

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București
Facultatea de Medicină
Catedra Psihiatrie pediatrică

Copilul instituit și ionalizat 0-3 ani (studiu comparativ foster/adopt ie) Teză de doctorat

Coordonator științ ific : Prof. Dr. Ștefan Milea,
Membru al Academiei Române

Autor: Dr. Gina Goleșteanu

București
2007

Prezentare

Motivația lucrării

Abordările profilactice de asistență și monitorizare, precum și intervențiile terapeutice la nivelul vârstei 0-3 ani reprezintă un capitol nou în psihiatria copilului și extrem de atrăgător și gratificant ca rezultate reale, deși presupune evaluarea și reconsiderarea întregii familii sau factori de mediu pentru asigurarea calității vieții copilului mic, și a sănătății lui mentale.

Problema copilului în dificultate reprezintă o problemă centrală pentru societatea românească, reprezentând o adevărată provocare și un efort uriaș pornind de la condițiile particulare anterioare.

Rezumând datele existente în literatura de specialitate și continuând preocupările altor specialiști români de psihiatrie infantilă, se poate contribui la modificarea vechilor percepții internaționale asupra ocrotirii copilului în România folosind dificultățile inerente ca premiză a folosirii soluțiilor moderne de rezolvare.

Date actuale

Perioada de la concepție până la vârsta de 3 ani este unică în ciclul vieții omenești pentru rapiditatea, complexitatea și profunzimea schimbărilor de dezvoltare.

Cercetările recente sunt centrate pe:

- a) dezvoltarea creierului, în special asupra perioadelor senzitive și neuroplasticitate;
- b) reciprocitatea dintre experiențele timpurii și impactul lor asupra creierului.

Se cercetează cum structura acestor experiențe este corporată în structura creierului și cum acest aspect poate fi folosit ca și intervenție precoce la copiii 0-3 ani.

Rămâne de cercetat:

1. până la ce grad pot fi remediate disfuncțiile timpurii prin medii de îngrijire favorabile;
2. dacă există o perioadă specifică în care intervenția timpurie este eficace;
3. relația dintre durata intervenției și efectul asupra dezvoltării ulterioare.

Una dintre cele mai importante strategii este aceea de a studia efectele diferitelor tipuri de îngrijire asupra dezvoltării creierului, respectiv expresia funcțiilor acestuia, comportamentul, dezvoltarea emoțională, dezvoltarea cognitivă.

Evaluarea interacțiunilor dintre mamă și copil și a dezvoltării acestuia este în primul rând terapeutică (Zeanah, 2002) și permite intervenția precoce știind că experiențele timpurii modelează neurobiologic creierul (neuroplasticitate), care reciproc determină expresia funcțiilor cognitive, emoționale și comportamentale.

Recomandări actuale:

Parametrii evaluării și tratamentului copiilor cu RAD (American Academy of Child and Adolescent, Neil W. Boris, M.D., Charles H. Zeanah, M.D. și colaboratorii)

Definiția atașamentului:

-este o componentă centrală a dezvoltării emoționale și sociale în copilăria precoce.

-**tulburările de atașament** sunt definite prin pattern-uri specifice și anormale de comportament social în context de îngrijire patogenă.

Subtipuri:

-un pattern emoțional de tip inhibat/retragere

-un pattern de socializare nediscriminată

Evaluare:

-observarea directă a copilului în contextul relațiilor cu îngrijitorii primari

Tratamentul:

- stabilirea unei relații de atașament pentru copil atunci când aceasta nu a existat
- ameliorarea relațiilor de atașament perturbate cu îngrijitorii când aceștia există

Istoric

-atașamentul –definiție: organizarea comportamentelor pentru copilul mic, care sunt desemnate pentru a realiza proximitatea fizică către un îngrijitor preferat la care copilul găsește confort, suport, îngrijire și protecție.

Tipic atașamentele preferate apar în ultima parte a primului an de viață, evidențiate prin apariția protestului de separare și vigilență față de străini.

-între a 2-a și a 7-a lună de viață sugarii sunt motivați să interacționeze social cu o varietate de parteneri familiari și nefamiliari;

-în timpul acestei perioade copilul poate fi mai ușor liniștit de un îngrijitor familiar, deși el poate fi în general liniștit și de un adult nefamiliar.

-totuși, în jurul vârstei de 7-9 luni, copiii încep să exprime o reticență față de adulții nefamiliari (vigilență față de străini) și să protesteze la separări față de îngrijitorii familiari (protest de separare).

-odată aceste comportamente apărute, copilul se consideră a fi atașat.

-copiii devin atașați de către îngrijitorii cu care au dezvoltat interacțiuni în mod semnificativ (Boris, 1999)

-figurile de atașament se pot clasifica ierarhic (Bowlby, 1982)

-capacitatea de atașare la diferite persoane este limitată (situația copiilor crescuți în instituții, cu număr mare de îngrijitori) (Smyke și colaboratorii, 2002)

-atașamentele către îngrijitorii preferați se pot dezvolta oricând după vârsta de 7-9 luni dacă aceștia sunt suficient de implicați în interacțiunea cu copiii.

Paradigma cunoscută din situația străină implică o serie de interacțiuni între copil și figura de atașament, între acesta și un necunoscut, incluzând separări și reuniuni.

-există 4 tipuri de atașament: securizant, evitant, rezistent și dezorganizat, evidente în toate tipurile de culturi din lume, în variații diferite (van Ijzendoorn & Sagi, 1999), care sunt specifice unei relații specifice, nereprezentând tipul general de atașare a copilului cu toate persoanele.

Definiția tulburării de atașament (Zeanah, 1993)

Zeanah, 1993 propune ca tulburările de atașament devin clinice când „emoțiile și problemele de comportament prezentate în relația de atașament sunt atât de perturbatoare încât indică substanțial o creștere a riscului de determinare a unei tulburări persistente sau a unei dizabilități pentru copil

1. Criteriile DSM IV sunt inadecvate după Zeanah, deoarece descriu doar copiii cu relații de atașament perturbate și nu și copiii care prezintă lipsa oricărei relații de atașament.

2. **Diagnostic classification 0 to 3 revizuită (Zero To Three/National Center For Clinical Infant Programs For Infants Toddlers & Families, 2005)** include diagnostice:

-**„Reactive Attachment Deprivation/Maltreatment Disorder Of Infancy & Early Childhood”**

-care leagă abuzul și neglijarea severă de dificultăți în relația copilului cu alți copii, dar lipsind criteriile specifice operaționale pentru diagnostic.

-**Diagnosticul Reactive Attachment Deprivation** a fost scos ca și diagnostic pentru că formularea ducea la confuzie pentru utilizatori care aplicau acest diagnostic la trăsături calitative ale relației de atașament în general

-**Diagnosticul de deprivare/tulburare de maltratare** conține criterii de operaționalizare specifice bazate pe lucrările lui Boris și Zeanah pentru a defini modificarea dezvoltamentală corespunzătoare a criteriilor din DSM-IV pentru RAD

Definiție RAD - DSM IV-TR(APA 2000)- trăsătura esențială a RAD este apariția precoce a relațiilor sociale anormale ce trebuie diferențiate de tulburarea pervazivă de dezvoltare) ca rezultat a unei îngrijiri patogene; mai mult, tulburările de comportament nu trebuie să fie datorate doar întârzierii în dezvoltare; în esență, în RAD trebuie să fie o istorie de îngrijire atipică caracterizată prin extremă neglijare, copiii trebuie să manifeste comportamente sociale anormale, ca: lipsa de responsivitate,

- inhibiția excesivă,
- hipervigilența,
- sociabilitate nediscriminativă,
- comportamente de atașament pervaziv dezorganizate

(critic absența a unei figuri preferate de atașament, clar identificabilă).

