriile de diagnostic descrise în manualul de specialitate DSM IV. La 93.64% s-a confirmat diagnosticul, restul de 6.36% prezentau elemente din spectrul autist, dar nu îndeplineau toate condițiile de diagnostic, fiind astfel încadrați cu autism atipic.

Instrumente de testare a QD sau IQ: WISC IV - Scala de Inteligență Wechsler pentru Copii – ediția a patra. Este un instrument clinic, administrat individual, care evaluează abilitatea cognitivă a copiilor cu vârste cuprinse între 6 ani și 0 luni și 16 ani și 11 luni. Scala WISC-IV oferă scoruri compozite care reprezintă funcționarea intelectuală în domenii cognitive specifice (ex. Indicele de Înțelegere verbală, Indicele Raționamentului perceptiv, Indicele Memoriei de lucru și Indicele Vitezei de procesare), dar oferă și un scor compozit care reprezintă abilitatea intelectuală generală a copilului (ex. Coeficientul de inteligență total). S-a folosit intervalul de încredere 90%; Scala Portage - scală de evaluare a nivelului de dezvoltare psihomotrică a copiilor cu vârste cuprinse între 0 – 6 ani. Acest instrument ne-a ajutat la întocmirea planului personalizat de intervenție dar și la urmărirea cantitativă a progresului terapeutic obținut.

### **5. Datele, rezultatele și interpretarea cercetării**

În prima etapă am sintetizat datele cu privire la incidența consumului de mediu virtual în perioada 2012-2017 pe lotul total de 110 subiecți urmăriți în această perioadă, de când am început să avem date standardizate în acest sens.

Incidența consumului excesiv de mediu virtual în rândul copiilor diagnosticați cu TSA pentru întreaga perioadă 2012-2017 a fost de 75,45%, respectiv 83 subiecți. Pe fiecare an în parte s-au obținut date procentuale prezente în anexa 1:

Creșterea semnificativă a incidenței consumului excesiv de mediu virtual de la 37,5% în 2012 la 97,06% în 2017 pare să aibă legătură directă cu apariția tabletelor și telefoanelor cu android la prețuri accesibile în România, 2012 fiind și anul

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

introducerii tehnologiei 4G care oferă accesibilitate nelimitată la internet și care completează consumul de calculator, laptop și televizor printr-un acces suplimentar și mult mai facil în absolut orice locație (mașină, restaurant, parc etc).

#### **Date statistice comparative între prima și a doua evaluare psihologică**

	Lot control	Lot ecrane		
Număr copii	29	33		
Varstă medie	42 luni	33 luni		
Medie luni de terapie	4.6	3.2		
Medie ore/lună	88.76	40.39		
Indice resurse terapeutice (IRT)	4.08	1.29		
Indice eficiență terapeutică (IET)	3.16		ERT QD	IGE
QD General	Ev 1	58.63	37.33%	4.34
	Ev 2	65.31		
QD Socializare	Ev 1	51.81	43.23%	4.53
	Ev 2	59.56		
QD Limbaj	Ev 1	28.25	59.73%	5.05
	Ev 2	39.56		
QD Cognitiv	Ev 1	53.00	50.48%	4.76
	Ev 2	64.88		

Datele obținute ne relevă o eficiență terapeutică de 3.16 ori mai mare la *Lotul ecrane* față de *Lotul control*. Acest lucru înseamnă că resursele utilizate (timp/ore terapie) între cele 2 evaluări au fost de 3.16 ori mai mici la *Lotul ecrane*. Cu toate acestea, progresele terapeutice obținute sunt mai mari cu procente între 37.33% pe QD general și 59.73% pe QD al limbajului la *Lotul ecrane*, ceea ce face ca indicele general de eficiență (IGE) să ne releve că protocolul terapeutic aplicat subiecților a avut o eficiență totală pe QD general mai mare de peste 4 ori la *Lotul ecrane* față de *Lotul de control* și chiar de peste 5 ori pe aria limbaj, între cele 2 evaluări.

*Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

**Date statistice comparative generale si pe Lot copii integrați**

	Lot control		Lot ecrane		IET	ERT
	Nr	%	Nr	%		
<b>Total</b>	<b>29</b>	-	<b>33</b>	-		
Băieți	22	75.86	29	87.88		
Vârsta minimă în luni	28		12			
Vârsta medie în luni	42		33			
Vârsta maximă în luni	68		58			
În proces de terapie	22	75.86	14	42.42		
<b>Lot copii integrați</b>	<b>7</b>	<b>24.14</b>	<b>19</b>	<b>57.58</b>		
IRT minim	10.56		0.88		12.00	
IRT mediu	<b>14.40</b>		<b>4.84</b>		<b>2.98</b>	<b>138.53%</b>
IRT maxim	78.00		11.44		7.39	

Pentru *Lotul copii integrați*, în calculul indicelui de resurse terapeutice mediu (IRT mediu) valorile medii obținute de la toți copiii incluși au fost următoarele: media pentru *Lotul control* 58.15 ore/lună, durata 24.76 luni, iar media la *Lotul ecrane* 44.45 ore/lună, durata 11.14 luni.

Datele obținute ne relevă o eficiență reală terapeutică (ERT) pentru *Lotul copii integrați*, cu 138.53% mai mare la *Lotul Ecrane* față de *Lotul Control*. Acest fapt înseamnă că *Lotul ecrane* a consumat resurse de 2.98 ori mai puțin, dar a înregistrat un număr de 2.39 ori mai mare de copii integrați decât *Lotul control*, rezultând un indice global de eficiență (IGE) de 7.12 ori mai mare.

Așa cum spuneam mai înainte, una din variabilele pe care nu am putut să o menținem constantă pentru loturile totale a fost vârsta medie la care s-a efectuat prima evaluarea. Pentru a verifica dacă acest aspect poate influența datele finale am realizat următoarea comparație:

## Repere teoretice și bune practici în psihologie

### Date statistice între prima și a doua evaluare - lot 10 subiecți cu vârsta medie identică la prima evaluare

		Lot control	Lot ecrane		
Varsta medie		34.20 luni	34.00 luni		
Medie luni de terapie		6.2	3.2		
Medie ore/lună		88.10	63.84		
Indice resurse terapeutice (IRT)		5.46	2.04		
Indice eficiență terapeutică (IET)		<b>2.67</b>		ERT QD D	IGE
QD General	Ev 1	40.60	47.40	65.88	4.44
	Ev 2	51.00	84.60		
QD Socializare	Ev 1	42.20	41.40	60.25	4.28
	Ev 2	48.80	78.20		
QD Limbaj	Ev 1	32.40	29.00	84.08	4.92
	Ev 2	40.20	74.00		
QD Cognitiv	Ev 1	40.80	48.80	86.53	4.99
	Ev 2	49.00	91.40		

Datele statistice rezultate ne indică faptul că diferența de vârstă de 9 luni între *Lotul control* total și *Lotul ecrane* total nu poate influența datele finale, cel puțin până la o vârstă medie de 34 de luni, deoarece diferențele înregistrate la indicele general de eficiență (IGE) între lotul total și lotul cu vârste identice înregistrează valori sub 10%, între 2.12% și maxim 5.72%.

## 6. Discuții

Copilul în fața mediului virtual nu are parte de experiența obișnuită a limbajului, de stimularea dialogică a gândirii și reflecției pe care părinții, bunicii sau mediul uman, în genere, le oferă. Stimulii vizuali și auditivi percepuți în fața ecranelor sunt atât de agresivi pentru un creier aflat în dezvoltare, se succed cu o asemenea rapiditate, încât depășesc capacitatea acestuia de a-i controla. Efectul invariabil va fi inhibarea unor importante procese mentale, dar și o nedezvoltare a anumitor arii neuronale. Copiii se obișnuiesc de la mediul virtual să nu mai dorească să înțeleagă ce se întâmplă în lumea care îi înconjoară, se mulțumesc doar cu senzațiile.

Experiența vizionării mediului virtual nu este una a spațiului și a timpului real, a distanțelor și a duratelor reale, ci a unora virtuale, sugerate sau doar stimulate în interiorul lumii virtuale. Copilului îi lipsește posibilitatea cunoașterii prin atingerea și manipularea fizică a materialelor, una din condițiile desfășurării procesului de

cunoaștere și prin urmare, de structurare a traseelor neuronale. Prin mediul virtual, cei mici sunt lipsiți de liniștea și răgazul necesare dezvoltării mecanismelor limbajului intern și ale gândirii reflexive. Acesta nu numai că nu favorizează o participare interactivă la procesul de cunoaștere, ci, dimpotrivă, presupune o experiență pasivă și pasivizată pentru mintea umană. Prin consumul excesiv de mediu virtual copiii li se sărăcește capacitatea de a dezvolta și imagina jocuri, le slăbește dinamismul mental. După o viziune prelungită, copiii vor avea tendința de a rămâne în aceeași stare de pasivitate sau de neimplicare în cunoașterea lumii reale. Experimentele efectuate pe șoareci, supuși mediilor virtuale, au concluzionat că cei care fuseseră expuși, erau mai hiperactivi, nu mai conștientizau pericolul și au manifestat mai multă pasivitate față de orice provocare nouă<sup>1</sup>.

În urma observațiilor surprinse în prezentul studiu, modul de îmbunătățire a elementelor dezadaptative ale copiilor care au stat excesiv în fața mediului virtual, în perioada 0-3 ani, se aseamănă foarte mult cu modul de îmbunătățire întâlnit în cazul copiilor români cu *sindromul autist post-instituțional* care au fost adoptați<sup>2</sup>. Simptomatologia autistic-like sau semiautistică a orfanilor români, este semnalată pentru prima oară de Rutter și colaboratorii în două studii succesive, publicate în 1999, respectiv 2001. Aceștia identifică la copiii adoptați din orfelinatele românești - cu o frecvență mult prea mare pentru a putea fi considerată simplă coincidență - un grup de simptome ce se suprapun în mare parte peste cele cuprinse în criteriile diagnostice ale patologiei autiste, indicate de DSM-IV. Sunt amintite deficiențe ale abilităților socio-comunicative care determină la rândul lor probleme de integrare socială, probleme de limbaj și vorbire, comportament auto-agresiv și agresiv, rigiditate comportamentală, interese obsesive (Rutter et al., 1999; Rutter et al., 2001). Este important să menționăm faptul că acest sindrom comportamental a fost descris în literatura de specialitate nu doar la copiii care au crescut într-un mediu instituțional ci și la cei care au crescut într-un mediu familial carentat, caracterizat de lipsa stimulilor socioafectivi (Shin, 1999). Existența unor diferențe între tabloul simptomatologic al autismului clasic și cel caracteristic copiilor mai sus amintiți i-a făcut însă pe cercetători să fie reticenți în a identifica total acest sindrom comportamental cu TSA. Spre deosebire de autismul clasic, pentru sindromul

---

<sup>1</sup> Dimitri Christakis, *Understanding Media's Impact on Infants and Toddlers – a Pediatrician's Perspective*, min. 21:22 - 23:56 <https://www.youtube.com/watch?v=HbUtvPfXt24> (site accesat pe 26.01.2018).

<sup>2</sup>Hoksbergen R., ter Laak J., Rijk K. Et al., *Post-Institutional Autistic Syndrome in Romanian adoptees*. *J Autism Dev Disord.*; 35(5), 2005 Oct, pp. 615-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16167089>.



autistic-like caracteristica nu este izolarea socială autoimpusă (deși există importante probleme de integrare socială și de comunicare) ci existența stereotipiilor comportamentale. Interesele neobișnuit de intense pentru un anumit tip de senzație, manierismele motorii, preocupările straniei și obsesive sunt cele care predomină în tabloul simptomatologic al sindromului comportamental mai sus amintit. Mai mult, se pare că această simptomatologie semi autistă tinde să se amelioreze în perioada post-adoapție, vârsta de 4-6 ani fiind în mod particular hotărătoare pentru angajarea pe un parcurs favorabil (Rutter et al., 1999; Zeanah et al., 2003). În pofida diferențelor mai sus menționate, existența acestui sindrom autistic-like la copiii care au crescut într-un mediu deviant și traumatizant ridică o serie de probleme de natură teoretică, în măsură să nuanțeze discuția cu privire la rolul factorilor epigenetici în etiopatogenia autismului<sup>1</sup>.

Toate aceste aspecte au fost confirmate și de specialiștii din centrele noastre care au interacționat și cu astfel de copii. Acest fapt ne face să concluzionăm că unul din factorii care au influențat foarte mult apariția elementelor specifice TSA descrise de DSM IV, a reprezentat-o consumul excesiv de mediu virtual în perioada 0-3 ani, prin privarea senzoriomotorie și socioafectivă. Primi trei ani reprezentând o perioadă esențială în dezvoltarea creierului și a rețelelor neuronale. Între 0-2 ani creierul își triplează dimensiunea și depinde foarte mult de stimularea externă<sup>2</sup>. Densitatea maximă a sinapselor se atinge sub un an după naștere în zonele senzoriale ale creierului și la 3,5 ani în girusul frontal mijlociu (Blakemore, 2008). Această fază este dominată inițial de mecanisme „expectante ale experiențelor”, iar ulterior de mecanisme „dependente de experiențe”. Asta înseamnă că procesul de creare a sinapselor este modulată de experiențele externe, din mediu, mai precis de factorii epigenetici<sup>3</sup>.

Etapă de dezvoltare a copilului 0-3 ani poartă denumirea de etapă de dezvoltare senzorio-motorie. În această etapă copilul reacționează reflex, în activități precum suptul, lovitul, apucatul. Începe să coordoneze informația vizuală, auditivă și tactilă

---

<sup>1</sup> Muraru O., Zhang S.H., Bocian M., Simptomatologia „autistic-like” a copiilor proveniți din orfelinatele Românești – posibile considerații cu privire la etiopatologia autismului. *Revista Romana de Psihiatrie- Asociația Romana de Psihiatrie și Psihoterapie*. <http://www.romjpsychiat.ro/article/simptomatologia-autistic-like-a-copiilor-proveniți-din-orfelinatele-romanesti-posibile-consideratii-cu-privire-la-etipatogenia-autismului> (site accesat pe 25.01.2018).

<sup>2</sup> Dimitri Christakis, Media and children, conferința tedxrainier, min. 1:22 și 3:53-4:42, [https://www.youtube.com/watch?v=bot7qh\\_uvno](https://www.youtube.com/watch?v=bot7qh_uvno) (site accesat pe 25.01.2018).

<sup>3</sup> Cîrmezi Dragoș, *Testarea psihologică II - Psihodiagnoza personalității*, Editura Fundației României de Măine, 2015, p. 51.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

pe care o primește din mediu (prin intermediul senzațiilor) cu deprinderile motorii pe care tocmai le dezvoltă. În această etapă constată că dacă își mișcă ochii, are acces la mai multe imagini și poate chiar să observe cum propriile mânuțe și piciorușe interacționează cu diverse obiecte. În acest mod, devine tot mai conștient de existența unui mediu exterior, înconjurător și de capacitatea lui de a acționa asupra acestui mediu.

Primul contact al copilului cu mediul extern se realizează prin senzații, ce sunt receptate prin organele de simț, care la naștere chiar dacă sunt dezvoltate, se deosebesc foarte mult de cele ale adultului. În contact cu mediul înconjurător, odată cu trecerea timpului și cu experimentarea de noi situații, aceste senzații se transformă în percepții.

Pentru a înțelege diferența dintre senzații și percepții folosim un experiment simplu. Strigăm copilul pe nume, sau producem un zgomot puternic. Dacă senzația auditivă este integrată corespunzător în percepție, reacția normală a copilului este să se întoarcă către sursa de zgomot, și chiar să identifice, fără să vadă, obiectul sau persoana care produc zgomotul. În cazul copiilor care nu au fost stimulați corespunzător sau care au anumite probleme neurologice, există o mare probabilitate să nu reacționeze în nici un fel sau să reacționeze necorespunzător la aceste senzații auditive. În marea majoritate a cazurilor dau impresia că nu aud, cu toate că în alte cazuri sunt foarte receptivi la anumite zgomote (în special reclame TV, anumite melodii sau sunete preferate). În lumea reală ne confruntăm cu o mare varietate de zgomote. Creierul adultului integrează toate aceste sunete percepute și le separă, localizând sursa dinspre care vin, creierul putând să se concentreze doar asupra sunetului pe care individual vrea să-l audă. În cazul bebelușilor, discriminarea sunetelor, precum și capacitatea de a repera selectiv o voce interesantă sau un zgomot interesant printre alte voci sau zgomote, sunt aptitudini care se dezvoltă progresiv și numai în legătură directă cu persoanele sau obiectele care produc sunetele respective și nu cu persoane sau obiecte virtuale, de la mediul virtual<sup>1</sup>. La acești copii se ajunge astfel ca vocea mamei sau orice voce umană, să nu mai prezinte interes și să nu o

---

<sup>1</sup> Christtakis D.A., Zimmerman F.J., Di Giuseppe D.L. et al., Early Television Exposure and Subsequent Attentional Problems în Children, *Pediatrics*, 113, 2004, pp. 708-713, <http://pediatrics.aappublications.org/content/113/4/708>; Newman R.S., The Cocktail Party Effect în Infants Revisited: Listening to One's Name in Noise, *Developmental Psychology*, 41, 2005, pp. 352-362, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15769191>; Werner L.A., Boike K., Infants' Sensitivity to Broadband Noise, *Journal of Acoustical*, 2001, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11386562>; Taylor Jill Bolte, *Revelatii despre creier*, Ed. Curtea Veche, 2011, pp. 86 și 125.

mai perceapă. În aceste cazuri copilul nu are probleme în preluarea informației senzoriale, ci doar în prelucrarea (transformarea și integrarea) acesteia în percepție. De aceea în cazul copiilor care sunt lăsați foarte mult în fața mediilor virtuale, mai ales în perioada de dezvoltare senzorio-motorie (0-3 ani), în majoritate cazurilor se produc rupturi sau scurtcircuitări între senzații și percepții la nivelul majorității organelor de simț. Copilul ajunge astfel să nu mai poată integra, sau să integreze diferențiat informațiile primite din mediu. Apar astfel o multitudine de comportamente problemă: lipsa limbajului expresiv (vorbirea) sau chiar lipsa limbajului receptiv (înțelegerea); dau impresia că nu aud sau sunt deranjați excesiv de anumite zgomote; mănâncă o gamă foarte restrânsă de alimente sau doar anumite texturi de alimente (în special pasat); miros excesiv anumite alimente; se uită la obiecte cu ochii într-o parte; sunt foarte atrași în comportamente stereotipe sau repetitive; pipăie într-un mod foarte diferit anumite obiecte etc.

În timpul vizionării unui ecran copilul nu primește decât informații vizuale și auditive, pe care încă nu le poate procesa datorită vârstei mici, și care nu sunt integrate cu celelalte senzații și percepții: atingere, miros, gust, simțul vestibular. Deasemenea stimularea motrică nu există.

Mediile virtuale sunt medii care solicită, la nivelul procesării vizuale, existența reprezentării (copilul înțelege că obiectul există chiar dacă el nu îl mai vede). Activitatea umană nu s-ar putea desfășura dacă n-ar exista posibilitatea desprinderii de concret, de prezent, de aici și acum, dacă omul n-ar dispune și de capacitatea de a opera mintal cu obiectul în absența lui. Reprezentarea se formează doar prin interacțiunea directă cu obiectele și nu cu obiecte virtuale. Astfel, dacă reprezentarea nu există, copilul nu poate trece la următoarele etape: identificare (recunoașterea obiectelor), clasificare (asocierea cu alte obiecte asemănătoare), gândire, imaginație, abstractizare etc.

Un alt factor prin care vizionarea ecranelor acționează asupra dezvoltării copilului mic este reprezentat de inducerea creierului într-o stare de unde cerebrale alfa. Aceste unde cerebrale produc următorul fenomen, în momentul vizionării unui ecran: emisfera cerebral dreaptă este stimulată maldiv, limitându-și activitatea la o receptare intensă, dar pasivă a imaginilor (Buzzell, 1998), activitatea emisferei cerebrale stângi se diminuează foarte mult (Healy, Jane M, 1990), comunicarea interemisferică, prin corpul calos, slăbește semnificativ (Scheidler, 1994), iar procesele mentale superioare, care se realizează în cortexul prefrontal, sunt foarte inhibitate (Buzzell, 1998). Creierul trece într-un ritm predominant de unde cerebrale alfa, activitate electrică ce indică intrarea într-o stare de semiadormire de tip hipnotic.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Pentru copilul mic 0-3 ani, viziunea îndelungată a ecranelor afectează creierul, care se află într-o etapă foarte importantă de dezvoltare și structurare, ajungându-se chiar la o anumită atrofiere corticală ce se manifestă prin dezvoltarea insuficientă a unor arii neuronale<sup>1</sup>.