Tipuri de RAD

1. cu inhibiție/retragere emoțională (în maltratare și instituționalizare)
(copilul nu caută reconfortare de la adult, iar dacă acesta este oferit de îngrijitor, el se opune, este rezistent), are dificultăți în reglarea emoțională, nu are afect de tip pozitiv, ci iritabilitate, mânie, agresivitate, crize de plâns la încercările de a fi reconfortat; este hipervigilent sau are răspunsuri intens ambivalente
2. tip discriminant dezinhibat (nereticent față de străini, caută confort la adulți străini, protestă la separarea de străini, vagabondează de la îngrijitorul adevărat, caută atenție și este superficial în relații; apare în special la instituționalizare)
3. alte tipuri propuse:
 - extrem de temător, vigilent
 - hipercompliant
 - rol reverse(nevalidate)

De notat:

1. Astfel, copiii adoptați din foster sau din instituții formează repede atașamente către noii lor îngrijitori (Crisholm, 1995, O'Connor, 1999), deși calitatea acestor atașamente ulterioare este uneori compromisă (Crisholm, 1998, O'Connor & Rutter, 2000)

2. -lipsa atașamentului către o figură semnificativă este extrem de rară în condițiile unui mediu de îngrijire rezonabil de responsabil. Deci semnele de RAD nu apar niciodată în absența unei neglijări semnificative.

3. -în jurul a 12 luni este posibilă evaluarea calității atașamentului copilului de a discrimina figura de atașament.

Concluzii:

4. Clasificările atașamentului din situația străină nu sunt diagnostice clinice și nici indicatori de psihopatologie; atașamentul rezistent sau evitant este un factor de risc, iar atașamentul securizant este un factor protectiv pentru psihopatologie (Sroufe, 1988); cel dezorganizat este legat de psihopatologie și simptome de tip externalizare, internalizare și simptome disociative.

Evoluție

- nu există date despre perioade critice în formarea atașamentului
- după instituționalizare, prin adopție, pot forma atașamente, dar ele sunt totuși frecvent atipice, insecure și/sau dezorganizate
- duce la tulburări de comportament
- tulburări în relaționarea interpersonală
- psihopatii (nevalidat)

Comorbiditate

- întârziere mentală (reversibilă mai mult decât semnele de RAD, dar fac progrese prin adopție)
- tulburări de limbaj asociate cu neglijarea

- dificultăți în reglarea emoțională
- stereotipii comportamentale de interese și activități
- stres posttraumatic

Recomandări

1. Observarea trebuie să fie seriată pentru pattern-urile comportamentului de atașament cu persoane semnificative, adulți și străini plus istoria pe larg de îngrijire precocă cu surse colaterale (pediatru, profesor, asistent social), raportul îngrijitorului semnificativ: separare, cooperare cu părintele- 2-3 vizite
2. O paradigmă observată și relativ structurată pentru a se observa comparativ pentru diferite relații cu diferite persoane
3. După evaluare suspiciunea de maltratare trebuie raportată
4. Copiii maltratați trebuie supuși la screening pentru dezvoltare, vorbire și examen medical
5. Trebuie asigurată copilului o figură de atașament disponibilă emoțional
6. Se evaluează și atitudinea îngrijitorului pentru corectie
7. Se presupune că modelele interne sunt perturbate, se vor asigura interacțiuni pozitive pentru tratament: tratament individual pentru îngrijitori, terapie interactivă pentru părinte-copil (Lieberman, 2000), ghidare interactivă (MacDonough, 2000), terapie individuală cu copilul, terapie cu colaborarea îngrijitorului.
8. Copiii cu RAD și comportament agresiv și opoziționist necesită terapii suplimentare
9. Intervențiile care implică restricție fizică sau coercitive (terapeutic holding sau compresion holding sau reworking of trauma –ex. terapia renașterii, sau promovarea de regresie pentru reatașare n-au suport empiric și pot determina traumă sau moarte); copiii foarte agresivi vor primi tratament intensiv în instituții specifice.

Obiectivele lucrării

Ne propunem să studiem comparativ două loturi de copii de ambele sexe de vârstă 10-12 luni, copii abandonați care au fost ocrotiți și îngrijiți până la această vârstă prin cele două soluții posibile:

-soluția de compromis foster care (20 de copii);

-soluția ideală, adopție, de preferat cu plasament anterior de la vârstă cât mai mică (12 copii);

și a selecta eventualii candidați pentru intervenția precocă.

Material și metodă: -două loturi:

-20 de copii în foster;

-12 copii în adopție;

-lot martor 10 copii cu dezvoltare cognitivă, emoțională și de atașament în limitele normalului în vârstă de 10-12 luni, din familii naturale;

-studiu comparativ transversal randomizat, cu lot martor.

Metodologia cercetării :

Studiu comparativ foster care / adopție

Formarea loturilor:

-criterii de includere: -vârsta 10-12 luni, îngrijire în foster sau adopție

Criterii de excludere: -boli somatice grave;

-deficite neurologice;

-deficite senzoriale;

-antecedente perinatale.

Notă: Nu se cunosc date materne.

Plan de evaluare:

- vârsta(în luni)
- greutatea la naștere
- greutatea actuală
- starea de sănătate actuală
- antecedente HC
- antecedente personale fiziologice
- examen somatic
- examen neurologic
- examen clinic senzorial
- screening pediatric
- tip de îngrijire:
 - de la ce vârstă a fost luat în foster
 - din pediatrie
 - din alt foster
 - de la ce vârstă a fost adoptat
 - câte luni a stat în spital
- evaluarea dezvoltării neuropsihice și comportamentale:
 - dezv.motorie
 - dezv. cognitivă
 - dezv. comportamentală
- evaluarea dezvoltării emoționale
- concluzii

În explorarea și evaluarea funcționării psihosociale a diadei copil-îngrijitor mai intervin și următoarele variabile:

- 1) Statusul constituțional și developmental al copilului incluzând variabile prenatale, istoria sarcinii și capacitățile senzorio-motorii, cognitive, motorii, de limbaj și capacitățile self-reglatorii ale acestuia.
- 2) Variabilele legate de părinte, familie și mediu(exemplu: statusul mental al îngrijitorului, personalitatea acestuia, capacitățile lui de a îngriji și de a crește un copil, pattern-urile de interacțiune în familie, sistemele de suport, mediul familial.
- 3) Relația îngrijitor-copil ce include:
 - natura atașamentului între copil și părinte;
 - capacitatea de satisfacție reciprocă, ritmicitate și contingentă în interacțiuni;
 - flexibilitatea de a tolera tensiunea și frustrarea;
 - capacitatea de intimitate și de a experimenta diferențierile în diadă;
 - abilitatea de a forma complexe emoționale și pattern-uri comportamentale interactive.