Când ne uităm la ecrane, activitatea creierului se mută din emisfera stânga în cea dreaptă. De fapt, experimentele conduse de cercetătorul Herbert Krugman au arătat că în timp ce telespectatorii se uită la televizor, emisfera dreaptă este de 2 ori mai activă decât cea stângă, o anomalie neurologică. Fluxul din stânga către dreapta produce o creștere a ceea ce este drogul natural al corpului: endorfinele, care includ beta – endorfine și enkefaline. Endorfinele sunt identice din punct de vedere al structurii cu opiul și derivatele lui (morfină, codeina, heroina, etc.). Activitățile care eliberează endorfine (numite și peptide de tip opiu) sunt uzual formate de comportament (rar le numim dependență). Acestea includ trosnirea degetelor, exercițiile intense, și orgasmul. Narcoticele externe acționează asupra aceluiași receptor (receptorii opioizi) ca și endorfinele, de aceea este o diferență nesemnificativă între cele două tipuri. De fapt, exercițiile intense, care produc așa numita “runner’s high” – o eliberare de endorfine care se revarsă în organism, pot cauza o dependență ridicată, până la punctul când oprindu-se brusc din exerciții, suferă simptomele „retragere a narcoticului”, și anume migrene sau dureri de cap. Aceste migrene sunt cauzate de o disfuncție a receptorilor opioizi, care sunt obișnuiți cu aflusul constant de endorfine. Într-adevăr, până și telespectatorii ocazionali trec prin simptomele de „retragere a narcoticului” dacă nu se mai uită la ecrane pentru o perioadă prelungită de timp<sup>2</sup>.

Această privare senzoriomotorie și socioafectivă<sup>3</sup>, cauzată de consumul peste 4 ore/zi de mediu virtual pentru copiii între 0-3 ani, în anumite condiții de predisponibilitate genetică<sup>4</sup>, poate duce, prin acțiunea factorilor epigenetici, la structurarea unui sistem neurologic similar cu cel al copiilor cu TSA.

---

<sup>1</sup> Virgiliu Ghe, Criveanu N., Dragulinescu A., *Efectele micului ecran asupra minții copilului*, București, Prodromos, 2008, pp. 114-115.

<sup>2</sup> Wes Moore, Television, Opium peoples, *The Journal of Cognitive Liberties*, vol. 2, 2001, pp. 59-66.

<sup>3</sup> Peste 5 ore/zi de mediu virtual poate reprezenta cantitativ, procente între 50-70% din perioada de veghe a unui copil între 0-3 ani.

<sup>4</sup> Elise B. Robinson Et Al, Genetic Risk for Autism Spectrum Disorders and Neuropsychiatric Variation in the General Population, *Nat Genet*, Mai, 48(5), 2016, pp. 552-555. <https://www.nature.com/articles/ng.3529>.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Din rezultatele prezentei lucrări dar și din experiența personală acumulată în domeniul recuperării copiilor cu TSA, diagnosticul diferențial între această nouă formă de autism denumită *Autism Virtual* și formele „clasice” de autism se poate face numai prin aplicarea a două condiții cumulative. Este vorba de eliminarea consumului de mediu virtual și începerea unui program specializat de recuperare. În funcție de modul în care pacientul va răspunde la protocolul de recuperare, putem să îl încadrăm într-o formă sau alta. Lucrare de față ne arată că este nevoie de un indice de eficiență global (IGE) de minim patru ori mai mare față de cazurile „clasice”, pentru a putea încadra un pacient în această formă de *Autism Virtual*.

Acest studiu, chiar dacă nu este primul care aduce acest aspect în discuție<sup>1</sup>, este primul studiu clinic aplicat pe o anumită populație, fiind realizat în România. Primul studiu care aduce în discuție existența acestui fenomen este din anul 2006<sup>2</sup> și a investigat în mod empiric, în baza datelor statistice, ipoteza că vizionarea televiziunii în copilărie servește ca un declanșator în TSA. Studiul a concluzionat că ratele autismului erau mai crescute în state din SUA în care nivelul de precipitații erau mai mari, corelat cu creșterea numărului de abonamente la cablul TV.

În acest moment specialiști din diverse țări<sup>3</sup> aduc în discuție existența acestui fenomen<sup>4</sup>, s-au început chiar campanii pe diverse pagini web sau pagini de socializare<sup>5</sup> și s-au organizat chiar întâlniri internaționale pe acest subiect<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup>Heffler K.F., Oestreicher L.M., Causation Model of Autism: Audiovisual Brain Specialization in Infancy Competes with Social Brain Networks, *Med Ipoteze*, 2016 Jun 91, pp. 114-122. Doi: 10.1016/J.Mehy.2015.06.019. EPUB 2015 27 Iunie.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26146132>.

<sup>2</sup> Michael Waldman, Sean Nicholson, Nodir Adilov, Does Television Cause Autism? *Johnson School Research Paper Series No. 01-07*. Posted: 30 May 2007; [https://Papers.Ssrn.Com/Sol3/Papers.Cfm?Abstract\\_Id=989648](https://Papers.Ssrn.Com/Sol3/Papers.Cfm?Abstract_Id=989648).

<sup>3</sup> România, Statele Unite ale Americi, Franța, Qatar.

<sup>4</sup><https://www.youtube.com/watch?v=9-eIdSE57Jw> (site accesat pe 24.01.2018)

<https://www.youtube.com/watch?v=nXRBv7kvD9s> (site accesat pe 24.01.2018)

<https://www.youtube.com/watch?v=x9RdP8W3bK8> (site accesat pe 24.01.2018)

<https://www.youtube.com/watch?v=lyAe75uPFCo> (site accesat pe 24.01.2018).

<sup>5</sup> <http://www.surexpositionecrans.org/qui-sommes-nous/> (site accesat pe 24.01.2018),

<https://www.facebook.com/Stop-Autism-Virtual-158424471322329/> (site accesat pe 24.01.2018),

<http://www.stopautismvirtual.ro> (site accesat pe 24.01.2018), <https://esmautism.wixsite.com/website>

(site accesat pe 24.01.2018).

<sup>6</sup><https://www.youtube.com/watch?v=DbJOBNWj374> (site accesat pe 24.01.2018).

[https://www.youtube.com/watch?v=yHoB4aLd4II&list=PLi9jHTk1Lc9urvOGLSNPFZ750jM6TT4v\\_s&index=10](https://www.youtube.com/watch?v=yHoB4aLd4II&list=PLi9jHTk1Lc9urvOGLSNPFZ750jM6TT4v_s&index=10) (site accesat pe 24.01.2018).

## **7. Limitări și constrângeri**

Lucrarea de față, cu toate că aduce în discuție un fenomen nou, prezintă anumite limite ce țin de probleme de conștiință, etică și deontologie atât personală, cât și profesională. Asta deoarece, studiul ne arată că un diagnostic diferențial, nu se poate face decât dacă se elimină consumul de mediu virtual și se începe un protocol de recuperare specializat, ori un studiu complet ar trebui să introducă într-o alternare aleatorie un lot de subiecți care să elimine sau nu consumul de mediu virtual, și/sau un lot de subiecți care să înceapă sau nu un protocol de terapie de recuperare specifică.

Totodată, acest studiu nu reprezintă și nici nu se dorește a fi o cercetare exhaustivă, urmând să revenim cu o variantă îmbunătățită, în funcție de evoluția acestui fenomen în dezvoltare, precum și de apariția de cercetări de specialitate mai noi în acest domeniu. Având în vedere că este vorba de un fenomen nou întâlnit, cercetări asemănătoare trebuie replicate și în alte condiții și mai ales în alte țări, pentru a observa dacă această ipoteză se verifică în totalitate.

## **8. Concluziile cercetării**

Modul diferit și favorabil prin care copii diagnosticați cu TSA, care au prezentat în istoricul anamnestic, în perioada 0-3 ani, un consum mediu de peste 4 ore/zi de mediu virtual, au reacționat la procesul terapeutic față de lotul de control, sugerează o legătură de cauzalitate directă între acest consum excesiv de ecrane și comportamentele și elementele similare celor întâlnite în TSA. Acest consum excesiv de mediu virtual în perioada 0-3 ani, cumulat și cu o predispoziție genetică, poate produce chiar o structură de neuroconectivitate tipică copiilor cu TSA, afectând structurile cerebrale pe termen lung prin influența factorilor epigenetici, cauzăți de privarea senzoriomotorie și socioafectivă, putând duce astfel la creșterea incidenței globale a autismului la nivel național și internațional prin apariția acestei noi forme de autism, numită în prezenta lucrare *autism virtual*.

## **8.1. Recomandări**

### **8.1.1. Pentru părinți**

- Evitarea utilizării dispozitivelor electronice cu ecran pentru copii mai mici de 24 de luni, precum și oprirea dispozitivelor dacă nu mai sunt utilizate, mai ales în camera în care se află copilul;
- Limitarea dispozitivelor electronice la maxim o oră/zi și numai în prezența unui adult care să ajute copilul să înțeleagă ceea ce urmărește, pentru copiii între 2 și 3 ani;
- Pentru copiii între 3 și 6 ani, limitarea ecranelor la maxim o oră/zi, alegerea unor programe de înaltă calitate, precum și evitarea utilizării în timpul mesei sau cu o oră înainte de culcare;
- Consultați recomandările Consiliului Național al Audiovizualului privind măsurile de protecție a copilului în familie, disponibil la adresa: <http://www.cna.ro/article6548,6548.html>.

### **8.1.2. Pentru specialiști** – medici pediatri, de familie, neuropsihiatrii, neurologi, psihologi etc.

- Informarea directă a părinților cu privire la riscurile expunerii la dispozitivele electronice cu ecran, a copiilor și mai ales a copiilor cu vârste cuprinse între 0-3 ani;
- Recomandați părinților cantitatea maximă de utilizare a dispozitivelor cu ecran, în funcție de vârsta copiilor;
- Recomandați părinților activități alternative și recreative de calitate, pentru dezvoltarea fizică și mentală, care să înlocuiască timpul alocat vizionării ecranelor.

### **8.1.3. Pentru instituții publice** – Ministerul Sănătății, Consiliul Național al Audiovizualului, Organismele desemnate pentru protecția consumatorilor (ANPC, InfoCons) etc.

Organizare unor campanii naționale de educare și conștientizare a populației cu privire la riscurile consumului excesiv de mediu virtual (mobil, televizor, laptop, tabletă, computer) asupra copiilor și mai ales asupra copiilor cu vârste cuprinse între 0-3 ani.

## 8.2. Recunoașteri

Mulțumim în special, celor două instituții, *Asociația pentru Sănătate Mintală a Copilului (ASMC)* și *Fundația Copii în Dificultate – România (CID- România)*, care au contribuit și au susținut realizarea acestui studiu și tuturor finanțatorilor care le-au sprijinit, dar și tuturor participanților și voluntarilor care au ajutat la finalizarea lui. Mulțumim deasemenea și echipei de specialiști din SUA, Franța și Qatar care contribuie la informarea și mediatizarea acestui fenomen.

## Bibliografie

\*\*\* American Academy of Pediatrics, Council on communications and media, Media and Young Minds, Pediatrics, October 2016; <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/10/19/peds.2016-2591.info>.

Artur S. Bard & Mitchell G. Bard, *Să înțelegem creierul*. Editura Curtea Veche, 2006.

Barr R. et al., Amount, content and context of infant media exposure. *A parental questionnaire and diary analysis*, 18(2), 2010, pp. 107 – 122, pmid: 20890405; <http://pediatrics.aappublications.org/content/131/2/e390>.

Barr R., *Transfer of learning between 2D and 3D sources during infancy: Informing theory and practice*. *Dev Rev.*, 30(2), 2010 Jun 1, pp. 128–154, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2885850/>.

Barr R., *Memory Constraints on Infant Learning From Picture Books, Television, and Touchscreens*, 7(4), 2013, pp. 205–210, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdep.12041/abstract>.

Cîrneci Dragoș, *Testarea psihologică II - Psihodiagnoza personalității*. Editura Fundației România de Măine, 2015.

Cîrneci Dragoș, *Bazele genetice ale comportamentului uman*. Editura Fundației România de Măine, 2016.

Chantal Sicile-Kira, *Tulburarea de spectru autist*. Editura Herald, 2017.

Chonchaiya W., Sirachairat C., Vijakkhana N., Wilaisakditipakorn T. & Pruksananonda C., Elevated background TV exposure over time increases behavioural scores of 18-month-old toddlers. *Acta Paediatr.*, 104(10), 2015 Oct, pp. 1039-46, doi: 10.1111/apa.13067. Epub 2015 Jul 6; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26059816>.

Certain L.K. & Kahn R.S., Prevalence, correlates, and trajectory of television viewing among infants and toddlers. *Pediatrics*, 109(4), 2002, pp. 634-642, pmid: 11927708; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11927708>.

Daniel J. Siegel & Tyna P. Bryson, *Creierul copilului tău*, Editura For You, 2014.



## Repere teoretice și bune practici în psihologie

---

Diane E. Papalia, Sally W. Olds & Ruth D. Feldman, *Dezvoltarea umană*, Editura Trei, 2010.

Elise B. Robinson et al., Genetic risk for autism spectrum disorders and neuropsychiatric variation in the general population. *Nat Genet*, 48(5), 2016 mai, pp. 552-555, <https://www.nature.com/articles/ng.3529>.

Elizabeth M. Cespedes et al., Television viewing, bedroom television, and sleep duration from infancy to mid-childhood. *Pediatrics*, Mai 2014, volum 133/5; <http://pediatrics.aappublications.org/content/133/5/e1163>.

Florinda Golu, *Psihologia dezvoltării umane*, Editura Universitară, 2010.

Heffler K.F. & Oestreicher L.M., Causation model of autism: Audiovisual brain specialization in infancy competes with social brain networks. *Med Ipoteze*, 91, 2016 Jun, pp. 114-122. doi: 10.1016/j.mehy.2015.06.019. Epub 2015 27 iunie; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26146132>.

Hoksbergen R., ter Laak J. & Rijk K. et al., Post-Institutional Autistic Syndrome in Romanian adoptees, *J Autism Dev Disord.*, 35(5), 2005 Oct, pp. 615-23, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16167089>.

Hoyos Cillero I. & Jago R., Systematic review of correlates of screen-viewing among young children. *Prev Med*, 2010, 51(1), pp. 3-10, pmid: 20417227; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20417227>.

Manfred Spitzer. Digital dementia in the age of new media. *Conference* on youtube [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=84&v=VBopndZ4uhI](https://www.youtube.com/watch?time_continue=84&v=VBopndZ4uhI) (site accesat pe 24.01.2018).

Mendelsohn A.L., Berkule S.B. & Tomopoulos S. et al., Infant television and video exposure associated with limited parent-child verbal interactions in low socioeconomic status households. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(5), 2008, pp. 411 - 417 pmid: 18458186; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18458186>.

Michael Waldman, Sean Nicholson & Nodir Adilov, Does Television Cause Autism? *Johnson School Research Paper*, Series No. 01-07. Posted: 30 May 2007; [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=989648](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=989648).

Mielu Zlate, *Fundamentele psihologiei*, Editura Polirom, 2009.

Muraru O., Zhang S.H. & Bocian M., Simptomatologia „autistic-like” a copiilor proveniți din orfelinatele Românești – posibile considerații cu privire la etiopatologia autismului. *Revista Română de Psihiatrie - Asociația Română de Psihiatrie și Psihoterapie*. <http://www.romjpsichiat.ro/article/simptomatologia-autistic-like-a-copiilor-proveniti-din-orfelinatele-romanesti-posibile-consideratii-cu-privire-la-etiotatologia-autismului> (site accesat la 25.01.2018).

Rideout V.J. & Hamel E., *Media family: Electronic media in child's life, small children, preschoolers and their parents*. Menlo Park, CA., Kaiser Family Foundation, 2006; <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7500.pdf>.

Saelens B.E., Sallis J.F. & Nader P.R. et al., Home environmental influences on children's television watching from early to middle childhood. *J Dev Behav Pediatr*, 23(3), 2002, pp. 127-132, pmid: 12055494; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12055494>.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Taylor Jill Bolte, *Revelatii despre creier*, Editura Curtea Veche, 2011.

Tinca Crețu, *Psihologia Vârstelor*, Editura Polirom, 2009.

Thompson D.A. & Christakis D.A., The association between television viewing and irregular sleep schedules among children less than 3 years of age. *Pediatric*, 116(4), 2005, pp. 851 - 856 pmid: 16199693; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16199693>.

Tomopoulos S., Dreyer B.P. & Berkule S. et al., Infant media exposure and toddler development, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 164(12), 2010, pp. 1105-1111, pmid: 21135333; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21135333>.

Vandewater E.A., Rideout V.J. & Wartella E.A. et al., Digital childhood: electronic media and technology use among infants, toddlers, and preschoolers. *Pediatric*, 119(5), 2007, pp. e1006 - e1015, pmid: 17473074; <http://pediatrics.aappublications.org/content/119/5/e1006?download=true>.

Virgiliu Ghe., *Efectele televiziunii asupra minții umane*, Editura Podromos, 2006.

Virgiliu Ghe., Criveanu N. & Drăgulinescu A., *Efectele micului ecran asupra minții copilului*. Editura Prodromos, 2007.

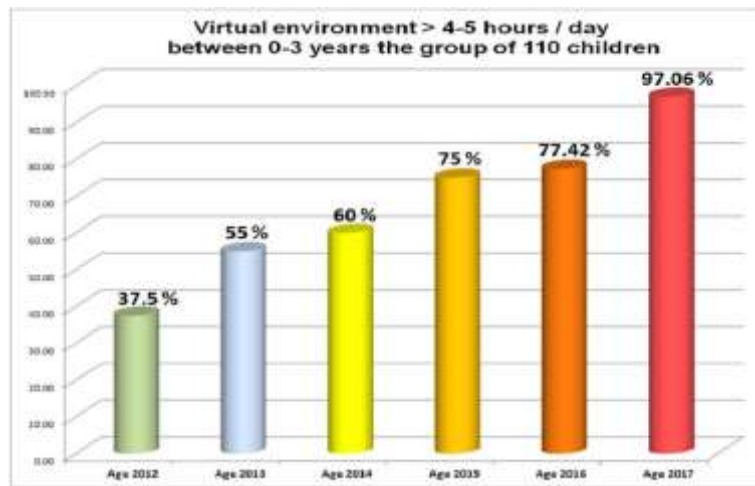
Wes Moore, Television. Opium peoples. *The Journal of Cognitive Liberties*, 2001.

Zamfir M.T., The consumption of virtual environment more than 4 hours/day, in the children between 0-3 years old, can cause a syndrome similar with the autism spectrum disorder. *Journal of Romanian Literary Studies*, Issue no. 13/2018, pp. 953-965, <http://www.upm.ro/jrls/JRLS-13/Rls%2013%20C1.pdf>.

Zimmerman F.J., Christakis D.A., Children's television viewing and cognitive outcomes: a longitudinal analysis of national data.. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159(7), 2005, pp. 619 – 625, pmid: 15996993; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15996993>.

Zimmerman F.J., Christakis D.A. & Meltzoff A.N., Television and DVD/video viewing in children younger than 2 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161(5), 2007, pp. 473 – 479, pmid: 17485624; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17485624>.

**Anexa I**



## **AUTOCONTROLUL LA COPIII PREȘCOLARI: REVIZUIRE A LITERATURII DE SPECIALITATE**

**Stan Gabriel<sup>1</sup>**

### **Introducere**

Reprezentanți ai curentului ambientalist sau mecanicist explicau comportamentul ca o reacție la mediu, căruia i se adăugau uneori procese de învățare. Acest curent a cuprins trei direcții ce s-au impus în psihologie: teoria tropismelor animale (J. Loeb), teoria reflexelor condiționate (I.P. Pavlov) și teoria behaviouristă (J.B. Watson). Curentul finalist sau instinctivist consideră comportamentul ca fiind un ansamblu de acte intenționale, dirijate și controlate de scop (W. McDougall). Teoria lui Sigmund Freud, consideră că mare parte a comportamentului este guvernată de motivații legate de inconștient iar stadiile critice în ontologia umană, pot influența viața individului. El a pus un accent deosebit pe experiențele din copilărie și a fondat psihoterapia ca metodă de tratare a tulburărilor psihice. J.P. Sartre formulează psihologia existențialistă în paralel dezvoltându-se psihologia umanistă, ambele susținând învățarea pentru realizarea potențialului.

Ansamblurile de fenomene adaptative și procesele de autoreglare conduc la homeostazia individului studiate de Richter în psihologie și de Lorenz în etologie.

Autoreglarea se referă în general la capacitatea de control asupra concentrării atenției, gândirii, emoțiilor și acțiunilor individului.

Conform dicționarului „controlul asupra calităților și activității proprii” reprezintă autocontrolul. Canon, 1926 definește autocontrolul ca fiind ansamblul mecanismelor fiziologice care permit păstrarea mediului intern într-o stare de echilibru.

---

<sup>1</sup>Drd., Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău.

Cercetările privind modelul de autocontrol învățat social încadrează explicații socioculturale: interacțiunile sociale dintre copii și adulți care facilitează dezvoltarea prin interiorizarea modelelor proceselor cognitive. Autocontrolul învățat social este văzut ca proces psihologic superior încorporat social sau contextualizat<sup>1</sup>.

În prezent există un consens în privința faptului că elevii care obțin rezultate bune la școală posedă un repertoriu de strategii cognitive, comportamentale și motivaționale<sup>2</sup>.

În ciuda tuturor studiilor și a consensului în ceea ce privește importanța autoreglării la copiii preșcolari există o lipsă în ceea ce privește instrumentele de investigare în mod special pentru segmentul de vârstă 4-6 ani.

### **Autocontrol vs. Slabe abilități de autocontrol**

Studiile au arătat că existența slabelor abilități de autocontrol predispun la probleme legate de agresivitate<sup>3</sup>, depresie<sup>4</sup>, dependențe<sup>5</sup>. Există studii care arată că mare parte din copii nu sunt pregătiți din acest punct de vedere, respectiv abilitățile lor de autocontrol sunt slabe și nu sunt primiți în grădinițe<sup>6</sup> sau sunt respinși de grup<sup>7</sup> putând înregistra rezultate academice reduse pe viitor.

Capacitatea de autocontrol se construiește repede în perioada copilăriei mici, odată cu intrarea copiilor în mediul structurat al grădiniței unde există cereri complexe privind comportamentul și abilitățile de autocontrol.

---

<sup>1</sup> Vygotsky L.S., *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978.

<sup>2</sup> Schunk D.H., Zimmerman B.J., *Motivation and self-regulated learning. Theory, research and applications*. New York, Lawrence Erlbaum Associates, 2008.

<sup>3</sup> Ellis B.J., Figueredo A.J., Brumbach B.H., Schlomer G.L., Fundamental dimensions of environmental risk: The impact of harsh versus unpredictable environments on the evolution and development of life history strategies. *Human Nature*, 20(2), 2009, pp. 204–68.

<sup>4</sup> Eisenberg N., Spinrad T.L., Eggum N.D. Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 2010, pp. 495–525.

<sup>5</sup> Sutin R.A., Evans K.M., Zonderman B.A. *Personality traits and illicit substances: the moderating role of poverty*. *Drug Alcohol Depend*, 131, 2013, pp. 247–251.

<sup>6</sup> Gilliam W.S., Shahar G. Preschool and child care expulsion and suspension: Rates and predictors in one state. *Infants and Young Children*, 19, 2006, pp. 228–245.

<sup>7</sup> Blair C., School readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. *American Psychologist*, 57, 2002, pp. 111–127.

## *Reșpere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Funcțiile executive și autocontrolul comportamental sunt observabile în contexte naturale în clasă, unde copiii folosesc flexibilitatea atențională, memoria de lucru și controlul inhibitor pentru a îndeplini sarcini. Este importantă înțelegerea modului în care un copil se autoreglează comportamental în funcție de diversele cerințe<sup>1</sup> pentru a ajuta la dezvoltarea sa cât mai armonioasă.

Abilitățile de autocontrol se manifestă prin rezistența la stimuli distractori; gestionarea emoțiilor de disconfort; inhibarea impulsurilor de moment și amânarea recompensei.

### **Componente**

Există cercetări care evidențiază aspectele componente ale funcției executive a autocontrolului: flexibilitatea cognitivă (focalizarea atenției, perseverența și comutarea pe altă sarcină fără distragere<sup>2</sup>); memoria de lucru (păstrarea informațiilor în timpul procesării, amintirea regulilor în clasă<sup>3</sup>); controlul inhibitor (capacitatea de amânare, oprirea unui răspuns impulsiv în favoarea unui comportament adaptativ<sup>4</sup>) implicat în abilitățile de autoreglare<sup>5</sup>.

Multidimensionalitatea autoreglării este arătată de studii<sup>6</sup> dar este nevoie de o mai bună înțelegere asupra autocontrolului din perspective diferite.

---

<sup>1</sup> Bulotsky-Shearer și colab., 2008.

<sup>2</sup> Rothbart M.K., Posner M.I. Genes and experience in the development of executive attention and effortful control. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 109, 2005, pp. 101–108.

<sup>3</sup> McClelland M.M., Cameron C.E., Wanless S.B., Murray A., *Executive function, behavioral self-regulation, and social-emotional competence: Links to school readiness*. In O.N. Saracho, B. Spodek (Eds.), *Contemporary perspectives on social learning in early childhood education*. Charlotte, NC: Information Age, 2007, pp. 83–107.

<sup>4</sup> Dowsett S.M., Livesey D.J. The development of inhibitory control in preschool children: Effects of “Executive Skills” training. *Developmental Psychobiology*, 36, 2000, pp. 161–174.

<sup>5</sup> Happaney K., Zelazo P.D., Stuss D. Development of orbitofrontal function: Current themes and future directions. *Brain and Cognition*, 55, 2004, pp. 1–10.

<sup>6</sup> McClelland M.M., Cameron Ponitz C., Messersmith E., Tominey S., *Self-regulation: The integration of cognition and emotion*. In W. Overton (Vol. Ed.) R. Lerner (Ed.), *Handbook of life-span human development: Vol. 1. Cognition, biology and methods*, Hoboken, NJ, Wiley, 2010, pp. 509–553.

### **Autocontrol și succes școlar**

Mare parte a literaturii se concentrează pe faptul că autoreglarea eficientă oferă o bază pentru dezvoltarea comportamentului social și a succesului școlar<sup>1</sup> și arată că există asocieri între predicția succesului școlar viitor al preșcolarilor și abilitățile lor de autoreglare.

Pe de altă parte rezultatele cercetărilor, în ceea ce privește valoarea predictivă a succesului școlar, arată diferențe între evaluarea globală a autocontrolului față de cele care au luat în calcul componentele<sup>2</sup>.

Cercetări în cadrul cărora s-a evaluat flexibilitatea atențională au obținut corelații ale autocontrolului cu succesul școlar, care au arătat coeficienți de predictibilitate cuprinși între .10 și .43<sup>3</sup>.

Există studii care arată că autocontrolul slab, este corelat cu dificultăți de finalizare a sarcinilor sau un slab control inhibitor dar și cu predicții negative ale succesului școlar chiar în condiții inițiale normale de inteligență. De asemenea studiul lui Blair și Razza (2007) arată că preșcolarii care dețin un control inhibitor mai bun obțin și performanțe mai bune în ceea ce privește achizițiile matematice și de limbă. Au obținute deasemenea rezultate ale autoreglării generale, formate din cei trei factori (control inhibitor, flexibilitatea atențională și memorie de lucru), care au fost corelate cu coeficienți predictivi ai succesului școlar academic variind între .21 la .54.

Studii care au luat în considerare autocontrolul copiilor preșcolari corelat cu abilitățile lor matematice și de alfabetizare obținute de copii în clasa a doua și a șasea, au

---

<sup>1</sup> Blair C., Razza R.P., Relating effortful control, executive function, and false belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten. *Child Development*, 78, 2007, pp. 647–663; McClelland M.M., Cameron Ponitz C., Messersmith E., Tominey S., *Self-regulation: The integration of cognition and emotion*. In W. Overton (Vol. Ed.) R. Lerner (Ed.), *Handbook of life-span human development: Vol. 1. Cognition, biology and methods*, Hoboken, NJ: Wiley, 2010, pp. 509–553.

<sup>2</sup> Blair C., Zelazo P.D., Greenberg M.T., The measurement of executive function in early childhood. *Developmental Neuropsychology*, 28, 2005, pp. 561–571; Smith-Donald R., Raver C.C., Hayes T., Richardson B., Preliminary construct and concurrent validity of the Preschool Selfregulation Assessment (PSRA) for field-based research. *Early Childhood Research Quarterly*, 22, 2007, pp. 173–187.

<sup>3</sup> Duncan G.J., Dowsett C.J., Claessens A., Magnuson K., Huston A., Klebanov P. et al., School readiness and later achievement. *Developmental Psychology*, 43, 2007, pp. 1428–1446; McClelland M.M., Cameron Ponitz C., Messersmith E., Tominey S., *Self-regulation: The integration of cognition and emotion*. In W. Overton (Vol. Ed.) R. Lerner (Ed.), *Handbook of life-span human development: Vol. 1. Cognition, biology and methods*, Oboken, NJ, Wiley, 2010, pp. 509–553.

concluzionat că abilitățile de autocontrol sunt de importanță majoră pentru succesul școlar viitor<sup>1</sup>.

### **Mod de evaluare**

În cadrul studiilor măsurarea autocontrolului poate fi un scor total sau scoruri distincte pe componentele măsurate. Astfel, scorurile obținute pentru flexibilitatea atențională, controlul inhibitor și memoria de lucru să fie combinate într-un scor general<sup>2</sup>. Studiile care folosesc un scor total al autocontrolului au obținut corelații mai bune față de cele care au folosit scoruri distincte ale componentelor. Astfel, un studiu pe un lot de participanți preșcolari, au obținut corelații modeste între măsurarea memoriei de lucru și flexibilitatea atențională ( $r = .34$ , Hongwanishkul și colab., 2005) și un studiu efectuat pe copii în primele clase elementare a arătat deasemenea corelații moderate între măsurarea memoriei de lucru și controlul inhibitor ( $r = .23$ , Archibald și Kerns, 1999). Corelațiile mici pot cuprinde atât explicații contextuale cât și metodologice.

Alte cercetări existente se bazează pe instrumente de heteroevaluare completate de părinți și/sau profesori care evaluează autocontrolul copiilor preșcolari<sup>3</sup>. Există și instrumente observaționale directe, dar unele sunt greu de administrat<sup>4</sup> iar altele sunt destinate a fi utilizate în cabinet sau pentru populații clinice sau cuprind mulți itemi<sup>5</sup>.

În unele studii, evidențierea asocierilor între capacitatea de autocontrol și abilitățile sociale ale preșcolarilor<sup>6</sup>, au luat în calcul asocierile dintre agreabilitatea maternă și autocontrolul și adaptarea socială a copilului. Mamele au oferit calificativele proprii asupra agreabilității și temperamentului copilului lor, iar profesorii au evaluat indicii de funcționare socio-emoțională a copiilor la grădiniță. Între rezultatele obținute,

---

<sup>1</sup> McClelland M.M., Cameron C.E., Wanless S.B., Murray A., *Executive function, behavioral self-regulation, and social-emotional competence: Links to school readiness*. In O.N. Saracho, B. Spodek (Eds.), *Contemporary perspectives on social learning in early childhood education*. Charlotte, NC: Information Age, 2007, pp. 83–107.

<sup>2</sup> Carlson, S.M., Developmentally sensitive measures of executive function in preschool children. *Developmental Neuropsychology*, 28, 2005, pp. 595–616.

<sup>3</sup> Blair C., Zelazo P.D., Greenberg M.T., The measurement of executive function in early childhood. *Developmental Neuropsychology*, 28, 2005, pp. 561–571.

<sup>4</sup> Hughes C., Finding your marbles: Does preschoolers' strategic behavior predict later understanding of mind? *Developmental Psychology*, 34, 1998, pp. 1326–1339.

<sup>5</sup> Fahie și Symons, 2003.

<sup>6</sup> Blair C., School readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. *American Psychologist*, 57, 2002, pp. 111–127.



## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

agreabilitatea maternă a moderat aspectele deficitare de autoreglare ale copilului și aspectele de adaptare la școală. Mai exact, la niveluri mai înalte de agreabilitate maternă, relațiile dintre autoreglarea copilului și comportamentul lor prosocial au fost pozitive. Rezultatele sugerând că agreabilitatea maternă poate servi ca factor de mediere pentru autocontrolul copiilor.

### **Noi instrumente**

În 2004, 15 institute ale Institutului Național de Sănătate (NIH), care sprijină cercetarea în neuroștiințe s-au unit sub numele de NIH Blueprint for Neuroscience Research. Scopul NIH Blueprint este de a dezvolta noi instrumente și resurse care să sprijine cercetarea neurologică. Sub conducerea cercetătorului Richard C. Gershon, o echipă de peste 300 de oameni de știință din aproape 100 de instituții academice au dezvoltat un set de instrumente care să contribuie la cercetarea neurocomportamentală (\*\*\*)).

Setul de instrumente NIH publicat în 2013, a fost creat pentru evaluarea uniformă a funcțiilor comportamentale și neurologice și vizează utilizarea în studii epidemiologice longitudinale și de prevenire sau intervenție pentru persoane cu vârste cuprinse între 3-85 de ani. Acest set poate fi folosit pentru populații pediatrice, geriatrice sau cu dizabilități și este cuprins din teste scurte validate, administrate de computer și acoperă întreaga gamă de funcții normale. Aceste instrumente sunt disponibile gratuit.



Cutia de instrumente NIH sunt un kit multidimensional conceput pe patru domenii de bază: *emoție* (cuprinde administrarea unui chestionar care acoperă subcomponente - afect pozitiv și negativ, stres și relații); *cogniția* (funcția executivă, memoria episodică, limbajul, viteza de procesare, atenția și memoria de lucru); *senzorialitate și dezvoltare motorie* (care include subcomponente ale domeniului motor: rezistență, forță, dexteritate, locomoție și echilibru, în timp ce evaluarea senzorială cuprinde domeniile olfactive, gust, văz, auz, echilibru).

*Evaluarea cognitivă*

Bateria a fost aprobată pentru copii cu vârsta peste 3 ani putând fi folosită pentru detectarea timpurie a modificărilor cognitive la vârstnici.

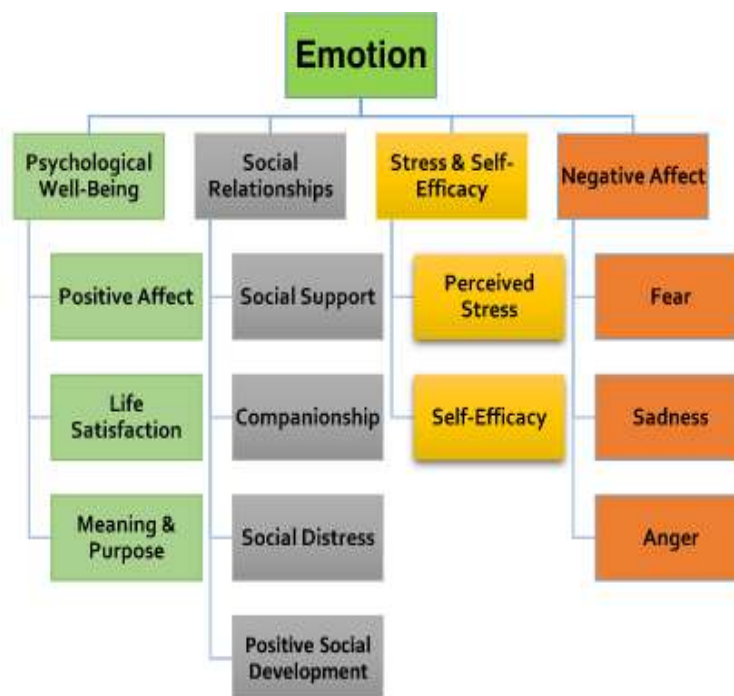
Fiecare subtest are proceduri de administrare explicate video și evaluează memoria episodică, limbajul, viteza de procesare, memoria de lucru și atenția ca fiind cele mai importante construcții utilizate în viața de zi cu zi, școală și la locul de muncă. A fost utilizat un test integrat de atenție bazat pe modificarea testului Erikson Flanker, conceput pentru a testa atenția pe baza a trei rețele de zone anatomice care îndeplinesc funcțiile de orientare, alertă și control (inclusiv monitorizarea conflictelor). Controlul inhibitor și testul de atenție au fost utilizate ca un marker al atenției inhibitoare vizuo-spațiale. Paradigma Eriksen Flanker a fost, de asemenea, utilizată pentru urmărirea recuperării deficitelor de atenție vizuo-spațială la pacienții cu traumatisme cerebrale ușoare. Testul de sortare a listei servește pentru evaluarea memoriei de lucru și a fost adaptat din Scările de evaluare neuropsihologică spaniolă și engleză (SENAS) care au fost create pentru măsurarea psihometrică ale abilităților cognitive multiple la vorbitorii de limbă engleză și spaniolă mai în vârstă. Testul de sortare se adresează funcției executive și evaluează flexibilitatea cognitivă de comutare de pe sarcină pe alta. Memoria episodică este testată, utilizând testul de memorie a secvențierii imaginilor care cuprinde reproducerea mai multor secvențe într-o ordine dintr-o reprezentare a evenimentului în absența unui suport perceptiv continuu. Instrumentele concepute pentru limbaj au fost testul de recunoaștere a citirii orale și testul de vocabular al imaginii NIH și a fost inclusă ca o estimare generală a inteligenței generale, utilizată pentru a determina inteligența premorbidă măsurată prin capacitatea de a citi cuvinte neregulate din versiunea americană a Testului de lectură pentru adulți Nelson (AMNART). Viteza de procesare este evaluată cu testul de viteză de comparare a modelelor și își are originea în sarcina de comparare a modelelor Salthouse.

*Evaluarea emoției*

Evaluarea emoțiilor cuprinde patru subdomenii centrale: afectarea negativă, bunăstarea psihologică, stresul și autoeficacitatea și relațiile sociale. Evaluarea emoțională se bazează pe paradigma Watson și Clark, care au folosit două dimensiuni largi ale afectelor negative și pozitive pentru testarea emoțiilor. Conform acestei paradigme, efectele negative au fost aranjate ierarhic într-o dimensiune a factorului negativ, care se poate datora depresiei sau anxietății, deoarece au un efect negativ general și un efect pozitiv de ordin superior, cu o asociere negativă mai

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

puternică cu depresia decât anxietatea. În cutia de instrumente NIH, evaluarea afectului negativ a inclus evaluarea factorului de ordinul doi (stres general) și factorii de ordinul întâi pentru evaluarea furiei, fricii și tristeții. Bunăstarea psihologică cuprinde evaluări de satisfacție (bunăstarea psihologică) și hedonice (bunăstarea subiectivă).



### ***Evaluare senzorială***

#### **Evaluarea gustului**

Cutia de instrumente utilizează două teste, pentru populația adultă și, respectiv, pentru copii. În cel de-al doilea grup, evaluarea se face doar prin testul gustului dulce, în timp ce pentru primul, în plus, testul intensității gustului folosind o scala generală „cea mai puternică senzație imaginabilă de orice fel”. Are și un analog de percepție a întregii guri, unde evaluarea gustului dulce este utilizată pentru vârstele de 5-85 de ani și evaluarea gustului amar la acei vârstă de 12-85 de ani.