Datele actuale din literatura de specialitate subliniază că în cazul îngrijirilor diferite a copiilor se produc modificări în:

- starea de sănătate a copilului(anomalii-varietate de probleme medicale-O'Connor, Rutter, Beckett, Keaveney& Kreppner, 2000);
- întârzieri de vorbire și limbaj;
- probleme de integrare senzorială și stereotipii;
- modificări emoționale și sociale;
- modificări de comportament;
- tulburări de atașament;
- modificări și întârzieri la nivelul de dezvoltare(Crisholm, 1998-studiul copiilor adoptați din România în Canada).

Funcționarea emoțională include:

- abilitatea de a regla emoții,
- de a forma relații pozitive, folosind semnale emoționale de comunicare,
- de a dezvolta un sens al sinelui(sense of self) și a unor limite psihologice de vecinătate ale eului, precum și de a construi sensuri și scopuri.

Aceste aspecte structurale ale funcționării emoționale și sociale sunt vitale pentru dezvoltarea personalității și capacității eului ca de exemplu: testarea realității, abilitatea de relaționare cu alții, capacitatea de comunicare, procesare și modulare a emoțiilor și sentimentelor. Astfel se construiesc limitele temei vieții emoționale(incluzând conflicte și apărări) și dezvoltarea atașamentelor.

Construct și măsurători

Construct	Măsurători	Sursa datelor
Nivelul dezvoltării cognitive	BSI II(mental scale rating)	Observare-examinare copil
Nivelul dezvoltării emoționale	Scor FEAS	
-Reglare	Scor FEAS	
-Atașament	Scor FEAS	
-Comunicare reciprocă	Scor FEAS	
Comportament	BSD II(behavior scale rating)	
-Reglare emoțională	BSD II(behavior scale rating)	
-Orientare/Angajare	BSD II(behavior scale rating)	
-Calitate motorie	BSD II(behavior scale rating)	

Studiu comparativ randomizat și controlat foster-adoptie

Prin randomizare: -factorii de risc prenatali care sunt incerti și au fost distribuiți în grupul de intervenție și control.

Introducerea lotului martor permite folosirea scalelor care nu au fost standardizate în România, permițând să evaluăm dacă aceste măsurători vor determina aceleași rezultate în România comparativ cu loturi în USA și de a revela potențiale diferențe etnice.

Variabile-tipul de îngrijire(foster și adoptie)

Variabile dependente -dezvoltarea cognitivă;
 -dezvoltare emoțională;
 -reglare emoțională;
 -atașament;

Ipoteze-întrebări:

Se presupune că valorile urmărite sunt superioare în lotul de adoptie față de cele din foster și se compară cu lotul martor.

1.Care dintre efecte sunt remediabile și care nu dintre:

- problemele de comportament?
- tulburările de atașament?
- întârzierea nivelului de dezvoltare?

Funcție de timpul petrecut în spital și durata îngrijirii în foster.

3.Ce influență are schimbarea fosterului asupra parametrilor măsurați?

4.Care este rezultatul comparației între copiii adoptați la vârstă mică din maternitate și cei adoptați din foster?

5.Care este relația dintre nivelul dezvoltării mentale și atașament

6.Relația dintre rezultatele obținute pe atașament prin BSD II și FEAS?

7.Relația dintre vârsta de adoptie și nivelul cognitiv?

Se folosește modelul interacțional numit modelul sistemului diadic, analizându-se interacțiunile în dinamica dintre copil și persoana de îngrijire, ce se constituie și figură de atașament. Se va folosi scala FEAS(The Functional Emotional Assessment Scale for Infancy and Early Childhood - autor Stanley I. Greenspan și Georgia De Gangi publicată în 2001 în USA). Modelul dezvoltat de Greenspan în 1997 este de tip developmental structuralist, studiază diada și integrează datele actuale din bibliografia de specialitate în ceea ce privește cum interacționează individul cu persoanele din mediul său, stabilind relații, atașamente, angajare emoțională.

Calitatea precoce a acestei angajări emoționale are implicații pentru dezvoltarea pattern-urilor de atașament. Sroufe, în 1996, extinde conceptul de atașament, incluzând și capacitatea copilului de a-și controla emoțiile și nivelele arousal în contextul relației părinte-copil în timpul diferitelor experiențe (și în special în cele cu caracter stresant) copilul emite semnale către îngrijitor iar acesta, senzitiv și responsiv, le citește și răspunde, ajutând copilul să-și regleze emoțiile. Studii longitudinale au arătat că la un atașament securizant al copilului, acesta are o mai bună adaptabilitate emoțională, abilități sociale și funcții cognitive(Cassidy&Shaver, 1999). Elementul cheie care susține un atașament securizant este o îngrijire senzitivă și responsivă(De Wolff& van Ijzendoorn, 1997)

Se filmează astfel timp de 15 minute interacțiunile dintre copil și îngrijitor folosindu-se ulterior un sistem de codare. Aceste interacțiuni sunt atât nestructurate (se cere adultului să se joace obișnuit cu copilul) cât și semistructurate adecvate modului obișnuit de interacționare a copilului în mediul lui.

Deasemeni va fi folosită și Bayley Scales of Infant Development(BSD II)-Infant Behavior Record(IBR). IBR se constituie ca un ghid general al comportamentului copilului în ceea ce privește organizarea acestuia și orientarea lui către obiecte și persoane.

După cum se vede în tabelul următor, scala FEAS este mai selectivă decât BSD II- scala de valoare comportamentală.

Scala	Vârsta	Comportamentul copilului					
		Self regulation temperament	Sensory processing and attention	Engagement and affect	Attachment	Reciprocity contingency	Representational capacities
-Bayley Scales of Infant Development, Behavior Infant Record	0-3 ani	X	X	X			
Functional Emotional Assessment Scale(FEAS)	6 luni -4 ani	X	X	X	X	X	X

Administrare FEAS

Se cere îngrijitorului să se joace cu copilul pentru 15 minute așa cum așa face normal acasă. Se subliniază că nu exista mod corect sau greșit de a te juca cu copilul și se cere îngrijitorului să procedeze cum le place mai mult să se joace în mod obișnuit. Se asigură un 3 seturi diferite de jucării pe care copilul să le exploreze. Fiecare set este disponibil pentru 5 minute, apoi este retras. Primul set de jucării este de tip simbolic (telefon, păpușă, sticlă, mașinuț, vapor, farfurii, cești, faț de masă). Al doilea set cuprinde jucării de genul: animale de plastic, mingi cu diferite texturi, animale pufoase sau de pluș, pensule, jucării muzicale și pături pufoase. Ultimul set cuprinde jucării de mișcare: mingi mari gonflabile, dom de plastic și jucării rotative. Se observă jocul filmat pentru o mai bună cotare de tip cantitativ pe o scară de la 0 la 2. Itemii sunt cotați astfel:

0= comportamentul este prezent foarte scurt sau lipsește; abilitatea nu este achiziționată;

1= comportamentul este prezent o parte din timp sau de câteva ori; abilitatea este parțial achiziționată;

2= comportamentul este prezent în mod consistent sau este frecvent observat; abilitatea este achiziționată.