### **Evaluarea olfactivă**

Evaluarea olfactivă se face cu două versiuni ale testului de identificare a mirosului, primul fiind testul scurt de identificare a mirosului, utilizând stimuli standardizați pe baza testelor de identificare a mirosului San Diego și al Universității din Pennsylvania, care durează mai puțin de 5 min. și cuprinde mirosirea unor alimente sau obiecte de uz casnic, prezentate în borcane de plastic opace, din care participanții trebuie să descopere cinci (pentru copii) sau nouă (pentru adulți).

### **Evaluarea văzului**

Cutia de instrumente folosește testul computerizat al acuității vizuale statice, bazat pe protocolul Electronic Early Treatment of Diabetic Retinopathy Study (E-ETDRS) și protocolul Study Amlyopia Treatment Study (ATS-HOTV), fiind utilizat pentru copii cu vârsta sub 7 ani și pentru copiii de 5-12 ani folosind literele individuale H, O, T și V prezentate ca optotipuri pentru testarea acuității vizuale.

Cutia de instrumente include, de asemenea un test suplimentar cu 53 de itemi privind aspecte precum vederea culorilor și probleme precum neclaritatea, durerea de cap și vederea în timpul desfășurării activităților și în diferite intensități de iluminare.

### **Evaluarea vestibulară**

Evaluarea vestibulară se efectuează prin teste de acuitate vizuală dinamică și a echilibrului, ambele fiind scurte (durând <5 minute) și putând fi folosite începând cu vârsta de 3 ani până la 85 de ani.

### **Evaluarea auzului**

Auzul este testat folosind o procedura automata cu praguri de ton bazat pe metoda Hughson-Westlake, unde audibilitatea minimă este măsurată prin creșterea progresivă a intensității stimulului. Există, de asemenea, măsuri auditive suplimentare sub formă de timpanometrie, percepția vorbirii în zgomot (testul cuvântului în zgomot) și autoevaluarea deficienței de auz folosind un inventar de handicap (pentru grupe de vârstă > 18 ani).

### **Somatosensibilitate și evaluarea durerii**

Această secțiune include evaluarea kinesteziică de discriminare tactilă și durere. Aceste elemente sunt măsurate, respectiv, cu testul scurt de kinestezie, Testul de discriminare tactilă (TDT) și un chestionar pentru durere. La copiii cu vârsta cuprinsă între 8 și 17 ani, a fost utilizat un test separat de interferență a durerii pediatrice pentru sistemul informațional de măsurare a rezultatelor raportate de pacient (PROMIS).

#### *Evaluarea motorie*

Evaluarea motorie cuprinde subdomeniile dexteritate, forță a extremităților superioare, echilibrul, mersul (locomoția) și rezistența, folosind testul cu nouă găuri, placa dinamometriei, testul echilibrului în picioare, testul de mers 4 m și respectiv testul de mers 2 minute. Un test important adăugat la evaluarea motorie este rezistența.

Un avantaj major al setului de instrumente NIH este lipsa constrângerilor de proprietate intelectuală, fiind disponibil online în mod gratuit. Ca și DSM urmărește un limbaj comun internațional în ceea ce privește evaluarea funcțiilor neurologice și comportamentale. Aspecte foarte importante ale setului de instrumente NIH sunt vârsta de aplicare, copii începând cu 3 ani cât și faptul că sunt formate din teste scurte dar cuprinzătoare, cu durată de aplicare de maxim 2 ore. Cu toate acestea, nu sunt un substitut pentru o evaluare clinică detaliată și nici nu sunt menite să diferențieze stările normale de cele clinice. Acestea servesc cel mai bine ca instrumente de cuantificare a funcțiilor normale în studiile epidemiologice longitudinale intervenționale și preventive. Adaptarea instrumentului pentru limba română, învățarea utilizării și formarea pentru primirea licenței sunt obligatorii.

### **Concluzii**

Accesul la informații despre evaluarea autoreglării copiilor preșcolari va ajuta la creșterea numărului de intervenții educaționale care urmăresc îmbunătățirea autocontrolului și a programelor susținute empiric.

Autocontrolul reprezintă o bază esențială pentru o optimizarea socială și succesul școlar al copiilor și trebuie create mai multe oportunități de exersarea abilităților lor.

În ciuda tuturor studiilor și a consensului în ceea ce privește importanța autoreglării la copiii preșcolari, există o lipsă în ceea ce privește instrumentele de investigare în mod special pentru segmentul de vârstă 4-6 ani.

Revizuirea literaturii de specialitate a avut ca scop cunoașterea instrumentelor existente destinate acestui segment de vârstă, în vederea desfășurării unor cercetări în cadrul școlii doctorale dar și informarea specialiștilor cu privire la importanța evaluării autocontrolului la copiii preșcolari.

## **Bibliografie**

\*\*\* National Institutes of Health. NIH Toolbox is open. A new set of tools to help scientists measure the ways we think, move, feel and sense the world is ready for use in studies. NIH Record newsletter, October 26th 2012

Archibald S.J. & Kerns K.A., Identification and description of new tests of executive functioning in children. *Child Neuropsychology*, 5, 1999, pp. 115–129.

Blair C., School readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. *American Psychologist*, 57, 2002, pp. 111–127.

Blair C., Zelazo P.D. & Greenberg M.T., The measurement of executive function in early childhood. *Developmental Neuropsychology*, 28, 2005, pp. 561–571.

Blair C. & Razza R.P., Relating effortful control, executive function, and false belief understanding to emerging math and literacy ability in kindergarten. *Child Development*, 78, 2007, pp. 647–663.

Carlson S.M., Developmentally sensitive measures of executive function in preschool children. *Developmental Neuropsychology*, 28, 2005, pp. 595–616.

Duncan G.J., Dowsett C.J., Claessens A., Magnuson K., Huston A. & Klebanov P. et al., School readiness and later achievement. *Developmental Psychology*, 43, 2007, pp. 1428–1446.

Dowsett S.M., Livesey D.J. The development of inhibitory control in preschool children: Effects of "Executive Skills" training. *Developmental Psychobiology*, 36, 2000, pp. 161–174.

Ellis B.J., Figueredo A.J., Brumbach B.H. & Schlomer G.L., Fundamental dimensions of environmental risk: The impact of harsh versus unpredictable environments on the evolution and development of life history strategies. *Human Nature*, 20(2), 2009, pp. 204–68.

Eisenberg N., Spinrad T.L. & Eggum N.D., Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 2010, pp. 495–525.

Gilliam W.S. & Shahar G., Preschool and child care expulsion and suspension: Rates and predictors in one state. *Infants and Young Children*, 19, 2006, pp. 228–245.

Happaney K., Zelazo P.D. & Stuss D., Development of orbitofrontal function: Current themes and future directions. *Brain and Cognition*, 55, 2004, pp. 1–10.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Hughes C., Finding your marbles: Does preschoolers' strategic behavior predict later understanding of mind? *Developmental Psychology*, 34, 1998, pp. 1326–1339.

Hongwanishkul D., Happaney K.R., Lee W.S.C. & Zelazo P.D., Assessment of hot and cool executive function in young children: Age-related changes and individual differences. *Developmental Neuropsychology*, 28, 2005, pp. 617–644.

McClelland M.M., Morrison F.J. & Holmes D.L. Children at-risk for early academic problems: The role of learning-related social skills. *Early Childhood Research Quarterly*, 15, 2000, pp. 307–329.

McClelland M.M., Cameron C.E. & Wanless S.B., *Murray A Executive function, behavioral self-regulation, and social-emotional competence: Links to school readiness*. In O.N. Saracho, B. Spodek (Eds.), *Contemporary perspectives on social learning in early childhood education*. Charlotte, NC: Information Age, 2007, pp.83–107.

McClelland M.M., Cameron Ponitz C., Messersmith E. & Tominey S., *Self-regulation: The integration of cognition and emotion*. In W. Overton (Vol. Ed.) R. Lerner (Ed.), *Handbook of life-span human development: Vol. 1. Cognition, biology and methods*, Hoboken, NJ: Wiley, 2010, pp. 509–553.

Rothbart M.K. & Posner M.I., Genes and experience in the development of executive attention and effortful control. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 109, 2005, pp. 101–108.

Smith-Donald R., Raver C.C., Hayes T. & Richardson B., Preliminary construct and concurrent validity of the Preschool Selfregulation Assessment (PSRA) for field-based research. *Early Childhood Research Quarterly*, 22, 2007, pp. 173–187.

Schunk D.H. & Zimmerman B.J., *Motivation and self-regulated learning. Theory, research and applications*. New York, Lawrence Erlbaum Associates, 2008.

Sutin R.A., Evans K.M. & Zonderman B.A. Personality traits and illicit substances: the moderating role of poverty. *Drug Alcohol Depend*, 131, 2013, pp. 247–251.

Vygotsky L.S., *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978.

## **PROVOCARILE PSIHOLOGULUI EXPERT**

**Ana Cristina Predescu<sup>1</sup>**

Expertiza psihologică este un serviciu psihologic în dezvoltare continuă la nivel internațional și rolul expertului psiholog în demersul judiciar este unul din ce în ce mai apreciat și solicitat în ultimii ani în România. Expertul psiholog poate efectua expertize psihologice în spețe din domeniul civil, penal și dreptul muncii. Sarcina principală a expertizei psihologice este de a ajuta organele judiciare în cercetarea problemelor specifice cu conținut psihologic.

Scopul unui proces penal este de a judeca vinovăția sau nevinovăția unui inculpat. Fie implicit, fie explicit intră în discuție aspectele psihologice care au putut determina/favoriza presupusa faptă pentru care subiectul este judecat.

În demersul expertizei psihologice, specialistul are multiple provocări cu care se poate confrunta și este necesar să cunoască foarte bine legislația în domeniu și să respecte cu rigurozitate normele etice și deontologice impuse atât de Colegiul Psihologilor din România cât și cele impuse de standardele internaționale.

Una dintre potențialele situații apărute în spețele penale poate fi când un inculpat susține că a comis infracțiunea în timp ce suferea de o capacitate mentală semnificativ redusă care a contribuit în mod substanțial la comiterea infracțiunii. Expertul psiholog nu este în măsură să emită opinii cu privire la încadrarea juridică a faptei sau asupra infracțiunii în sine dar, opinia de specialitate (argumentată și fundamentată conform literaturii de specialitate și normelor deontologice) este importantă. Specialistul va urmări în evaluarea sa comportamentul inculpatului, evaluarea pattern-urilor de personalitate accentuate, mecanismele de coping implicate, capacitatea intelectuală, instabilitatea afectivă, imaturitatea intelectuală, sensibilitatea deosebită, duplicitatea comportamentului, complexul de inferioritate,

---

<sup>1</sup> Psih Clinician

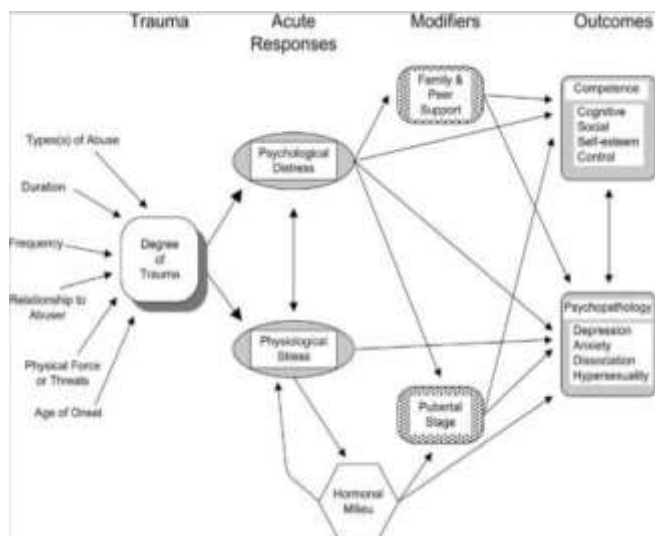


## Repere teoretice și bune practici în psihologie

existența și nivelul frustrării, egocentrismul, labilitatea, nivelul agresivității, indiferența afectivă și identificarea factorilor potențial declanșatori, favorizanți și susținători din istoricul acestuia și capacitatea de a percepe și a aprecia adecvat fapta și consecințele acesteia.

Solicitările evaluărilor psihologice în spețele penale conțin de asemenea evaluarea riscurilor sau potențiala previziune a pericolului pe care îl poate reprezenta subiectul pentru sine sau pentru ceilalți.

Un alt aspect esențial în expertiza psihologică îl reprezintă studiul înscrisurilor puse la dispoziție de către organul judiciar. Accesul la dosarul speței ajută specialistul în obținerea istoricului cazului, în formularea interviului clinic cu subiectul și posibilitatea confruntării informațiilor. Înscrisurile care se pun la dispoziție psihologului expert sunt de cele mai multe ori rechizitoriul întocmit până la momentul evaluării, declarațiile persoanelor implicate în speță, posibile alte evaluări psihologice, psihiatrice, medico-legale anterioare, etc. Ce este important pentru expertul psiholog este de a avea abilitatea de a selecta din multitudinea de informații primite, pe cele relevante cu adevărat pentru obiectivele expertizei.



De asemenea expertul psiholog poate evalua în spețele penale și impactul emoțional al faptei asupra persoanei vătămate. Se va evalua starea psihologică a victimei și dacă și în ce măsură calitatea vieții este afectată la momentul evaluării. De asemenea, deseori se solicită de către organul judiciar evaluarea legăturii de cauzalitate între presupusa fapta și

starea emoțională a victimei. Este important ca și psiholog expert să se cunoască foarte bine caresunt limitele competenței. Astfel, se recomandă răspunsuri la obiective realiste și fundamentate.

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Ca îndrumare de a urmări în cadrul unei astfel de solicitări, un studiu de cercetare longitudinal și multigenerațional<sup>1</sup> scoate în evidență aspecte importante de urmărit din punct de vedere psihologic la victimele abuzului sexual (raportat la modelul conceptual pe care ei l-au identificat) în urma cercetărilor făcute pe parcursul a 23 de ani, urmărind evoluția subiecților. În funcție de momentul în care se efectuează evaluarea psihologică (făcând referire la perioada de timp care a trecut de la momentul săvârșirii presupusei fapte și momentul evaluării psihologice), expertul psiholog se va adapta raportat la obiectivele solicitate de către organul judiciar, va gândi cu atenție metodologia de lucru și va ține cont și de alți factori declanșatori potențiali ai stării emoționale a victimei.

Pentru că psihicul uman este extrem de complex, este necesar ca psihologul expert să se raporteze la informațiile obiective obținute în urma evaluării și să evite pe cât posibil bias-ul și astfel implicarea subiectivă. Pentru evitarea implicărilor subiective ale specialistului, consider că este obligatoriu ca psihologul expert să fi finalizat un program de dezvoltare personală și să își cunoască foarte bine limitele competenței.

Metodologia de lucru este de asemenea extrem de importantă în efectuarea de expertize psihologice pentru a putea fundamenta opiniile de specialitate. Este important ca expertul psiholog să aibă acces la o paletă largă de baterii de testare psihologică, standardizată și etalonată pe populație românească și de asemenea recunoscută de comunitatea științifică în domeniu. Sarcina specialistului este de a corobora informațiile obținute în urma întregii proceduri de evaluare și de a emite opinii de specialitate care să răspundă la obiectivele solicitate fără a-și depăși competența.

Provocare mare a psihologului expert este implicarea cu neutralitate în procesul de evaluare, indiferent de rolul pe care îl deține în cadrul acesteia. Indiferent dacă este numit de către organul judiciar sau este psiholog expert parte, solicitat de către parte și încuviințat de către organul judiciar, norma etică principală de la care pleacă evaluarea este rolul obiectiv al psihologului în demersul de expertiză. Dacă ar fi să mă rezum la abilitățile de bază ale psihologului expert, cred că nu ar trebui să lipsească dintre ele: corectitudinea, capacitatea de comunicare, obiectivitatea,

---

<sup>1</sup> The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. Penelope K. Trickett, Jennie G. Noll, and Frank W. Putnam. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study (nih.gov).

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

gândirea critică, atenția la detalii, capacitatea de analiză, răbdarea, capacitatea de rezolvare de probleme, pasiunea pentru învățare și studiu și lista ar putea continua.

Din toate considerentele enumerate, expertiza psihologică are un caracter complex, realizarea ei necesitând cunoștințe ample în domeniu și actualizarea permanentă a specialistului psiholog la noile cercetări și studii în domeniu.

### **Bibliografie**

The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multi-generational, longitudinal research study. Penelope K. Trickett, Jennie G. Noll, and Frank W. Putnam. The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multi-generational, longitudinal research study (nih.gov).

## **EVALUAREA STRATEGIILOR DE COPING LA APARTINĂTORII COPIILOR CU TULBURARE DE SPECTRU AUTIST, ÎN PERIOADA IZOLĂRII LA DOMICILIU DATORITĂ COVID19**

**Vasiloaia Gabriela<sup>1</sup>**

### **Argument**

Atunci când vine vorba de copii, punctul de vedere al părinților este în mod evident subiectiv, însă merită luat în considerare, având în vedere faptul că aceștia sunt cei care se confruntă zilnic cu o serie de dificultăți. Acestea sunt multiplicare în cazul unui copil diagnosticat cu tulburare de spectru autist, deoarece intervin o serie de comportamente problemă, lipsa comunicării, necesitatea de supraveghere permanentă. Adăugând la toate acestea perioada de izolare la domiciliu, totul pare a fi asemenea unui bulgăre de zăpadă care devine din ce în ce mai mare.

În cazul familiilor în care există un copil cu autism, bulgărele poate deveni extrem de mare și de periculos.

Dacă înainte de epidemia Covid, familiile se bucurau de progresele copiilor, aveau un orar bine stabilit de sistemul de învățământ și de programele de terapie, deoatădă aceste familii trebuie să stea acasă și să se reorganizeze și să învețe efectiv să facă față unor situații noi.

Părinții s-au trezit peste noapte, că trebuie să schimbe optica asupra vieții și asta repede, pentru a nu pierde progresele făcute de copil. Astfel, familiile, primind sprijin din partea psihologului – colaborator, au încercat să organizeze un program de activități și să mențină copilul stimulat, pentru a nu pierde din dezvoltare.

---

<sup>1</sup>Psiholog clinician specialist

Aceasta este o situație ideală pentru a descoperi cum fac față aparținătorii copiilor cu TSA izolării la domiciliu, de aceea am întreprins o cercetare asupra strategiilor de coping printre aceste familii.

## **1. Aprofundare teoretică**

### **1.1. Tulburarea de spectru autist – scurtă descriere**

Consider că este esențial să descriem câteva aspecte ale acestui diagnostic, înainte de a creiona o zi din viața unei familii cu un copil cu autism.

Autismul este o dereglare neuro-biologică, ce afectează funcționarea normală a creierului (DSM V, 2016). Este o boală caracterizată prin:

- Capacitate scăzută de a interacționa pe plan social;
- Capacitate scăzută de a comunica;
- Comportament stereotip și repetitiv;
- Simptomele se manifestă înainte de vârsta de 3 ani;
  - 75% din cazuri prezintă retard mintal.

Conform DSM V, tabloul clinic specific autismului infantil pune accentul pe disfuncționalitatea socială, pe comportamentele stereotipe și pe alterarea calitativă a comunicării.

Elemente frecvente întâlnite în cazul copiilor cu autism sunt:

- Deficiențe în folosirea comportamentelor non-verbale multiple;
- Lipsa empatiei;
- Eșecul dezvoltării relațiilor cu alți copii;
- Absența reciprocității sociale și emoționale;
- Întârzierea sau absența limbajului verbal;
- Alterarea marcată de a purta o conversație;
- Anomalii marcate ale formei și conținutului limbajului, incluzând și stereotipiile verbale;
- Absența jocurilor sociale, simbolice, funcționale;
- Preocuparea anormală, persistentă față de anumite părți ale obiectelor;

- Insistența de a efectua unele activități de rutină în exact aceeași manieră;
- Manierisme motorii stereotipe și repetitive.

Acestor criterii li se adaugă și deficite cognitive: senzoriale, de atenție, de memorie, de limbaj și tulburările inteligenței.

Deși autismul este observat în copilărie, în prezent este văzut ca boală cu evoluție pe tot parcursul vieții (Mureșan, 2007), ale cărei tip și severitate se modifică în timp, o dată cu dezvoltarea individului.

## **1.2. Viața de familie cu un copil diagnosticat cu autism**

Familia este un grup de oameni format dintr-un barbat și o femeie, uniți prin căsătorie, și copiii pe care acest cuplu îi aduce pe lume (Ciupercă, 2012). Aceasta este familia tradițională ce reprezintă contextul esențial pentru creșterea unor copii adaptați.

Familia abordată ca sistem, trebuie studiată prin componentele individuale, prin relațiile dintre membrii familiei, dar și prin interdependența componențelor sistemului, deoarece acestea se influențează reciproc (Konya, 2012). Abordarea familiei ca sistem implică și dinamica familiei în cazul unui eveniment, în cazul nostru diagnosticarea copilului cu autism.

Într-o familie, fiecare membru vine cu nevoile și dorințele sale. Echilibrul este cheia pentru succesul unei căsnicii. Acest echilibru este revizuit atunci când în familie sosește un copil și, astfel, timpul și efortul investit este mai mare. Robert A. Naseef în cartea *Special Children, Challenged parent*, numea această perioadă ca pe un „ritual de tranziție” în dezvoltarea vieții de familie. Iar acest ritual este pus la grea încercare atunci când apar dizabilități sau boli cronice.

A crește un copil este o responsabilitate și chiar un factor stresor, însă prezența unui copil cu TSA are un impact major asupra unei familii.

Dacă un copil tipic este sociabil și comunică nevoile și dorințele, copilul cu TSA este lipsit de aceste semne spontane. Această lipsă este una dintre cele mai grele probleme de gestionat de către părinți.

Famiile renunță la tot ceea ce făceau înainte ca autismul să devină evident. Exisă tendința de izolare, datorită comportamentelor indezirabile ale copilului, dar și datorită oboselii extreme resimțite de majoritatea părinților.

În mod obișnuit, când într-un cuplu apare un copil, acesta este un eveniment fericit, primit cu mult entuziasm. Manifestările autismului pot fi precoce sau în jurul vârstei de 18 luni, dar cu semne predecesoare.

Niciun părinte nu este pregătit pentru situația în care copilul prezintă o dizabilitate. Astfel, unele consecințe ale diagnosticării copilului cu TSA pot fi: depresie, anxietate, divorț, disfuncționalitate familială, neglijarea celorlalți copii etc.

### **1.3. Strategii de coping și resurse ale familiilor cu un copil cu TSA înainte de izolarea la domiciliu impusă de Covid19**

A avea un copil cu autism este un maraton, nu un sprint (Sicile-Kira, 2017). Pentru părinți acesta începe cu șoc și negare, apoi se transformă în frică, furie, vinovăție și îngrijorare continuă. De aceea, este important pentru părinți să găsească diferite strategii de adaptare pentru a face față pe termen lung acestei provocări, numite autism.

Astfel, în timp ce unii se focusează doar pe nevoile copilului, alții încearcă să aibă grijă și de ei ca oameni: să iasă la o cafea cu un adult, să se odihnească, să mănânce sănătos sau să asculte muzică. Unii părinți, refuză aceste metode de revigorare, deoarece se simt vinovați și transformă recuperarea într-un sprint, ceea ce poate duce la îmbolnăviri, relații degradate etc. ducând astfel la un stil de viață nesănătos și nefericit.

Încă de la început, părinții sunt încurajați să rămână pozitivi, sunt îndrumați către terapie cognitivă și comportamentală, către kinetoterapie, logopedie, dar și către grupuri de sprijin. Profitând de beneficiile tehnologiei, părinții pot citi și descoperi că nu sunt singuri și că, asemenea lor, mai sunt mii de familii în toată lumea. Ei pot găsi resurse din multe surse, însă au nevoie de îndrumarea unei echipe formate din neurolog-psihiatru-psiholog pentru a face față autismului, sub forma sub care se manifestă la propriul copil (Dattilio, 2012).

Printre strategiile de coping abordate, în general, de către aparținătorii copiilor cu TSA se numără:

- Se angajează în activități, cursuri care să îi ajute să înțeleagă diagnosticul;
- Fac un plan de intervenție;
- Încearcă să vorbească cu alți părinți aflați în aceeași situație;

- Apelează la specialiști;
- Acceptă faptul că lucrurile sunt așa cum sunt;
- Își pun speranțele în Dumnezeu;
- Încearcă să găsească o cale de acțiune;
- Caută înțelegere la altcineva.

Dacă la începutul izolării forțate la domiciliu, părinții copiilor cu autism s-au bucurat de puțină pauză, o ocazie de odihnă, haideți să vedem cum au decurs lucrurile propriu-zis, analizând rezultatele obținute în urma cercetării.

## **2. Metodologia cercetării**

### **2.1. Scopul și obiectivele cercetării**

Virusul gripal coronavirus descoperit în decembrie 2019 are ca implicații latura medicală, datorită modului de manifestare, latura socială, fiind impusă izolarea la domiciliu, latura economică, multe din activități fiind suspendate și bineînțeles o latură psihologică, implicând atât atitudinea față de izolare, cât și necesitatea de adaptare la noi condiții de activitate zilnică a tuturor persoanelor, rutina zilnică fiind schimbată brusc și complex.

Așadar scopul acestei cercetări a fost acela de a descoperi modul în care aparținătorii copiilor diagnosticați cu TSA s-au adaptat noului context, în care au fost nevoiți să întrerupă serviciul, școala, terapia, recuperarea fizică și implicit modalitățile uzuale de coping.

Obiectivele cercetării sunt:

- 1) Identificarea celor mai folosite mecanisme de coping după izolarea impusă de coronavirus în familiile care au copii cu autism;
- 2) Descoperirea dificultăților întâmpinate de părinții copiilor cu TSA în perioada Covid19;
- 3) Identificarea nevoilor părinților;
- 4) Modul în care a fost afectată viața de familie;
- 5) Îngrijorările cele mai frecvente ale părinților copiilor cu TSA.



## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

Pentru a atinge cele cinci obiective am folosit Chestionarul de identificare a mecanismelor de coping Cope și un scurt interviu format din întrebări precum:

Care sunt nevoile dumneavoastră în această perioadă?

Ce a fost cel mai dificil în ceea ce privește copilul dumneavoastră?

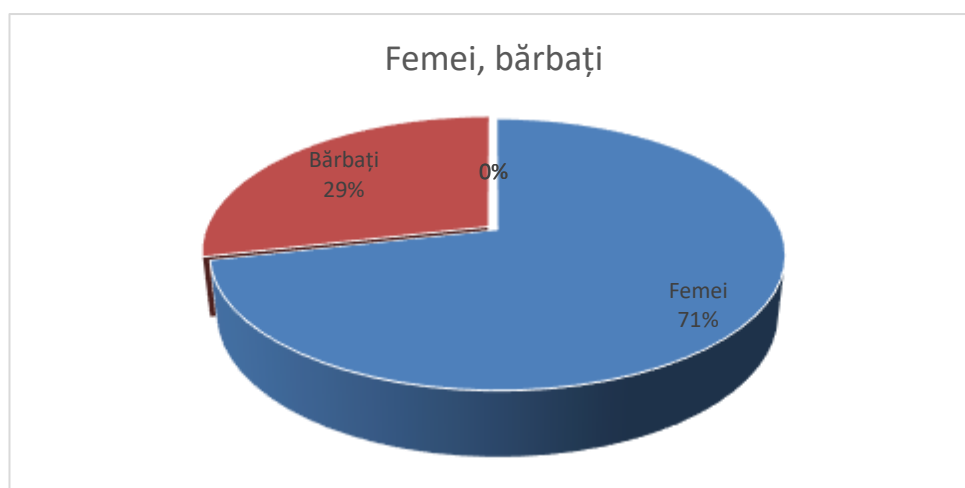
Cum a fost afectată viața de familie în contextul Covid19?

În perioada 1 -10 mai 2020, la cercetare au participat 14 persoane, femei și bărbați, cu vârste cuprinse între 30 și 40 și care au un copil diagnosticat cu autism, cu grade de afectare diferite. Copiii au vârste cuprinse între 4 și 17 ani, sunt înscriși la grădinițe și școli, fac terapie cognitiv – comportamentală ABA, sport (terapie 3C, înot, arte marțiale), terapie prin muzică (pian).

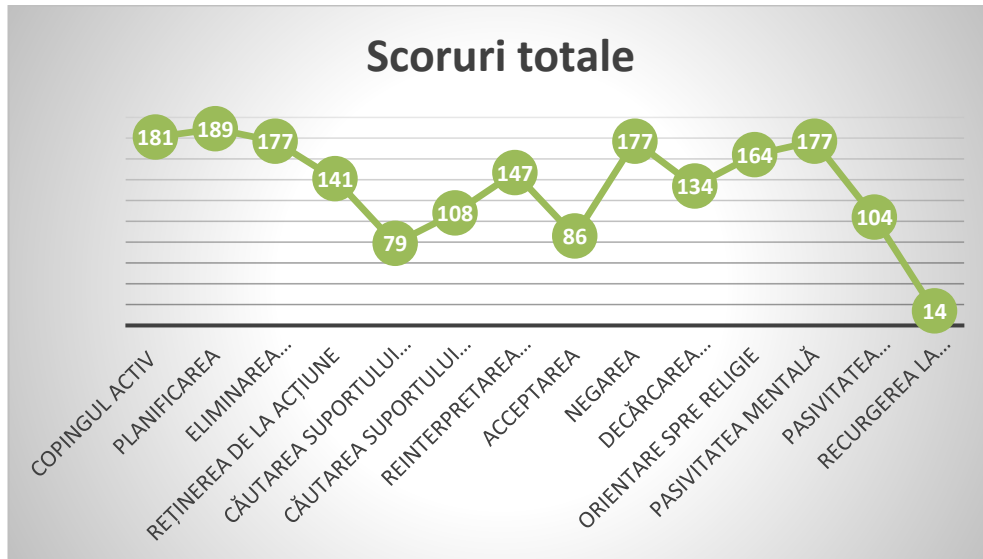
### **2.2. Rezultate**

Din numărul total de participanți, 10 au fost femei și 4 bărbați. De asemenea, acesta este și raportul de implicare în activitățile zilnice ale copiilor cu autism. Mamele sunt cele care au sarcini mai multe și, de aceea, au fost mai dornice să răspundă la întrebări. Dintre bărbați, doar doi au răspuns la întrebările din interviu.

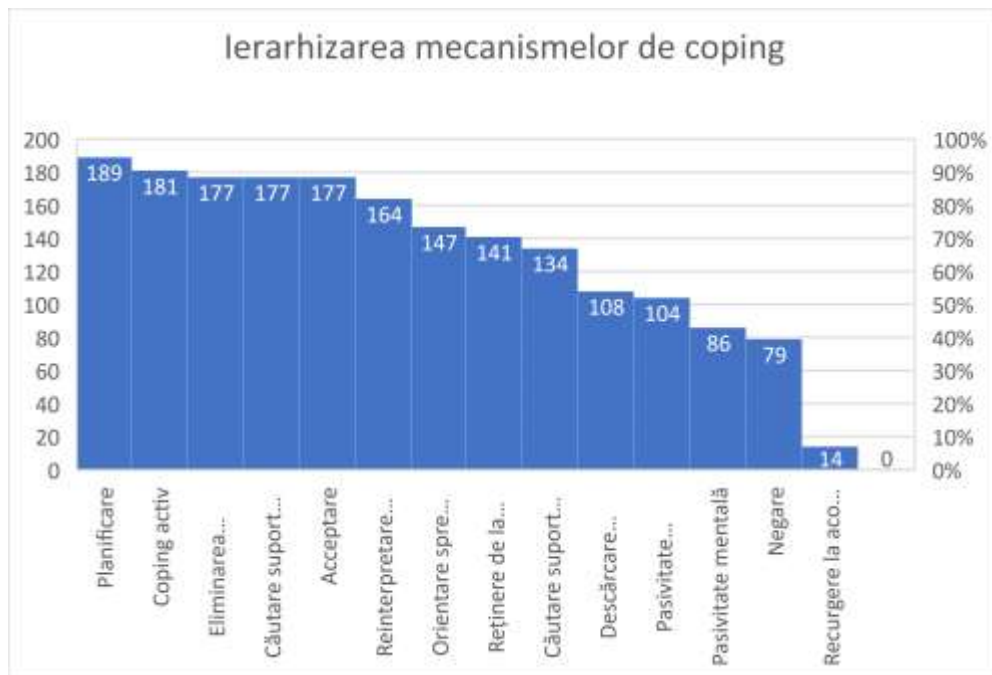
O căsnicie se poate destrăma datorită unui astfel de diagnostic, aceasta deteriorându-se pe fondul oboseții, diferențelor de opinie sau a modului de gestionare a anumitor situații.



Este de subliniat că ambii părinți, atât mama cât și tatăl, întâmpină dificultăți în a accepta copilul. Apoi urmează frații și familia extinsă, bunicii și alte rude.



Graficul evidențiază scorurile totale obținute în urma aplicării scalei de coping Cope. Pe baza acestuia s-a realizat următoarea ierarhizare a mecanismelor de coping folosite de părinții copiilor cu TSA.



### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

1.	Planificare
2.	Coping activ
3.	Eliminarea activităților curente
4.	Căutarea suportului socio-instrumental
5.	Acceptare
6.	Reinterpretare pozitivă
7.	Orientarea spre religie
8.	Reținere de la acțiune
9.	Căutarea suportului socio-emoțional
10.	Descărcare emoțională
11.	Pasivitate comportamentală
12.	Pasivitate mentală
13.	Negare
14.	Recurgere la alcool sau medicamente

Analizând tabelul ierarhizării mecanismelor de coping, putem spune că familiile copiilor cu TSA s-au focalizat spre problemă și mai puțin pe emoție.

Planificarea se referă la orientarea gândirii spre pașii și modalitățile de acțiune. Dacă la descoperirea diagnosticului, părinții erau confuzi și nu știau ce implică autismul sau terapia pe termen lung, acum după minim 1 an de terapie cognitiv-comportamentală, părinții au știut că timpul este esențial și că nu pot aștepta trecerea pandemiei. Astfel, au apelat la psihologul-coordonator al terapiei pentru a primi îndrumări cu ceea ce pot face acasă, astfel încât progresele dobândite să nu se piardă sau ca nu cumva să aplice un program sau o metodă greșită.

Așadar, având un plan de continuare a intervenției acasă, cu accent pe dezvoltarea autoservirii, independenței și a rutinelor, părinții au încercat să-i facă copilului diagnosticat cu autism un program de activități, de ajutor în casă, de servire a mesei, de joc și de acces la tehnologie.

Pentru că planificarea implică și acțiune, din ierarhizarea formelor de coping putem observa că, copingul activ urmează planificarea. Acesta vizează acțiunile concrete, ce urmăresc ameliorarea efectelor izolării la domiciliu. Este o formă de acțiune conștientă, de intensificare a efortului în vederea acestui scop.

Eliminarea acțiunilor curente se referă la tendința persoanelor de a evita distragerea de la situația problematică, pentru a se concentra mai mult asupra soluționării. Deși acest lucru poate părea bun pentru intervenția în cazul copilului diagnosticat cu autism, pentru familie ca sistem, poate deveni un motiv de dezbinare.

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

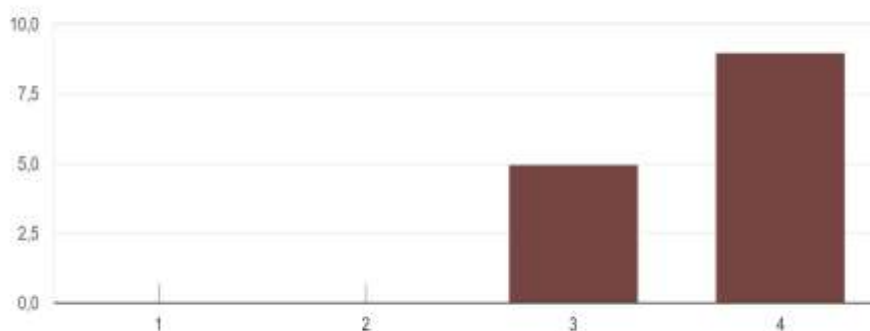
Eliminarea unor acțiuni se referă la o mai puțină atenție asupra celorlalți copii, timp limitat petrecut de cei doi soți, renunțarea la timpul personal. Pentru frați este greu de înțeles de ce fratele sau sora lor este greu de înțeles, nu este sociabil sau are comportamente „sălbatic”. Însă, în mod inevitabil, atenția părinților este preluată de copilul cu TSA. Dacă în mod normal, copilul este dus la terapie, kinetoterapie etc. părinții planifică timpul astfel încât și frații să primească atenție. Dar pe perioada pandemiei, copilul fiind în grija lor 24 de ore la care se adaugă și responsabilitatea unei anumite intervenții terapeutice și sarcinile zilnice de gătit, curățenie etc., atunci viața de cuplu și ceilalți copii sunt pe locul doi.

Părinții unui copil cu TSA au nevoie de multă energie pentru gestionarea seriei de provocări unice și imprevizibile cu care se confruntă. Însă, în situație de criză părinții participanți la această cercetare au ales să caute suport socio-instrumental, mai degrabă, decât pe cel socio-emoțional. Astfel, au avut tendința de a căuta sfaturi, informații, ajutor material necesar în acțiunile de ameliorare a situației. De asemenea, această formă de coping este una de coping activ, centrat pe acțiune.

Ținând cont că rezultatele frunțase se concentrează pe acțiune, este de așteptat ca acceptarea să urmeze în ierarhie. Aceasta vizează acceptarea realității factorului amenințător (coronavirus în cazul nostru) și acceptarea faptului că nu se poate face nimic pentru ameliorarea situației. Cea mai bună decizie a familiilor a fost să

8. Învăț să trăiesc și în această situație de izolare

14 răspunsuri



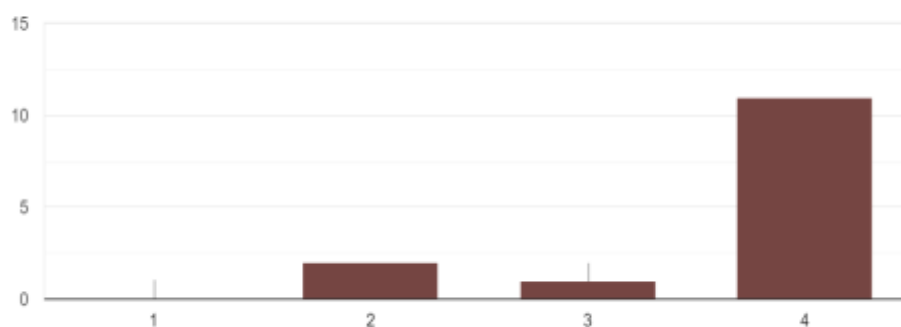
respecte recomandările autorităților de a sta la domiciliu și de a întrerupe activitățile curente.

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

Se observă din graficul întrebării că 64,3% din persoane au răspuns cu „deseori” încearcă să trăiască cu noua situație și 35,7% au răspuns cu „uneori”. Pentru „nu și rareori” nu a fost înregistrat nici un răspuns.

47. Accept ca realitate, situația de criză

14 răspunsuri



Întrebarea 47 vizează tot acceptarea și se poate observa cu ușurință numărul ridicat de răspunsuri ce confirmă că persoanele participante au ales planificarea și acțiunea, datorită acceptării situației ca realitate.

Reinterpretarea pozitivă cuprinde întrebările: caut ceva bun în ceea ce mi se întâmplă, încerc să privesc lucrurile într-o manieră pozitivă, fac ceea ce trebuie făcut și încerc să mă dezvolt ca persoană ca urmare a acestei experiențe. În medie, 64,3% dintre respondenți au răspuns cu „uneori” la aceste întrebări.