Unde este indicat a se converti scorurile transformarea se face în modul următor:

0 devine 2

1 rămâne 1

2 devine 0.

Ulterior se interpretează scorurile după tabelele adecvate. Amintim că se folosește FEAS de cercetare. Astfel pentru copilul de 10-12 ani se va evalua cantitativ:

-capacitatea de reglare;

-atașamentul;

-capacitatea de comunicare în dublu sens (reciprocitatea comunicării);

-organizarea comportamentală.

În ceea ce privește formarea relațiilor, a atașamentului și a angajării copilul poate avea comportamente specifice ce pot fi măsurate:

Întrebări critice:

Care sunt efectele experiențelor timpurii?

Care este legătura dintre durata deprivării și durata ameliorării efectelor prin intervenție timpurie?

Cât de mult se poate recupera la copiii care au avut experiențe sociale precoc de deprivare?

Există perioade critice care limitează recuperarea în cazurile de deprivare precocă?

Diferitele domenii de dezvoltare sunt compromise în același grad?

Diferitele domenii de dezvoltare au traiectorii similare în recuperare?

Care sunt ingredientele cruciale care facilitează recuperarea?

Factorii de risc care au precedat plasamentul sau adopția pot fi asociate cu anormalitățile studiate, dar acestea nu se cunosc în cazul studiului nostru.

Variația înregistrată este legată de ecologia celor două tipuri de îngrijire foster și adopție.

Care efecte sunt remediabile și care nu?

În studiul făcut în UK (O'Connor și colaboratorii, 1999, Rutter, Beckett, Keaveney & Kreppner, 2000), cu copii adoptați din România după 8 luni de instituționalizare comparativ cu copiii adoptați din UK, s-au studiat următoarele efecte ale instituționalizării:

-tulburările de comportament,

-tulburările de atașament,

-scăderea QI.

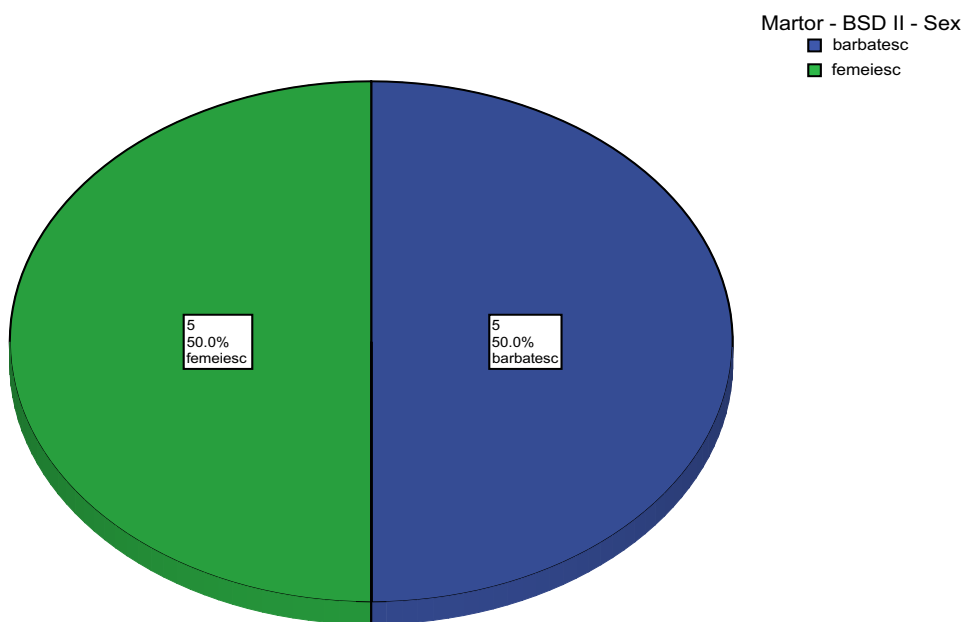
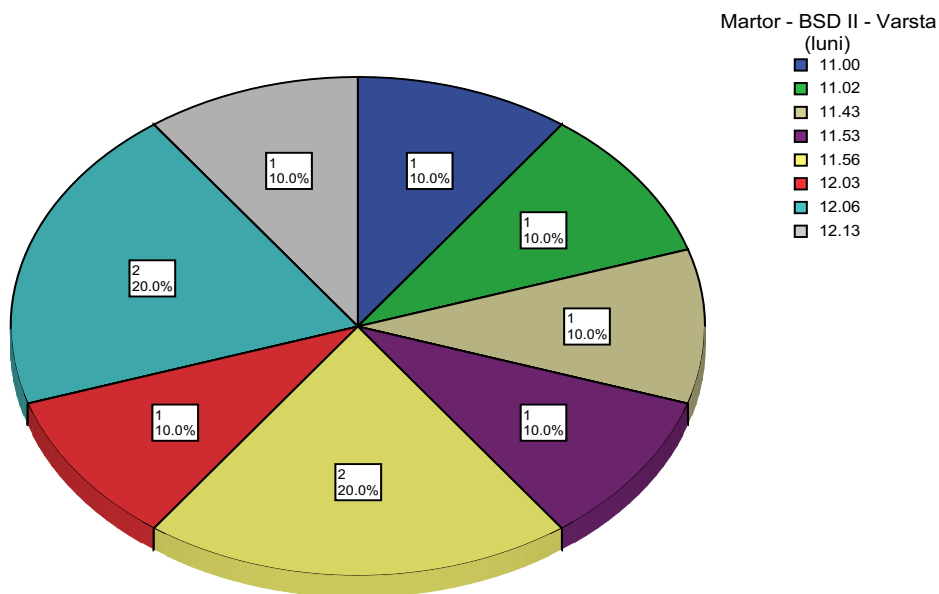
1) S-a găsit că durata deprivării era liniar legată de numărul de semne de tulburare de atașament.

2) Recuperarea cognitivă a fost invers proporțional legată de vârsta de adopție, în timp ce problemele emoționale și sociale au fost mai puțin clar legate de timing.

3) S-a raportat o corelație negativă modestă între indicele cognitiv și problemele de atașament, sugerând că cele două efecte sunt în mare parte independente.