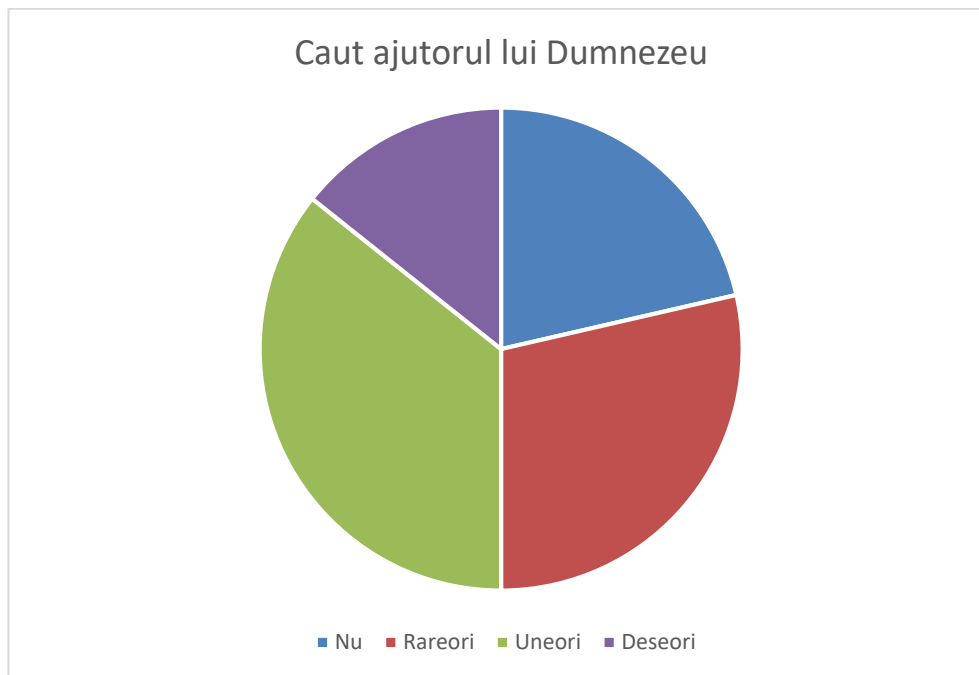
Famiile acuză mereu, că din cauza stilului de viață încărcat, timpul petrecut împreună este limitat. De aceea, izolarea la domiciliu a fost o oportunitate de reconectare. Răspunsurile la întrebarea din interviu legată de cum a fost afectată viața de familie au fost așa: „nu a fost afectată viața de familie”, „cu toții am reușit să găsim resurse de întărire”, „ne-am unit”, „ne-am apropiat”, „viața de familie decurge normal”, „implicarea tatălui în mai mare măsură”.

Iată cum o atitudine pozitivă, chiar și într-o familie cu un copil cu TSA, duce la uniune prin regăsirea resurselor întăritoare precum răbdare, dozarea energiei, acțiune planificată.

Orientarea spre religie ocupă un loc de mijloc în ierarhie și se referă la măsura în care respondenții au apelat, în momente nesigure, la ajutor din partea divinității.

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

Orientarea spre religie este o strategie de coping ce poate servi pentru reinterpretarea pozitivă, pentru suportul emoțional sau ca formă de coping activ. Ținând cont că în rezultatele noastre acest mecanism urmează celor enumerate mai sus, putem concluziona ca important factorul religie.



Forma de coping centrată pe emoție a obținut rezultate slabe în ceea ce privește părinții copiilor cu autism. În situații de criză sau de limită, aceștia știu din propria experiență că acțiunea este cea mai importantă ieșire. Astfel, ei se focusează pe copilul cu dizabilități și se lasă pe ei pe ultimul plan, mai ales dacă în familie sunt și alți copii.

Faptul că acțiunea primează în locul reținerii, nu înseamnă neapărat că se bazează pe tendințe impulsive sau premature. În cazul nostru, acela de izolare la domiciliu datorită virusului Covid19, familiile au acționat pe baza recomandărilor specialistului. Nu este aceeași situație ca la aflarea diagnosticului, când părinții pot apela la medicina alternativă sau la biserică pentru a gestiona șocul bolii.

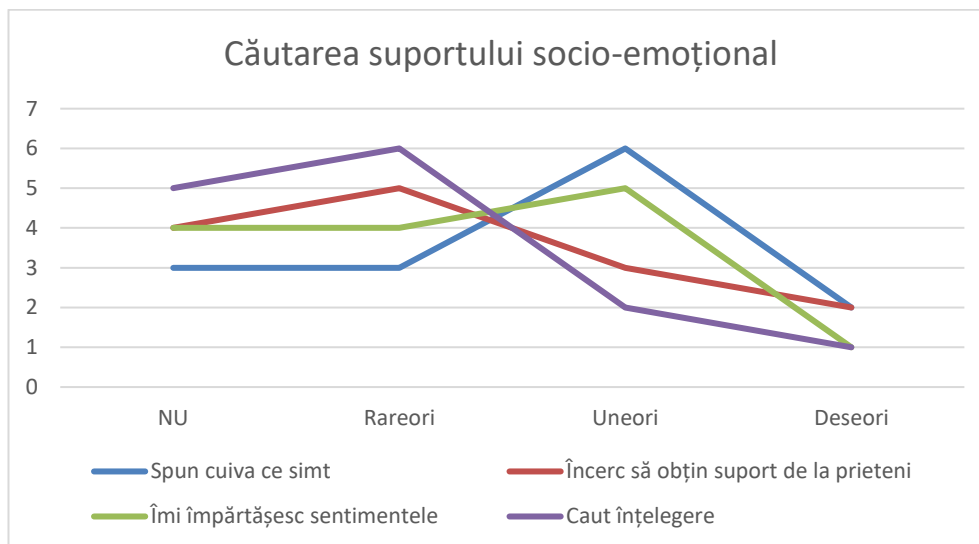
În cazul nostru, părinții au deja luni sau ani de experiență în gestionarea manifestărilor autismului, iar pandemia Covid19 nu este considerată chiar cea mai grea trăire, ținând cont că unele comportamente autiste implică forme severe de

## Repere teoretice și bune practici în psihologie

agresivitate, retard în dezvoltare și dificultăți în exprimarea nevoilor și relaționare în general.

Rețineră de la acțiune a unor părinți a constat în faptul că nu au dorit să încerce să facă ei terapie acasă, din dorința de a nu strica munca psihologilor sau de a nu greși cumva în predarea unor abilități.

Dintre mecanismele de coping centrate pe emoții, căutarea suportului socio-emoțional a obținut punctajul cel mai mare, astfel că am putut identifica măsura în care persoanele au tins să solicite înțelegere, compasiune sau suport moral de la prieteni, rude pentru a elimina distresul.



Celelalte strategii de coping centrate pe emoție, precum descărcare emoțională, pasivitate comportamentală, negare etc. se găsesc la coada ierarhiei ce ne indică faptul că părinții copiilor cu autism au ales cu precădere strategii de coping focalizate pe problemă și pe acțiune.

Am prezentat mai sus mecanismele de coping cele mai utilizate de aparținătorii copiilor diagnosticați cu autism. În cele ce urmează, voi sumariza răspunsurile scurtului interviu, ce a conținut întrebări specifice subiectului nostru și anume: dificultățile întâmpinate în ceea ce a privit copilul, nevoile aparținătorilor și cum a fost afectată viața de familie în perioada izolării la domiciliu.

Dintre dificultățile cele mai frecvente menționate de către părinți se regăsesc:

- Lipsa posibilităților de socializare cu alți copii de aceeași vârstă;

### *Reșere teoretice și bune practici în psihologie*

---

- Lipsa organizării unei rutine;
- Timpul lung petrecut în fața ecranelor;
- Limitarea activităților în afara casei.

La întrebarea „Care sunt nevoile dumneavoastră în această perioadă?”, părinții au răspuns astfel:

- Nevoia de socializare cu alți adulți, a fost cea mai menționată;
- Nevoia de relaxare și de plimbare în afara casei;
- Înțelegere și nevoia de a vorbi cu cineva.

Cât despre afectarea vieții de familie cele mai frecvente răspunsuri au fost următoarele:

- Viața de familie nu a fost afectată;
- Viața de familie a devenit mai bună, prin faptul că familia este întregită, astfel s-au apropiat;
- Viața de familie a fost afectată prin neliniștea legată de situația terapeutică incertă a copilului și de situația financiară, părinții fiind obligați să suspende activitatea lucrativă pe perioada situației de urgență.

În concluzie, în cazul nivelului de stres indus de izolare, putem spune că a fost același cu al tuturor oamenilor obligați să stea în izolare la domiciliu. Dintr-un studiu independent realizat în perioada 21 martie – 20 aprilie 2020, reiese că respondenții au simțit un nivel mediu de stres și anume 35,6%, folosind următoarele activități pentru a depăși situația: structurarea unui program, cu activități diverse, să descopere noi hobby-uri, să adopte un animal, gătit, desen, muzică, filme, grădinărit etc.

Famiile cu un copil cu autism au resimțit în această perioadă lipsa socializării, atât pentru copil, cât și pentru părinți, conform răspunsurilor primite. Nevoia de socializare este una de bază a oamenilor și faptul că a fost menționată cel mai frecvent este ușor de înțeles. În viața cotidiană interacționăm cu oamenii la serviciu, la magazin, la școală etc. și când deodată acest lucru nu a mai fost posibil decât prin intermediul tehnologiei, atunci această nevoie a devenit mai conștientă decât în mod normal. Prin faptul că au comunicat cu alte persoane aflate în aceeași situație au conștientizat că mulți părinți trec prin astfel de nevoi și dificultăți, astfel au acceptat mai ușor situația și au reușit să se adapteze mai ușor (Sicile-Kira, 2017).



### **2.3.Repere semnificative obținute în urma interpretării rezultatelor**

Așa cum am descris în cele de mai sus, rezultatele obținute în urma aplicării Scalei de coping Cope în cazul aparținătorilor copiilor diagnosticați cu autism, au în top următoarele strategii de coping:

1. Planificarea;
2. Copingul activ;
3. A. Eliminarea activităților curente;
- b. Căutarea suportului socio-instrumental;
- c. Acceptarea.

Comparând cu viața cotidiană a acestor familii, diferențele nu sunt foarte mari, deoarece părinții planifică și organizează timpul în funcție de nevoile copilului cu autism. Mai ales că așa cum bine știm în recuperarea autismului este esențial un plan bine stabilit ce cuprinde rutinele casnice, intervenția terapeutică și socializarea. De asemenea, pentru părinți este important timpul petrecut în afara satisfacerii nevoilor copilului cu autism și anume: serviciul, întâlniri cu prieteni etc.

Oricât s-ar ține de această planificare, aparținătorii sunt nevoiți uneori să elimine alte activități precum timpul liber sau neglijarea propriilor nevoi în general.

Comportamentul și evoluția copiilor cu autism poate fi imprevizibilă și planul de intervenție necesită ajustare periodică, astfel că părinții au dezvoltat deja mecanisme de coping precum adaptare la situații noi prin coping activ și acceptare. Ei știu că nu este timp de pierdut cu lamentări și că acțiunea este cea care aduce rezultatele dorite (Predescu,2011).

În acest maraton al recuperării autismului, părinții renunță la ei înșiși, mai ales în prima fază a diagnosticării, însă apoi se mobilizează spre acțiune, înțelegând astfel că această cursă este de lungă durată și că nu poți grăbi lucrurile.

Aparținătorii copiilor cu autism învață să renunțe la așteptări și își schimbă percepția despre ce înseamnă viața de familie. Fiecare își crează propria versiune de familie, în care lucrurile decurg diferit față de familiile tipice.

După ce trec prin doliul după viața de familie ideală imaginată anterior, mulți părinți realizează că pentru a gestiona noua situație au nevoie de energie, resurse, dar și timp propriu.

### **3. Recomandări practice folosite în perioada izolării la domiciliu pentru familiile cu un copil cu TSA**

Părinții copiilor cu TSA au nevoie de o energie ieșită din comun pentru a satisface provocările cu care se pot confrunta de-a lungul timpului. Însă, știm că această energie este limitată și este necesar să există obiceiuri care să reprovizioneze resursele.

Unii părinți se simt copleșiți atunci când aud recomandarea : pune-te pe primul plan cel puțin 15 minute pe zi. Dacă numai gândul la această strategie de coping, le trezește griji, atunci este exact ceea ce au nevoie.

Pentru a trăi viața prin alegeri conștiente și creative și nu pe pilot automat, este în regulă să planuiești momente reconfortante pentru fizic, minte și suflet. Fiecare adult poate analiza ce îl seacă inutil de energie și să elimine acea activitate și ce ar putea adăuga la stilul de viață care să-i ofere o relaxare sănătoasă.

Fără îngrijire de sine, părinții pot ajunge la epuizare, iritabilitate și la sentimentul de lipsă de control.

O altă recomandare pentru perioada de izolare la domiciliu pe care am făcut-o părinților a fost aceea de a implica toți membrii familiei în activități și sarcini, astfel ca nimeni să nu simtă că face prea mult. Așa s-au simțit mai uniți, au colaborat mai mult și au realizat că sunt mai relaxați și fiecare a avut timp și pentru el.

Copilul cu autism a avut un plan organizat de activități și am recomandat des, ca acesta să fie implicat mult în rutinele de zi cu zi, cum ar fi: să ajute la făcutul patului, la gătit (să se joace în cocă, să taie cu un cuțit ceramic legume fierte sau fructe moi, să apese pe butoane electrocasnicelor când este necesar, să numere morcovii pentru supă etc.).

Mulți părinți s-au plâns de timpul petrecut în fața ecranelor, dar le-am sugerat să caute aplicații cu jocuri logice, puzzle-uri, jocuri de cuvinte, cu numere, desene animate cu episoade scurte, pe baza cărora să pună întrebări sau copilul să povestească episodul (în funcție de abilitățile fiecărui copil). Să vizioneze împreună filme pentru copii, organizate ca la cinema cu popcorn, să stingă lumina și astfel copilul să învețe protocolul social pentru cinema: să aștepte rândul la popcorn, să nu vorbească în timpul filmului, să nu se ridice fără un motiv întemeiat etc.

Bineînțeles că nu spun nimic nou când recomand echilibrul în toate. Dar le-am sugerat părinților să acorde timp pentru toate, atât pentru ei, cât și pentru ceilalți

copii. Copilul cu autism nu trebuie să devină centrul universului, în jurul căruia gravitează toate planetele: nu este ceva ce părinții pot susține pe termen lung, iar în societate (grădiniță, școală, parc etc.) acest lucru este, de asemenea, imposibil ca ceilalți să îi acorde copilului dumneavoastră atenție mai multă decât altor copii din colectivitate.

Cea mai importantă recomandare, care nu deservește doar în pandemie, ci poate fi considerată ca o regulă, este aceea de consecvență. Orice ar face părinții prin stilul lor de creștere a unui copil cu autism, trebuie să fie consecvenți: să impună limite, să se țină de program, să-i acorde copilului posibilitatea să devină independent, să respecte recomandările specialiștilor.

#### **4. Concluzii**

La începutul acestei mici cercetări, expectanțele s-au îndreptat către unele rezultate negative, părinți epuizați, fără resurse și care au nevoie de sprijin. Însă, descoperirea a fost că aceștia s-au mobilizat și s-au adaptat din mers. Familiile copiilor cu autism au decis să țină în continuare cont de obiectivele lor și s-au organizat întocmai. De asemenea, au apelat la familia extinsă și la psihologii colaboratori pentru a gestiona eventualele comportamente sau situații dificile posibile.

Părinții care au completat chestionarul și care au răspuns la întrebările adiționale îmi sunt clienți în cadrul cabinetului și după reluarea orelor de terapie, am putut constata că cei mici nu au avut regrese, ci doar deficite de atenție sau comportamente hiperactive și stagnarea abilităților de comunicare și socializare.

Recomandările propuse au fost formulate, în mare parte, pe baza a ceea ce părinții făcuseră deja și i-a ajutat de-a lungul anului pandemic. Deși carantina s-a terminat, restricțiile au continuat, copiii nu au mers la școală, nu au mers în spațiile de joacă și familiile copiilor cu autism au fost obligate să se adapteze fiecărei etape și le-a reușit.

## **5. Bibliografie**

- American Psychiatric Association - DSM-5, *Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale*, București, 2016.
- Chantal Sicile-Kira, *Tulburarea de spectru autist*, București, 2017.
- Ciupercă Cristina, *Tratat de psihosociologia familiei*, Craiova, 2012.
- Cooper J., *Analiza aplicată a comportamentului*, București, 2016.
- Dattilio M., *Terapia cognitiv-comportamentală de cuplu și familie*, Editura RTS, Cluj, 2010.
- Kandel E., *Mintea tulburată*, Editura Polirom, Iași, 2020.
- Konya Z., *Terapie familială sistemică*, Editura Polirom, Iași, 2012.
- Mitrofan I., *Terapii de familie*, Editura SPER, București, 2012.
- Mureșan C., *Autismul Infanțil. Structuri psihopatologice și terapie complex*, Cluj, 2007.
- Peeters T., *Autismul – Teorie și intervenție educațională*, Editura SPER, București, 2012.
- Predescu L., *Cu autismul la psiholog*, Editura for You, București, 2011.
- Robert Naseef, *Special Children, Challenged Parents: The Struggles and Rewards of Raising a Child with a Disability*, Revised Edition, 2001, U.S.A.
- Silberman S., *Neurotriburi – Istoria uitată a autismului*, Editura Frontiera, București, 2016.
- Tudose F., *Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*, Editura Trei, București, 2011.
- Vasile D., *Trauma familială și resurse compensatorii*, Editura SPER, București, 2012.
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

## **DIMENSIUNI PSIHOSOCIALE, FAMILIALE ȘI INTERVENȚIONALE ALE ALCOOLISMULUI**

**Grigore Ionașcu<sup>1</sup>**

### **1. Introducere**

*Alcoolul* este un drog din clasa inhibitorilor difuze ale sistemului nervos central, care este folosit de o parte deloc neglijabilă dintre tineri și persoanele adulte de toate vârstele. Utilizarea netemperată și/sau îndelungată a lui (abuzul) ajunge să inducă tulburarea denumită în mod obișnuit *alcoholism*. Alcoholismul este o afecțiune cu numeroase consecințe biologice, psihice, familiale și sociale atât pentru băutor, cât și pentru familia sa (co-dependenți) sau grupul său social (Driga și Robu, 2005; Vraști, 2001).

Dintr-o perspectivă care abordează alcoholismul ca pe o maladie, acesta poate fi definit ca o boală primară cronică generată de consumul de băuturi alcoolice, care se dezvoltă în mod insidios în timpul și în continuarea consumului obișnuit social de alcool și se manifestă ca o tulburare de comportament constând în consum alcoolic excesiv, dezadaptativ și recurent, în pofida unor probleme și complicații somatice, psihice și sociale pe care acesta le provoacă (Driga, Postelnicu și Cosmovici, 1999). Dicționarele din domeniul științelor comportamentale (Matsumoto, 2009) operează diferențierea între alcoholismul acut (abuzul de alcool pe termen scurt, precum consumul excesiv cu o singură ocazie sau starea de beție situațională) și alcoholismul cronic (abuzul de alcool pe termen lung, care interferează semnificativ cu abilitatea unei persoane de a funcționa în viața de zi cu zi, în familie, la locul de muncă sau în relațiile sociale). Nucleul simptomatologic al alcoholismului cronic include dependența (fiziologică și psihică), tulburările metabolice, digestive și neurofiziologice, deteriorarea funcționării mentale, respectiv deprecierea

---

<sup>1</sup> Drd, Universitatea Pedagogică de Stat, "Ion Creangă" Chișinău

capacităților personale și sociale.

Asociația Americană de Psihiatrie a clasificat dependența și abuzul de alcool în trei categorii (pe care societatea le denumește, în mod comun, prin termenul „alcoolici”), după cum urmează (Strickland, 2001): a) persoane care consumă regulat alcool, de obicei zilnic, în cantități mari (dependenții); b) persoane care consumă alcool în mod regulat și excesiv, dar, spre deosebire de primul grup, dețin controlul și limitează consumul la momentele în care pot exista mai puține consecințe sociale și profesionale, precum *weekend*-urile; c) băutorii care petrec perioade lungi de abținere înainte de a trece printr-o fază de consum excesiv (dipsomanii); o perioadă de exces poate dura o noapte, un *weekend*, o săptămână sau mai mult. Adesea, persoanele din ultimele două categorii nu solicită suport deoarece controlul pe care îl exercită asupra propriului lor comportament de consum le permite să mențină la un nivel normal programul de lucru și să funcționeze în parametri optimi la locul de muncă, în viața lor familială sau în cea academică, fără a face excese.