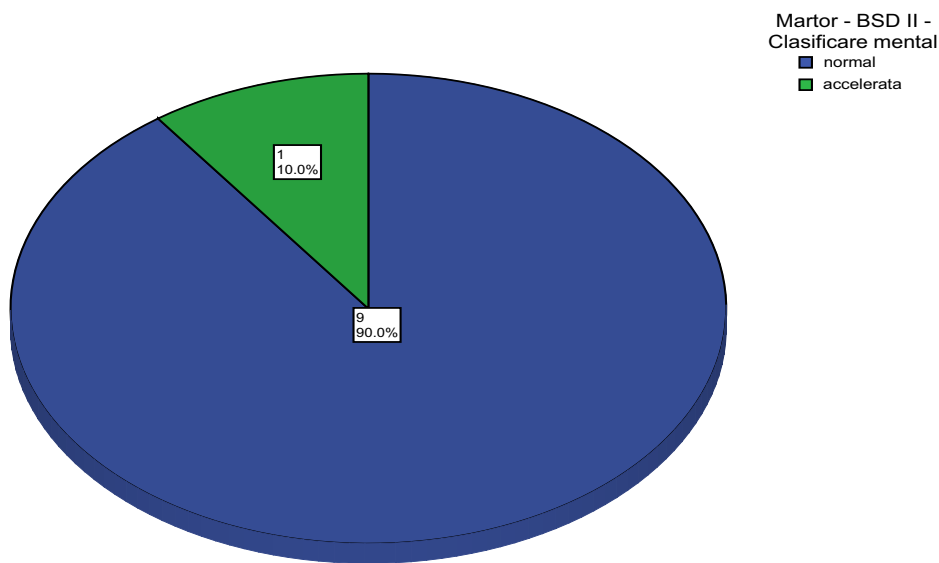
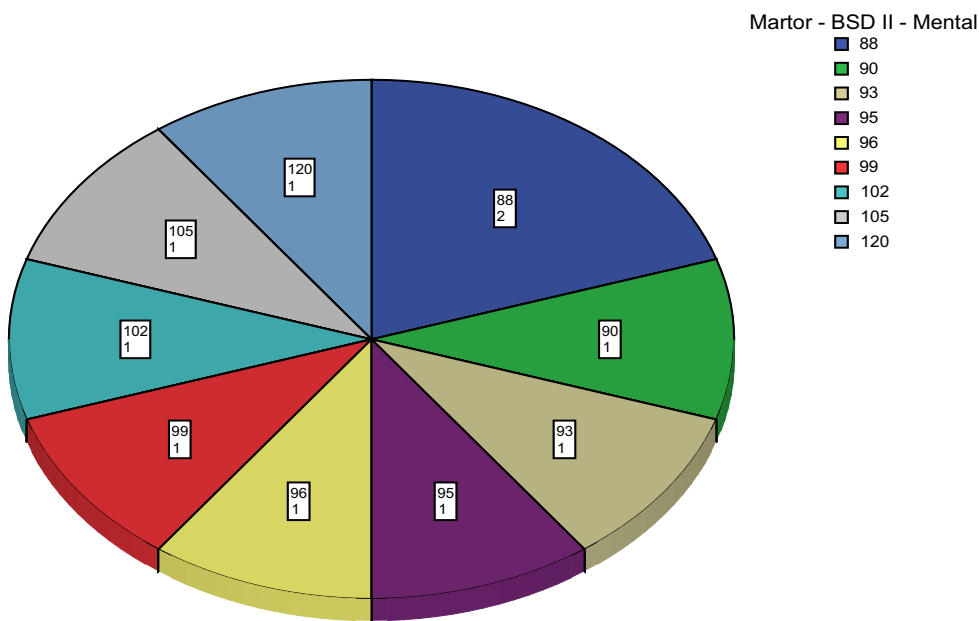
Martor - BSD II - Varsta (luni)		
N	Valid	10
	Missing	0
Mean		11.6380
Median		11.5600
Mode		11.56(a)
Std. Deviation		.42268

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown



Martor - BSD II - Mental		
N	Valid	10
	Missing	0
Mean		97.60
Median		95.50
Mode		88

Std. Deviation 9.721

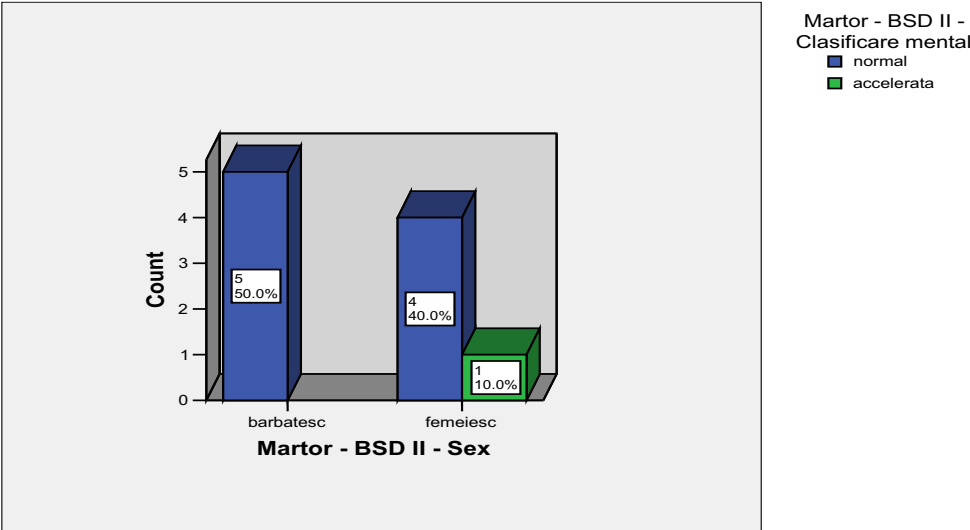


Martor - BSD II - Sex * Martor - BSD II - Clasificare mental

Martor - BSD II - Clasificare mental		Total
normal	accelerata	

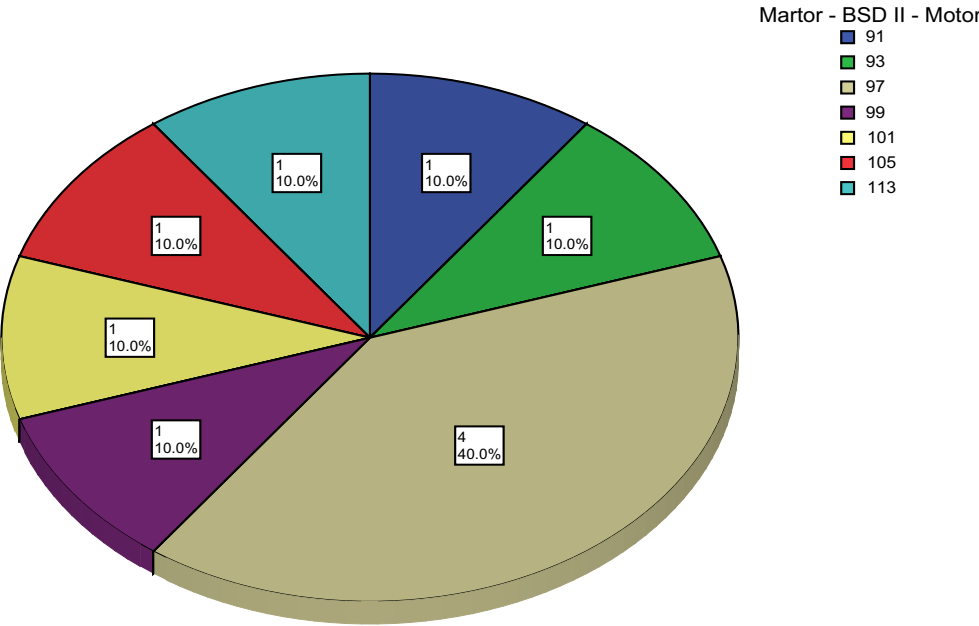
Martor - BSD	barbatesc	5	0	5
II - Sex	femeiesc	4	1	5
Total		9	1	10

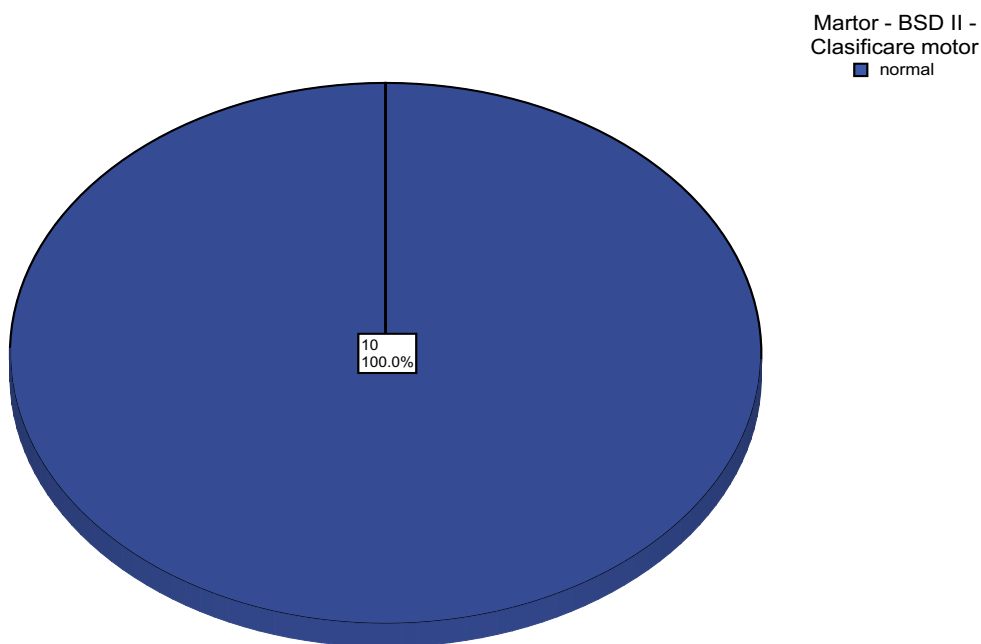
Bar Chart



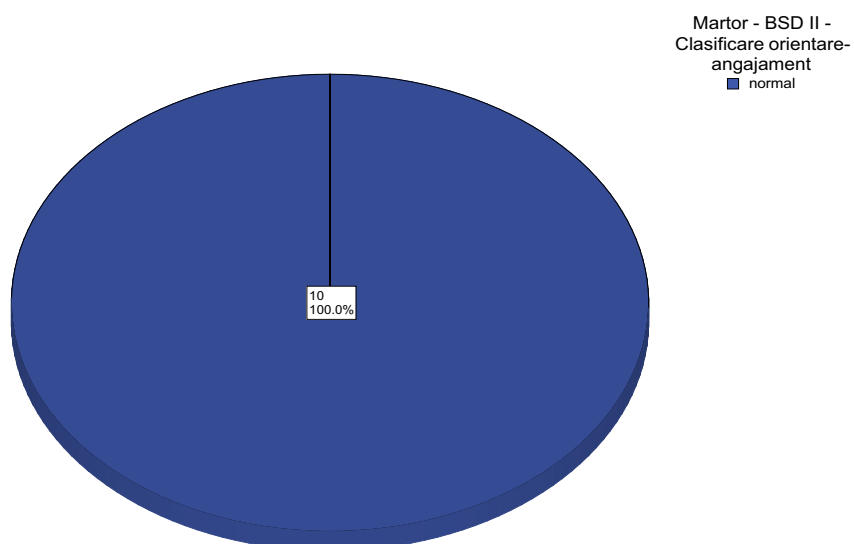
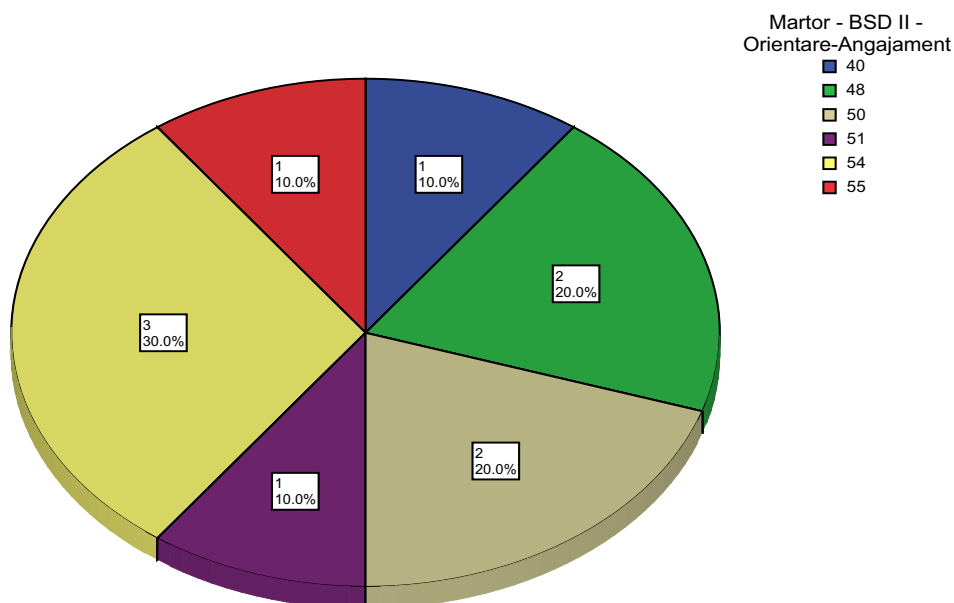
Martor - BSD II - Motor