## **2. Fațete ale instalării dependenței patologice de alcool**

Până în prezent, nu există un consens în ceea ce privește delimitarea unui tipar al „personalității alcoolice”. R. Vraști (2001) descrie trei faze ale instalării dependenței de alcool, după cum urmează:

✓ *Primul contact cu alcoolul.* Are loc la vârste diferite și în circumstanțe diverse, cu efecte variate. Un grup restrâns de subiecți se opresc după acest prim contact. Întreruperea oricărui contact cu alcoolul în acest stadiu ține, în genere, de factori biologici care condiționează o intoleranță fiziologică față de alcool sau de factori culturali și religioși particulari. Însă, majoritatea subiecților ating stadiul al doilea, și anume cel experimental.

✓ *Stadiul experimental.* Subiectul „învață” să controleze diversele băuturi alcoolice, propria sa capacitate de a bea, preferințele pentru anumite modalități de alcoolizare, reglementările scrise sau pe cele implicite privitoare la consumul de alcool. Un grup relativ restrâns de subiecți poate rămâne cantonat în acest stadiu și încetează consumul după „perioada experimentală” care poate fi mai lungă sau mai scurtă.

✓ *Stadiul dependenței.* Această etapă se caracterizează printr-o dublă dependență de alcool: fiziologică și psihică. Subiectul își pierde orice libertate de decizie și orice posibilitate de a sista consumul de alcool. Această „pierdere a controlului” cum o

denumea Jellinek, „pierdere a libertății” (Fouquet) sau „alterare a controlului” (Edwards) poate varia mai mult sau mai puțin sub presiunea exteriorului sau în funcție de anumiți factori individuali. Se insistă asupra faptului că, chiar și în acest stadiu, conduita alcoolică nu este fixată iremediabil, precum și asupra faptului că subiectul dependent poate, în anumite momente, să-și modifice consumul, adaptându-l uzajelor specifice mediului său socio-cultural. În absența intervenției medicale și psihoterapeutice, utilizarea necontrolată a alcoolului se perenizează și poate evolua spre complicații grave.

Alcoolul îi afectează pe consumatori în mod diferit. Nivelul alcoolului în sânge poate fi influențat de vârstă, sex, condiția fizică (de exemplu, greutatea sau starea sănătății fizice), cantitatea de alimente consumate anterior sau prezența unor medicamente în circuitul sanguin. În plus, diferitele băuturi pot conține diferite concentrații de alcool. În sens neurobiologic, termenul referitor la dependența de alcool (*sindromul alcoolic*) acoperă următoarele sensuri (Vraști, 2001):

✓ *dependența fiziologică* – semnele caracteristice sevrajului, care apar la indisponibilitatea alcoolului; „micile” semne sunt cele mai frecvente și se observă cu ocazia sevrajelor voluntare; este vorba despre simptome neuromusculare (tremurături ale mâinilor și limbii, crampe, paretezii), digestive (grețuri, vomismente), neurovegetative (transpirații, tahicardie, hipotensiune ortostatică) și psihice (anxietate, iritabilitate, dispoziție depresivă, tulburări hipnice – insomnii, coșmaruri); unii autori grupează aceste simptome în termenul „sindrom hiperestezic-hiperemotiv”; de asemenea, clinicienii descriu accidente manifestate prin sevraj sever, de tipul *predelirium*-ului, *delirium*-ului *tremens* sau al convulsiilor;

✓ *dependența psihică* – dorința de a consuma și comportamentul de căutare activă a produsului adictiv; dependența psihică se instalează de o manieră progresivă, mai mult sau mai puțin precoce; vârsta debutului dependenței și rapiditatea instalării par să varieze destul de mult în funcție de fiecare subiect în parte; pentru o persoană cu vârsta cuprinsă între 20 și 30 ani, o perioadă de mai mulți ani de consum excesiv antrenează apariția unei dependențe spre vârsta de 30 ani, determinând o primă spitalizare pentru alcoolism în medie între 35 și 45 ani; la femei, consumul excesiv debutează, de regulă, la o vârstă mai avansată și poate antrena o dependență foarte rapidă (în decurs de 6-18 luni);

✓ *toleranța* – pierderea progresivă a sensibilității la efectele alcoolului, ceea ce conduce la consumarea unor cantități din ce în ce mai mari sau a acelorași cantități, însă cu o frecvență crescută, pentru a se putea obține efectele dorite; într-o primă

fază a conduitei de consum, toleranța la alcool permite creșterea consumului în paralel; această fază „fericită” amorsează instalarea dependenței, prin faptul că băutorul consumă frecvent cantități mari de alcool, fără ca vreo tulburare fiziologică, psihică sau comportamentală să survină ca un semnal de alarmă; într-o a doua fază, adesea destul de tardivă în decursul evoluției consumului patologic, toleranța are tendința de a descrește progresiv, deoarece sistemele fiziologice care sunt implicate în procesarea etanolului (în special sistemul microsomial hepatic) nu mai pot face față metabolismului depășit de excesele de consum; în consecință, persoana nu mai suportă alcoolul și, deși își restrânge consumul, intoxicația acută se instalează cu rapiditate (după o cantitate mică de alcool ingerat), iar aceasta în absența efectelor psihice pozitive, pe care băutorul le obținea altădată.

Elementul esențial al abstinentei de la consum îl constituie apariția unor *modificări de comportament dezadaptative*, care sunt însoțite de manifestări fiziologice și cognitive (DSM-5, 2013). Simptomele care apar nu se datorează unei condiții medicale generale sau unei tulburări mentale. Diferența de diagnostic dintre abținerea și intoxicație este aceea că simptomele abstinentei apar atunci când dozele sunt reduse sau stopate, în timp ce simptomele caracteristice intoxicației se ameliorează după ce administrarea alcoolului încetează. De asemenea, simptomele abstinentei au consecințe semnificative în domeniul social și în cel profesional, precum și în alte arii ale funcționării individuale.

*Sindromul abstinentei de la consumul de alcool* se caracterizează prin dezvoltarea de simptome de abținere în decurs de aproximativ 12 ore după reducerea aportului, care se loc după o perioadă prelungită de consum excesiv (DSM-5, 2013). Deoarece abținerea de la alcool poate fi neplăcută, persoanele dependente pot continua să consume alcool în ciuda consecințelor adverse, adesea pentru a evita sau ușura simptomele caracteristice abstinentei. Sindromul abstinentei de la alcool include două sau mai multe dintre următoarele simptome (DSM-5, 2013): hiperactivitate vegetativă (transpirație și puls cardiac mai mare), tremur marcat al mâinilor, insomnie, greață sau vomă, halucinații sau iluzii vizuale, tactile sau auditive tranzitorii, agitație psihomotorie, anxietate și crize de tip *grand mal*. Când sunt observate halucinații sau iluzii, clinicianul poate specifica „cu perturbări perceptivă”. Simptomele ating maximul de intensitate în cursul celei de-a doua zile de abținere și este posibil să se amelioreze considerabil în cea de-a patra sau a cincea zi. Însă, după abținerea acută, anxietatea, insomnia și disfuncțiile vegetative pot persista timp de 3 până la 6 luni, dar cu o intensitate mai redusă.



### **3. Alcoolismul: între drama individuală și implicațiile familiale**

Deși societatea consideră alcoolismul drept o boală rușinoasă și îl condamnă pe alcoolic, acesta nu trebuie judecat. El nu este un om „rău”, „irecuperabil”, „ratat” sau „păcătos” așa cum este etichetat de foarte multe ori, ci un om cu certitudine bolnav (Driga și Robu, 2005). Desigur, lipsa de voință imputată adesea alcoolicului este oarecum justificabilă. Voința este primul lucru de care alcoolismul îl lipsește pe consumatorul dependent. O persoană devine alcoolică cu mult înainte de a-și seama de acest lucru. După ce începe să perceapă faptul că depinde de băutură, persoana tinde să refuze această realitate (așa-numitul fenomen de *negare a realității*). Persoana consideră și argumentează că alcoolici sunt cei care beau mai mult decât ea. S-a afirmat că minciuna și reaua credință constituie o regulă pentru persoanele alcoolice, dar negarea realității pe care o practică de foarte multe ori alcoolicul se adresează mai mult lui însuși decât celor din jur. Pentru alcoolic, este mai important să se dezinformeze pe el însuși (pentru a reduce tensiunea psihică care provine din conștientizarea unei posibile pierderi a controlului asupra propriei sale vieți și pentru a-și salva imaginea și stima de sine) decât pe cei din jurul său. O. Driga, C. Postelnicu și N. Cosmovici (1999) argumentează că negarea oferă un caracter particular alcoolismului. Este vorba despre un set complex de procese și mecanisme psihice defensive (desigur, în cea mai mare parte inconștiente) prin care alcoolicul distorsionează realitatea (faptul că bea fără a se controla, faptul că propriul comportament îi poate afecta negativ existența și îl poate exclude din viața familiei) pentru a-și justifica consumul și, uneori, pentru a respinge eventualele influențe sanogene din mediul său social (rezistența la tratament).

Unele studii au analizat impactul pe care structura unei familii, calitatea relațiilor dintre membrii acesteia, modelele comportamentelor transmise de către părinți (de exemplu, propriul lor comportament de consum sau normele transmise copiilor în ceea ce privește utilizarea alcoolului), nivelul și calitatea monitorizării copiilor etc. îl au asupra dezvoltării (la diferite vârste, dar mai ales în adolescență) a dependenței de alcool în rândul copiilor (Bratek *et al.*, 2013; Chilcoat și Anthony, 1996; Kosterman *et al.*, 2000; Kuehn, 2006; Latendresse *et al.*, 2009; White, Johnson și Buyske, 2000).

În psihologia cuplului și a familiei, precum și în domeniul psihoterapiei, familia este conceptualizată ca un sistem dinamic ce include procese sociale, emoționale, de comunicare și tranzacționale care sunt impactate de caracteristicile individuale ale fiecăruia dintre membri, precum și de expectanțele pe care aceștia le au și experiențele pe care le împărtășesc (Day, 2010; Turliuc, 2004). În timp, prin

### *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

constanța, calitatea și profunzimea experiențelor pe care membrii unei familii le trăiesc împreună, un sistem familial dobândește o serie de caracteristici intrinseci și propria lui identitate, două dimensiuni care îi asigură funcționarea pozitivă și stabilitatea. Caracteristicile sunt delimitate de *pattern*-urile de interacțiune emoțională și socială dintre membri, modalitățile în care aceștia depășesc solicitările stresante, oportunitățile pentru dezvoltarea individuală și stilul de viață general. Pe de altă parte, sistemele familiale normale se caracterizează prin anumite procese tranzacționale care implică integrarea fiecărui membru cu propriile sale resurse, participarea activă a acestuia la viața sistemului familial, precum și menținerea și creșterea unității familiei, în relație directă cu două subsisteme majore, și anume individual și social (Turliuc, 2004).

Un aspect cheie de care trebuie să ținem cont în analiza dinamicii unui sistem familial îl reprezintă experiențele emoționale pozitive care sunt trăite și exteriorizate între granițele sistemului. Acestea constituie o importantă sursă de suport pentru membrii familiei, un factor care contribuie la afirmarea individualității și la explorarea mediului social extern (Turliuc, 2004). Alături de exprimarea constantă și deschisă a afectivității, experiențele emoționale pozitive reprezintă cea mai solidă bază pentru conexiunile care mențin coeziunea și adaptabilitatea unei familii. În schimb, afectivitatea negativă și conflictualitatea reprezintă un factor de risc pentru procesele de separare psihologică și pentru destrămarea legăturilor solide din interiorul unui sistem familial.

Familia joacă un rol esențial în creșterea, socializarea și maturizarea copiilor, sarcinile sale de bază fiind satisfacerea nevoile emoționale ale membrilor săi, crearea unui sentiment de securitate și transmiterea/educarea atitudinilor sănătoase și a valorilor socio-morale. Pentru orice societate, familia reprezintă instituția de bază care asigură supraviețuirea, protecția și dezvoltarea armonioasă a unui copil. Când familia oferă îngrijire și suport, copilul va avea un start bun în viață și va crește, la rândul lui, ca un adult responsabil pentru sine și ceilalți. În schimb, când familia este disfuncțională, poate provoca în viitorul copilului dificultăți în găsirea propriului lui loc în societate. La rândul lor, aceste dificultăți (mai ales atunci când se cronicizează) pot crește riscul dezvoltării tulburărilor psihiatrice, printre care se numără și abuzul sau dependența de substanțe psihoactive. Având în vedere considerațiile de mai sus, este lesne de înțeles că dependența de alcool în rândul adulților are un impact negativ asupra dinamicii și calității vieții unui cuplu și a unei familii. În cele ce urmează, vom analiza modul în care dependența cronică de alcool, care poate fi prezentă la unul dintre părinți sau la ambii, impactează funcționarea celorlalți membri ai

familiei.

Se folosește termenul referitor la *co-dependență* pentru a se desemna ansamblul suferințelor și al modificărilor cognitive, emoționale, atitudinal-comportamentale și sociale pe care uzul excesiv de alcool le provoacă membrilor familiei alcoolicii și altor persoane apropiate acestuia, cum ar fi prietenii (personali, de familie) sau colegii de la locul de muncă (Driga și Robu, 2005). Trebuie precizat că negarea realității este prezentă într-o mare măsură și la co-dependenți. Partenerul de viață al unui alcoolic tinde să nege suferința din familie față de persoanele din afara acesteia și, uneori, să inducă copiilor acest „consemn al păstrării secretului”. Prin urmare, aceștia suferă fără a se confesa nimănui. De cele mai multe ori, procesul negării survine ca urmare a faptului că partenerul de viață consideră alcoolismul o boală rușinoasă sau dorește să evite eventualele oprobii din partea vecinilor și a comunității religioase din care face parte. Uneori negarea partenerului non-alcoolic este atât de încăpățânată, încât chiar și atunci când apare ca fiind evidentă necesitatea unui ajutor extern care trebuie oferit alcoolicii, partenerul de viață îl refuză (Driga și Robu, 2005).

Suferința co-dependenților maturi este grea, dar efectele produse asupra co-dependenților copii sunt, de multe ori, devastatoare. Alcoolismul părintelui le afectează unora dintre copii condițiile fundamentale pentru creștere și maturare, educația, sistemele de valori (prin lipsa unui model patern sau matern consistent) și, ceea ce este foarte grav, sănătatea mintală pentru întreaga viață. Suferința poate conduce la redutabile complicații, cum sunt dezvoltările patologice reactive sau comportamentele dezadaptative (Driga și Robu, 2005). Mai mult, modelul părintelui băutor este frecvent însușit de copil, astfel că șansa de dezvoltare ulterioară a alcoolismului este mai mare la copiii proveniți din familiile în care se bea în mod deschis decât la cei proveniți din familiile în care nu se bea, fără ca acest lucru să trimită neapărat spre ideea transmiterii ereditare a riscului pentru dependența de alcool.

*Analiza implicațiilor familiale ale alcoolismului* poate fi realizată din mai multe perspective care sugerează și *direcții ale intervenției psihosociale la nivel familial* (Robu, 2009). Astfel, nu este greu să ne dăm seama de faptul că alcoolismul este o „boală a familiei”. Suferă atât partenerul de viață/părintele care este dependent de alcool, cât și celălalt partener/părinte (care, la rândul lui, poate ajunge alcoolic sau nu), respectiv copiii sau părinții (în cazul adolescenților/tinerilor alcoolici). În primul rând, alcoolismul este o boală cu implicații familiale, deoarece, în unele cazuri, se transmite în familie. Este vorba despre contagiunea consumului de alcool inițial

abuziv și, apoi, dependent de la părinți la copii sau de la un soț la celălalt (Robu, 2009). Medicii au observat că, de obicei, există mai mult decât un singur alcoolic în familie. Din acest motiv, au susținut că există o tendință familială de a suferi de alcoolism. Totuși, încă nu s-a dovedit în mod consistent că alcoolismul ar fi o afecțiune pe care copiii o moștenesc de la părinții lor. În al doilea rând, alcoolismul este o „boală a familiei” pentru că dependența unui membru al familiei (de exemplu, soțul/tatăl copiilor) afectează negativ (și, de multe ori, irecuperabil) întreaga familie. Spre deosebire de alte afecțiuni, alcoolismul nu există doar în corpul și psihicul alcoolicului, ci este o maladie a relațiilor acestuia cu familia, cu prietenii, colegii de muncă și cu întreaga comunitate din care face parte. De aceea, intervenția pentru tratamentul alcoolicilor (recuperarea propriu-zisă și reducerea vulnerabilității la recidivă), respectiv pentru prevenirea alcoolismului trebuie să ia în calcul familia din care provine alcoolicul.

Multe dintre simptomele alcoolismului se regăsesc în comportamentul persoanelor semnificative din jurul alcoolicului (partener de viață, copii, părinți naturali, rude din familia lărgită). Cei din jurul alcoolicului (în special partenerul de viață și copiii, în caz că aceștia există) reacționează față de comportamentul acestuia: vor să-l controleze, să-i compenseze conduita sau să îl ascundă de ochii „răi” ai vecinilor, prietenilor, cunoscuților. De multe ori, se învinovățesc pentru (și se simt răniți cu privire la) conduita alcoolicului sau pentru faptul de a nu putea să-l determine să se oprească. Atunci când secretomania este puternică sau când soțul/soția și copiii nu mai găsesc resursele interioare pentru a face față problemelor, sfârșesc prin a manifesta ei înșiși probleme emoționale: unii „dau în patima băuturii”, în timp ce alții părăsesc căminul conjugal (familial), refugiindu-se într-o situație disperată. De aceea, *asistența psihologică și socială (imediată – situații de criză, dar și pe termen mediu și lung) a membrilor familiei alcoolicului (co-dependenți)* constituie un alt principiu pe care programele de tratament/prevenție ar trebui să-l integreze.

De multe ori, familia ajunge să fie la fel de obsedată (și anxioasă față) de conduita alcoolicului ca alcoolicul însuși, numai că familia încearcă să găsească un mod de a-l face pe alcoolic să renunțe la consumul excesiv și neîntrerupt, în timp ce alcoolicul încearcă să găsească (noi) modalități de a continua băutul (Robu, 2009). Ca urmare a obsesiilor, anxietății și disperării, membrii familiei uită de orice altceva și ajung să se neglijeze pe ei înșiși. Copiii sunt neglijăți de către soție/soț, prietenii sunt părăsiți, nu mai există nici un interes pentru lumea exterioară (relațiile sociale, distracțiile de familie, petrecerea concediilor), responsabilitățile casnice și profesionale pot fi afectate negativ. Prin urmare, modelele de tratament și prevenire în alcoolism trebuie

să țină seama de măsuri pentru restabilirea (și prevenirea alterării) funcționalității sistemului familial.

Atunci când alcoolicul are probleme din cauza băutului, membrii familiei se tem de răul care s-ar putea întâmpla, astfel încât fac totul pentru a-l scăpa de buclucuri. Îi fac treaba (preiau responsabilitățile casnice și/sau parentale ale alcoolicului – plătesc facturile, curăță mizeria pe care o lasă), mint pentru el (de exemplu, îl scuză față de șefii de la serviciu, îi scot actele necesare concediilor medicale etc.). Fără să își dea seama, soția (soțul) și copiii îi lasă alcoolicului posibilitatea de a continua să bea (disponibilitatea de timp și absența responsabilizării pentru viața de familie și pentru sarcinile profesionale). Co-dependenții nu își dau seama că, înlăturând toate consecințele negative și dureroase ale comportamentului de consum, nu fac decât să îi (re)întărească alcoolicului convingerea că va putea continua să bea, fără să i se întâmple ceva rău. Alcoolicul neagă că el ar avea vreo problemă. El neagă că ar avea nevoie de ajutor. Promite în repetate rânduri că se va „lăsa” de băutură. Acceptându-i promisiunile, membrii familiei continuă să nege problema, sperând în rezolvarea ei. Dar, problema revine în scurt timp. Familia unui alcoolic trebuie să știe că alcoolicul va asculta de ceea ce fac membrii familiei sale și nu de ceea ce spun (puterea exemplului și a concordanței dintre vorbe și fapte). Ca atare, *educarea membrilor familiei alcoolicului (prin consiliere) îi va învăța să gestioneze situația problematică*, prin (re)organizarea treburilor și a responsabilităților casnice, a timpului activ și liber al alcoolicului și al celorlalți membri, a relațiilor interpersonale etc., în vederea reducerii sau eliminării tuturor ocaziilor în care alcoolicul își va întări conduita adictivă.