N	Valid	10
	Missing	0
Mean		99.00
Median		97.00
Mode		97
Std. Deviation		6.254



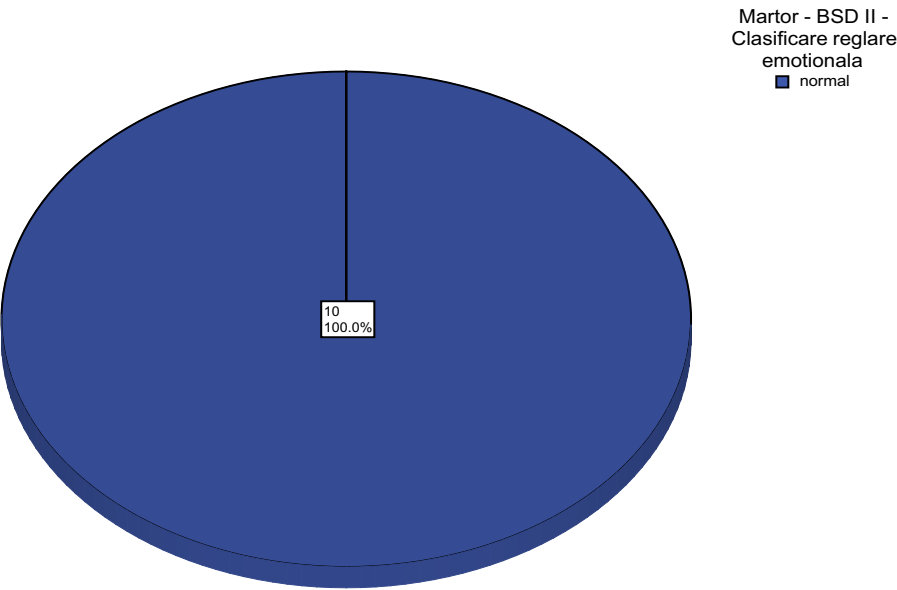
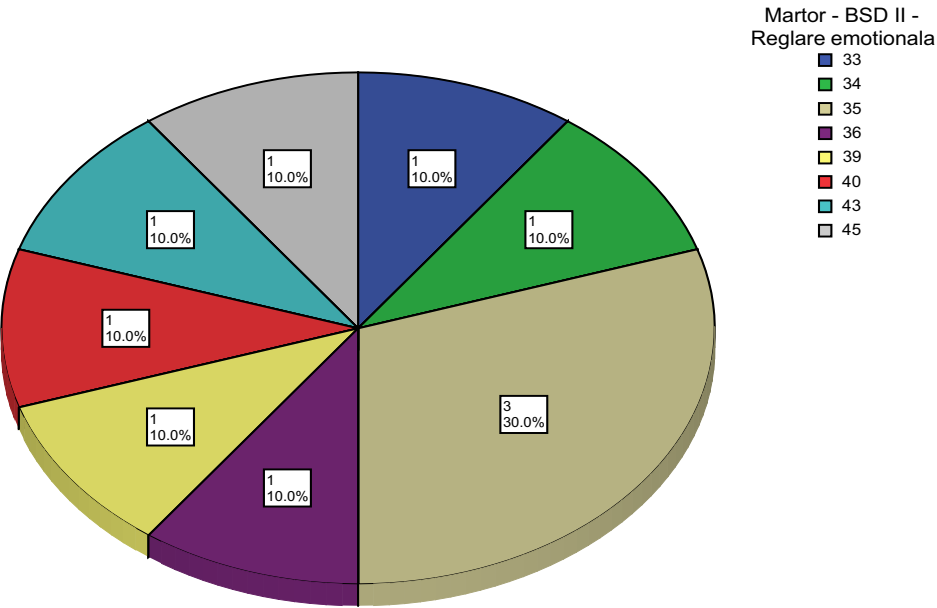


Martor - BSD II - Orientare-Angajament		
N	Valid	10
	Missing	0
Mean		50.40
Median		50.50
Mode		54
Std. Deviation		4.477



Martor - BSD II - Reglare emotionala		
N	Valid	10
	Missing	0
Mean		37.50
Median		35.50
Mode		35

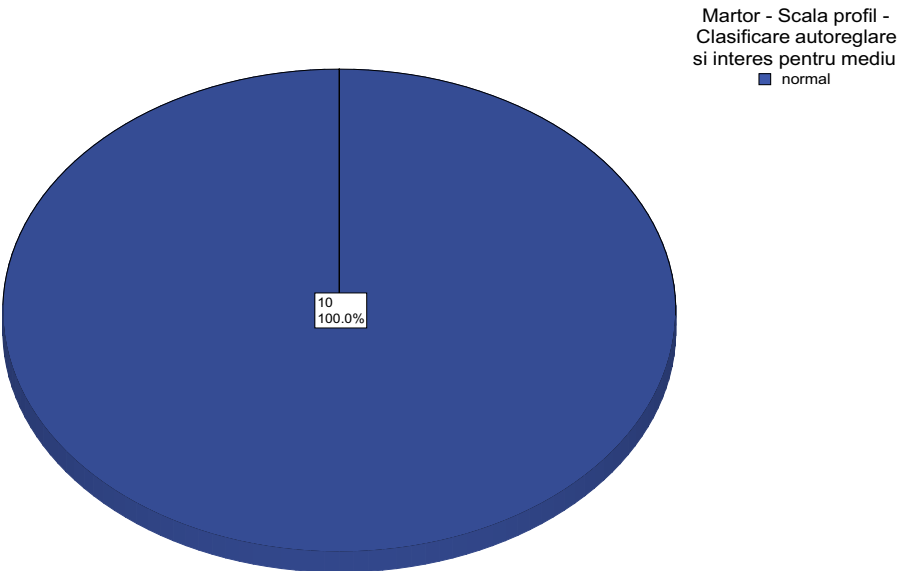
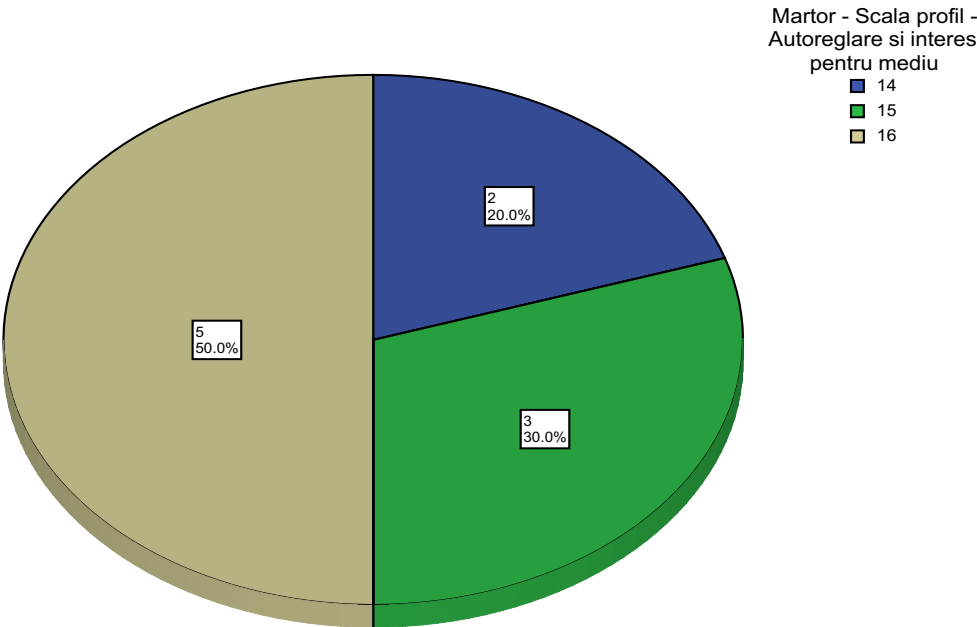
Std. Deviation 4.062



Martor - Scala profil - Autoreglare si interes pentru mediu

N	Valid	10
	Missing	0
Mean		15.30

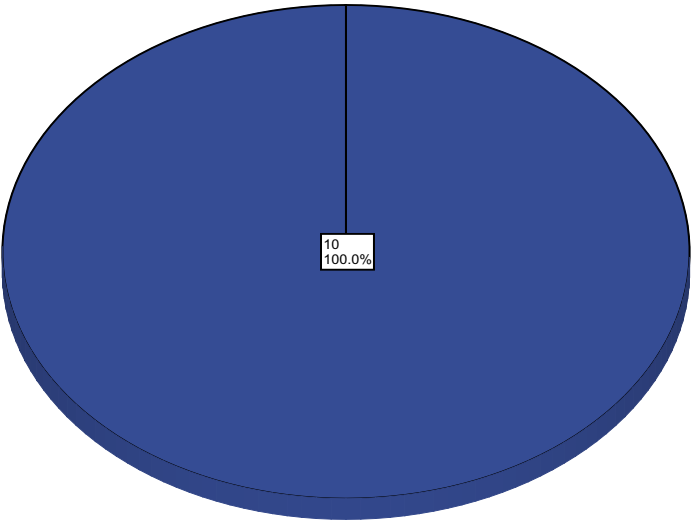
Median	15.50
Mode	16
Std. Deviation	.823