Frustrați de comportamentul alcoolicului și de propria lor neputință de a-l controla și ajuta, gândindu-se că alcoolicul bea intenționat pentru că nu îi iubește, membrii familiei încep să îl privească cu mânie – mai ales copii, atunci când cresc și conștientizează mai clar problema părintelui (Robu, 2009). Astfel, ajung să se certe sau să se războvească unii pe alții pentru toate suferințele personale (de exemplu, mama pe copii sau pe adolescenții deveniți rebeli). Întreaga casă devine un veritabil câmp de bătălie (cu suferințe deschise sau mascate, certuri și situații tensionate latente sau explozive, fuga de acasă a copiilor etc.), în care alcoolicul nu este capabil să intervină. Membrii familiei nu își dau seama că alcoolicul bea din cauză că nu se poate opri și că, uneori, el însuși se urăște pentru acest comportament. Pedepsindu-l pentru comportamentul său, membrii familiei nu fac altceva decât să îi întărească alcoolicului convingerea că nu este demn de iubirea lor. Astfel, îi anihilează acestuia sentimentul de vinovăție, deoarece alcoolicul va considera că, fiind deja pedepsit

pentru dependența de alcool, își plătește greșelile. Imaginându-și că a plătit pentru comportamentul său, alcoolicul va bea din nou, ori de câte ori ciclul se reia. În acest fel, simptomul este întreținut, iar lucrurile se agravează. Prin urmare, *restructurarea schemelor cognitive disfuncționale ale membrilor familiei (inclusiv ale alcoolicului), care întrețin problema* este o direcție a intervenției familiale și individuale.

#### **4. Coordonate ale intervențiilor psihologice și comunitare adresate persoanelor dependente de alcool**

Din punct de vedere psihologic, este deosebit de importantă *detectarea timpurie a alcoolicilor* (Gelder, Gath și Mayou, 1994). Evaluarea preliminară trebuie să cuprindă un istoric complet al consumului de alcool și o apreciere a problemelor medicale, psihologice, profesionale și sociale cu care se confruntă alcoolicul. Această evaluare constituie de multe ori chiar primul pas al tratamentului, datorită faptului că persoana dobândește o nouă perspectivă asupra problemei sale. *Planul terapeutic* trebuie să fie explicit, iar primele obiective sunt de preferat să fie fixate pe termen scurt (de exemplu, abținerea timp de două săptămâni). Prin obiectivele pe termen lung, se va încerca modificarea factorilor care contribuie la și mențin consumul excesiv de alcool. Conform modelului medical al alcoolismului, persoana dependentă de alcool trebuie să ajungă la abținerea totală pentru restul vieții, datorită faptului că un singur pahar poate duce la recidiva dependenței. Grupul de sprijin *Alcoolici Anonimi* și-a făcut din acest deziderat principiul de bază al abordării terapeutice.

Intervenția psihologică adresată persoanelor alcoolice se poate realiza prin terapie de grup, terapie pentru sprijinul individual, terapie comportamentală, precum și prin alte abordări. *Terapia de grup* reprezintă abordarea cel mai frecvent folosită în cazul alcoolicilor. Aceasta presupune întâlniri frecvente cu aproximativ zece persoane, împreună cu unul sau mai mulți psihologi (facilitatori). Scopul terapiei este de a-i determina pe alcoolici să își observe propriile probleme, care sunt similare cu ale altor persoane din grup și să găsească împreună modalități eficiente de a le rezolva (Popoviciu și Popoviciu, 2005). Factorii care facilitează reușita terapiei de grup sunt: sentimentul apartenenței la grup, învățarea din succesele și greșelile altora, descoperirea problemelor similare, altruismul, învățarea pe baza reacțiilor altora față de propriul comportament, modelarea comportamentului și posibilitatea de exprimare deschisă și curajoasă a emoțiilor.

*Terapia pentru sprijinul individual* are ca scop ajutorarea persoanei consumatoare

de alcool atunci când trece printr-o perioadă de criză care este cauzată de o boală somatică, de probleme emoționale sau de dificultăți profesionale/sociale. Una dintre componentele esențiale ale terapiei este ascultarea. Astfel, persoana este încurajată să vorbească despre problemele sale, în timp ce terapeutul ascultă și oferă sfaturi sau un ajutor concret. În momentul în care terapia pentru sprijinul individual este folosită cu alcoolicii aflați în starea acută de dependență, aceștia sunt ajutați să își exprime emoțiile negative și pozitive. Totodată, alcoolicul care caută sprijin terapeutic este încurajat să-și asume responsabilitatea pentru propriile acțiuni și să caute soluții pentru rezolvarea dificultăților curente.

Între anii 1960 și 1990, interesul pentru *metodele comportamentale* care se concentrează asupra actului de a consuma alcool și nu asupra problemelor psihologice asociate dependenței a cunoscut o creștere semnificativă, mai ales în SUA și Marea Britanie (Gelder, Gath și Mayou, 1994). Dezvoltarea terapiei comportamentale este strâns legată de reacțiile științifice împotriva abordării psihanalitice. În ciuda faptului că terapeuții comportamentaliști nu împărtășesc o singură abordare teoretică și nu aderă la aceleași tehnici terapeutice, cu toții sunt de acord că accentul trebuie pus pe comportamentele observabile (Popoviciu și Popoviciu, 2005). În cadrul terapiei comportamentale realizată cu alcoolici, accentul cade pe obiceiurile dezadaptative care sunt asimilate de individ pe parcursul vieții. Aceste obiceiuri iau naștere prin asocierea dintre un comportament (de exemplu, băutul) și efectul benefic imediat (starea de euforie, aparenta stare de bine) al acestuia. Este vorba despre intervenția mecanismului întăririi comportamentelor. Scopul terapiei este ca persoana alcoolică să învețe să identifice pulsivitatea de a bea și să găsească alte căi prin care să-i răspundă (înlocuirea simptomului problemă). În tratamentul dependenței de alcool, terapia comportamentală presupune modificarea acelor situații (stimuli) care contribuie la menținerea comportamentului disfuncțional (băutul).

Alcoolismul apare întotdeauna în interiorul unei comunități, astfel încât *dezvoltarea intervențiilor la nivel comunitar* presupune înțelegerea aspectelor legate de influența comunitară și de felul în care aceasta contribuie la problemele persoanelor care ajung dependente de alcool (Popoviciu și Popoviciu, 2005). Metodele de intervenție presupun acțiuni, eforturi sau politici care au ca scop reducerea incidenței alcoolismului în populația generală. Efectele acestor metode sunt mai degrabă indirecte, prin intervenția unor variabile mediatore. Serviciile comunitare de intervenție pentru persoanele alcoolice includ trei direcții distincte (Popoviciu și Popoviciu, 2005): a) prevenirea alcoolismului; b) dezvoltarea serviciilor de

recuperare a persoanelor alcoolice; c) sprijin în vederea reintegrării sociale a alcoolicilor și a familiilor acestora.

În *prevenirea dependenței de alcool*, comunitatea poate influența modalitățile de consum la nivelul populației. După M. Gelder, D. Gath și R. Mayou (1994), se poate apela la trei metode de reducere a dependenței de alcool: a) ridicarea prețului alcoolului – metoda cea mai simplă ca implementare și cea mai eficientă, în special într-o societate nedezvoltată din punct de vedere economic; b) controlul sau abolirea publicității la băuturile alcoolice; c) controlul vânzărilor de alcool, prin limitarea atât a orelor de debitare, cât și a localurilor de desfacere a băuturilor alcoolice. După H. Holder (1998), eforturile de prevenire a alcoolismului care sunt organizate la nivel local nu iau în considerare sistemele dinamice în cadrul cărora apar problemele legate de abuz/dependență. Din acest motiv, o mare parte a programelor de profilaxie comunitară, care se focalizează pe problemele individuale ale băutorilor, conduc la rezultate doar pe termen scurt. *Abordarea sistemică*, pe care Holder a propus-o, este o metodă mai complexă din punct de vedere conceptual, scopul prevenției fiind acela de a modifica sistemul social într-o manieră care să favorizeze reducerea problemelor identificate în comunitate. Premisa de la care pornește această abordare este că strategiile de prevenție sunt mult mai eficiente în momentul în care sunt focalizate pe întreaga comunitate și nu doar pe persoanele aflate în riscul de a deveni dependente de alcool.

La nivel colectiv, prevenirea alcoolismului poate fi realizată prin intervenții a căror atenție trebuie să se concentreze pe întreaga sferă de procese comunitare care, la rândul lor, influențează abuzul/dependența de alcool (Popoviciu și Popoviciu, 2005). Din această perspectivă, strategiile educaționale trebuie orientate în trei direcții: a) campanii/programe educaționale publice (desfășurate în școli, Biserică sau prin intermediul mass-mediei); b) acțiuni intervenționale în cadrul cărora comunicarea este îndreptată spre grupuri specifice (adolescenți, tineri consumatori de substanțe psihoactive, mame singure, persoane depresive, bătrâni abandonați etc.); c) crearea unei baze legislative, în scopul reducerii disponibilității băuturilor alcoolice. Totuși, M. A. Pentz (2000) notează câteva dintre dezavantajele abordării sistemice bazată pe profilaxia comunitară a consumului de substanțe psihoactive (tutun, alcool, droguri etc.), observând că, în primul rând, costurile sunt mult mai mari. De exemplu, prin comparație, programele comunitare largi costă de aproximativ patru ori mai mult decât cele desfășurate în instituțiile școlare. În al doilea rând, ca întreg, comunitatea constituie un cadru de implementare mult mai diversificat și, prin aceasta, mai greu de controlat. În al treilea rând, comunitățile tind să adopte



programe profilactice axate pe probleme specifice (de exemplu: abuzul de alcool, șomaj, sărăcie etc.), astfel că programele mai generale nu pot fi standardizate și aplicate în cadrul mai multor comunități. Totuși, un rol important pe care comunitatea îl poate juca este acela de a oferi sprijin în vederea reintegrării sociale atât a persoanei alcoolice, cât și a familiei acesteia.

S-a observat că factorul cel mai important în reabilitarea persoanei alcoolice este continuarea tratamentului. Din acest motiv, una dintre formele în care este organizată terapia prin care se urmărește susținerea persoanelor dependente de alcool este *Alcoolici Anonimi*. Este vorba despre o organizație de autoajutorare fondată în orașul Akron din SUA în anul 1935 (cf. Popoviciu și Popoviciu, 2005). Doi ani mai târziu, au apărut încă două centre, și anume în New York și Cleveland. În Europa, programul *Alcoolici Anonimi* a fost extins prima dată în Marea Britanie în anul 1947. Programul are un caracter spiritual, în ciuda independenței ecleziale. Scopul principal este abținerea completă. Singura condiție pentru participare este dorința reabilitării, care ar fi suficientă pentru depășirea cu succes a dependenței (Gelder, Gath și Mayou, 1994). Totuși, organizația *Alcoolici Anonimi* nu este potrivită pentru orice dependent, deoarece întâlnirile presupun o anumită atmosferă afectivă în care participanții își mărturisesc problemele și nu toți sunt deschiși spre această abordare. Studiul condus de Dawson a arătat că persoanele care au frecventat grupurile de *Alcoolici Anonimi* sunt de două ori mai predispuse să nu mai consume alcool în următorul an, comparativ cu persoanele care nu au primit niciun fel de ajutor psihoterapeutic în efortul de reabilitare (cf. Popoviciu și Popoviciu, 2005). De asemenea, un studiu efectuat în anul 2000 a arătat că persoanele care au frecventat întâlnirile grupului *Alcoolici Anonimi* au șanse mai mari să rămână abținente în următorii trei ani, în comparație cu persoanele care au beneficiat de un tratament formal. Totuși, după opt ani, nu s-au mai evidențiat diferențe semnificative între rezultatele membrilor grupurilor asistate prin organizația *Alcoolici Anonimi* și persoanele care nu au beneficiat de un altfel de tratament.

*Al-Anon* este o organizație care s-a născut odată cu *Alcoolici Anonimi*, însă pentru ajutorarea partenerului de viață al persoanei care este dependentă de alcool. Această abordare încurajează detașarea partenerului de viață față de soțul/soția alcoolic(ă), considerându-se că fiecare persoană trebuie să suporte consecințele propriilor acțiuni (Popoviciu și Popoviciu, 2005). Organizația *Al-Anon* își concentrează eforturile asupra partenerilor persoanelor care consumă alcool, ajutându-le să facă față depresiei și anxietății cu care se confruntă și oferindu-le un grup de sprijin format din persoane cu experiențe similare. Filosofia programului descurajează divorțul,

prezentând o serie de alternative pentru o „existență satisfăcătoare”. De asemenea, membrii organizației învață faptul că doar persoana alcoolică poate să inițieze o schimbare a comportamentului și, în consecință, detașarea față de partener și preocuparea pentru propria viață este singura opțiune viabilă. O organizație care funcționează în paralel cu *Al-Anon* este *Al-Ateen* (cf. Popoviciu și Popoviciu, 2005). Aceasta aplică aceleași principii adolescenților și tinerilor cu vârste sub 20 de ani, care au cel puțin unul dintre părinți dependent de alcool.

## **5. Concluzii**

Alcoolismul este un sindrom care include un ansamblu complex de simptome predictibile derivate din abuzul acut sau cronic de alcool. Este vorba despre un fenomen indezirabil care are multiple consecințe biologice, psihice, familiale, sociale, economice și juridice negative. De cele mai multe ori, acestea sunt dezastruoase pentru alcoolic, pentru familia acestuia și, pe termen lung, pentru societate. Printre complicațiile somatice și neurofiziologice care se asociază cel mai frecvent alcoolismului, se numără tulburări funcționale ale tractului gastrointestinal, sistemului cardiovascular, precum și ale sistemului nervos central și periferic, afecțiuni hepatice, deficite senzorio-perceptive, scăderea reactivității neuro-motorii, tulburări ale somnului, cu efecte asupra funcționării fiziologice normale pe diferite alte paliere. Implicațiile de ordin psihosocial cel mai des asociate abuzului de alcool (consumului exacerat într-o perioadă de timp scurtă) sau alcoolismului (consumului cronic) sunt comportamentele agresive, răspunsurile sexuale inadecvate, labilitatea emoțională, deteriorarea performanței mnemice, a funcțiilor executive, a capacității de judecată și a abilității de rezolvare a problemelor care pot apărea în viața de zi cu zi, deteriorarea semnificativă a funcționării în planul relațiilor sociale sau la locul de muncă etc.

De asemenea, literatura care se preocupă de acest fenomen cu multiple implicații individuale, familiale și societale descrie o dimensiune economică care se reflectă în dificultățile financiare pe care familiile în care există cel puțin un băutor le întâmpină (adesea, sărăcia conduce la alcoolism, iar acesta, la rândul lui, întreține sărăcia), cheltuielile pe care un stat trebuie să le întreprindă pentru asistența și recuperarea medicală, psihologică și socială a alcoolizilor, precum și pentru monitorizarea și prevenirea fenomenului, dar și în scăderea productivității, prin inactivarea persoanelor care se confruntă cu efectele consumului cronic de alcool sau prin deteriorarea funcționării profesionale și sociale a acestora.

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

Incidența alcoolismului vizibilă într-o societate poate fi comparată cu minusculul vârf aparent al unui ghețar plutitor (Driga și Robu, 2005). Din această cauză, precum și din altele, cunoașterea incidenței reale a fenomenului în populația generală, precum și în anumite subpopulații vulnerabile (adolescenți sau tineri care locuiesc în familii disfuncționale, persoane care se confruntă cu singurătatea, familii monoparentale, femei care sunt victime ale abuzurilor domestice, alte victime ale abuzului sexual sau maltratării, persoane care și-au pierdut locul de muncă etc.) poate fi îngreunată. Adesea, dependența cronică de alcool a unuia dintre adulții dintr-o familie este o tulburare ascunsă privirii altor persoane din afara familiei. Virtualmente, nimeni nu știe cu adevărat amploarea dramelor care se consumă în căminele în care alcoolul îl transformă periodic pe unul sau altul dintre părinți într-o persoană iresponsabilă (Driga și Robu, 2005). Patologia familială poate evolua de la simpla perturbare a somnului de noapte al celorlalți membri ai familiei până la abuzul sexual comis asupra unuia dintre copii sau asupra partenerului de viață de către părintele puternic alcoolizat. Luând în considerare toate aspectele pe care le-am discutat în prezenta lucrare, considerăm ca fiind imperios necesară intensificarea preocupărilor pentru problematica complexă a alcoolismului în rândul cercetătorilor și al practicienilor din domeniul serviciilor de asistență psihiatrică, psihologică, socială, medicală și educațională.

### **Bibliografie**

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5* (5th ed.), Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- Bratek, A., Beil, J., Banach, M., Jarzabek, K., & Krysta, K., The impact of family environment on the development of alcohol dependence, *Psychiatria Danubina*, 24 (Suppl 2), S74-77, 2013.
- Chilcoat, H. D., & Anthony, J. C. (). Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (1), 91-100, 1996.
- Bracik J, Krysta K & Zaczek A: Impact of family and school environment on the development of social anxiety disorder: a questionnaire study. *Psychiatr Danub* 2012, 24 Suppl 1:S125-7.
- Day, R. D. *Introducing to Family Processes* (5th ed.). New York: Routledge, 2010.
- Driga, O., Postelnicu, C., Cosmovici, N. Definiția alcoolismului. *Alcool – Alertă Maximă*. Iași: Grupul Academic Medicină-Adictologie, 15, 14-16, 1999.
- Driga, O., Robu, V. (). Date preliminare cu privire la incidența alcoolismului în familiile copiilor de vârstă școlară medie din Municipiul Iași. *Revista de Asistență Socială*, 3-4, 70-78, 2005.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. *Tratat de psihiatrie Oxford* (trad). București, Amsterdam: Asociația

## *Repere teoretice și bune practici în psihologie*

---

- Psihiatrilor Liberi din România și Geneva Initiative in Psychiatry, 1994.
- Holder, H. D. (1998). *Alcohol and the Community. A Systems Approach to Prevention*. Cambridge, UK: Cambridge University Press,
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Guo, J., Catalano, R. F., & Abbott, R. D. The Dynamics of alcohol and marijuana initiation: Patterns and predictors of first use in adolescence. *American Journal of Public Health*, 90 (3), 360-366, 2000.
- Kuehn, B. M. (). Shift seen in patterns of drug use among teens. *Journal of the American Medical Association*, 295 (6), 612-613, 2006.
- Latendresse, S. J., Rose, R. J., Viken, R. J., Pulkkinen, L., Kaprio, J., & Dick, D. M. Parental socialization and adolescents' alcohol use behaviors: Predictive disparities in parents' versus adolescents' perceptions of the parenting environment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38 (2), 232-244, 2009.
- Matsumoto, D.; General Editor. *The Cambridge Dictionary of Psychology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2009.
- Pentz, M. A. Institutionalizing community-based prevention through policy change. *Journal of Community Psychology (Special Issue: Bridging the Gap Between Research and Practice in Community Based Substance Abuse Prevention)*, 28 (3), 257-270, 2000.
- Popoviciu, I., Popoviciu, A. S. Strategii și politici de profilaxie și combatere a alcoolismului în societatea postmodernă. *Revista de Asistență Socială*, 3-4, 55-69, 2005.
- Robu, V. Alcoolismul părinților-drama copiilor. Câteva sugestii pentru intervenția psihosocială. *Psihologie. Revistă Științifico-Practică*, 4, 64-77, 2009.
- Strickland, B. (Executive Editor). *The Gale Encyclopedia of Psychology* (2nd ed.). Farmington Hills, MI: Gale Group, 2001.
- Turliuc, M. N. *Psihologia cuplului și a familiei*. Iași: Editura Performantica, 2004.
- Vraști, R. *Alcoolismul: detecție, diagnostic și evaluare*. Timișoara: Editura Timpolis, 2001.
- White, H. R., Johnson, V., & Buyske, S. Parental modeling and parenting behavior effects on offspring alcohol and cigarette use: A growth curve analysis. *Journal of Substance Abuse*, 12 (3), 287-310, 2000.