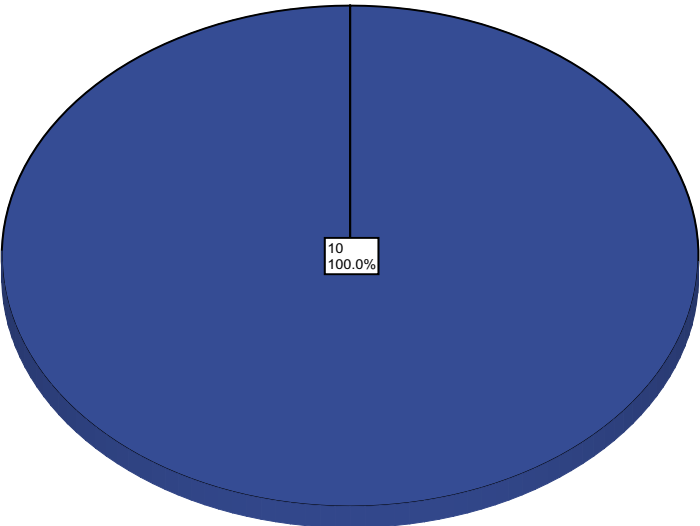
Martor - Scala profil - Formare relatii atasament si angajare		
N	Valid	10

	Missing	0
Mean		10.00
Median		10.00
Mode		10
Std. Deviation		.000

Martor - Scala profil -
Formare relatii
atasament si angajare

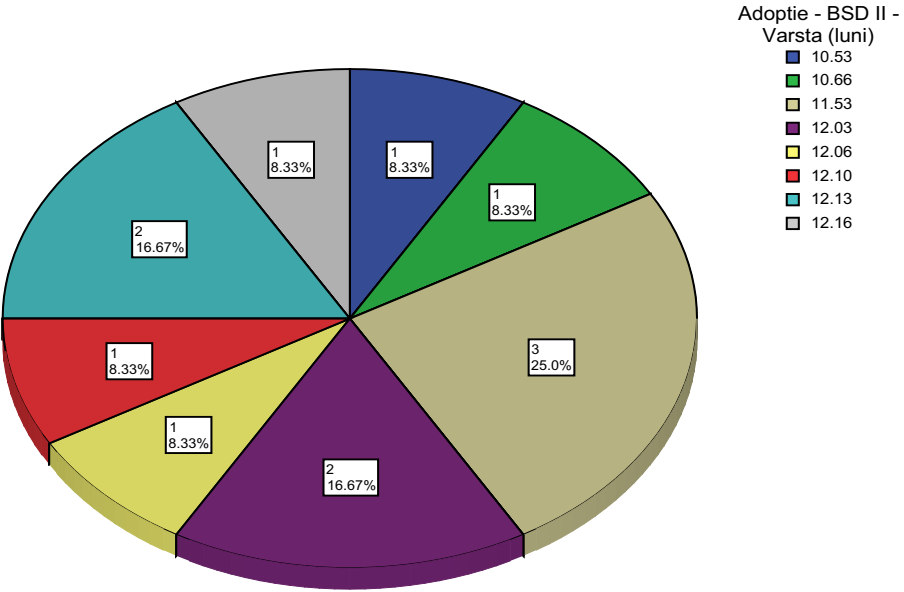


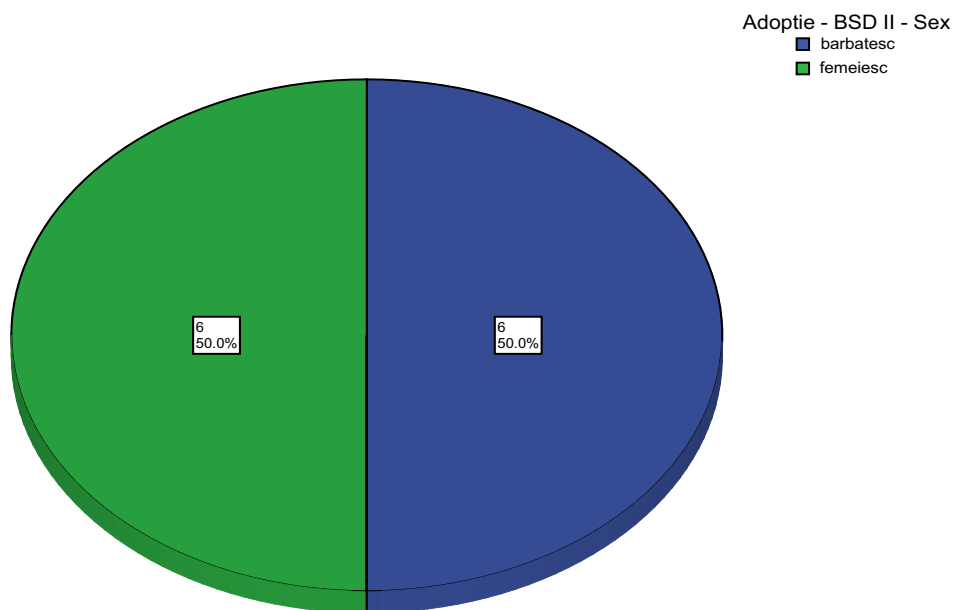
Martor - Scala profil -
Clasificare formare
relatii atasament si
angajare



Adoptie - BSD II - Varsta (luni)

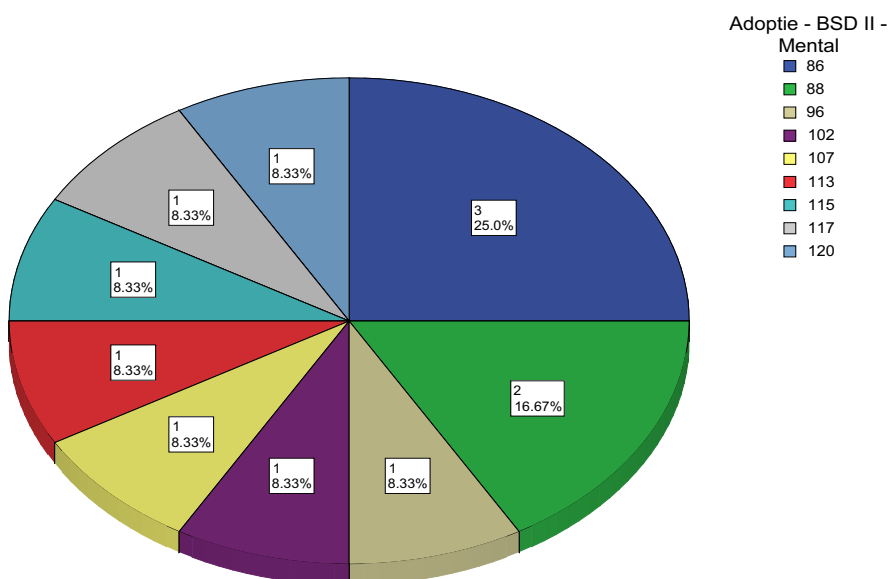
N	Valid	12
	Missing	0
Mean		11.7017
Median		12.0300
Mode		11.53
Std. Deviation		.57414

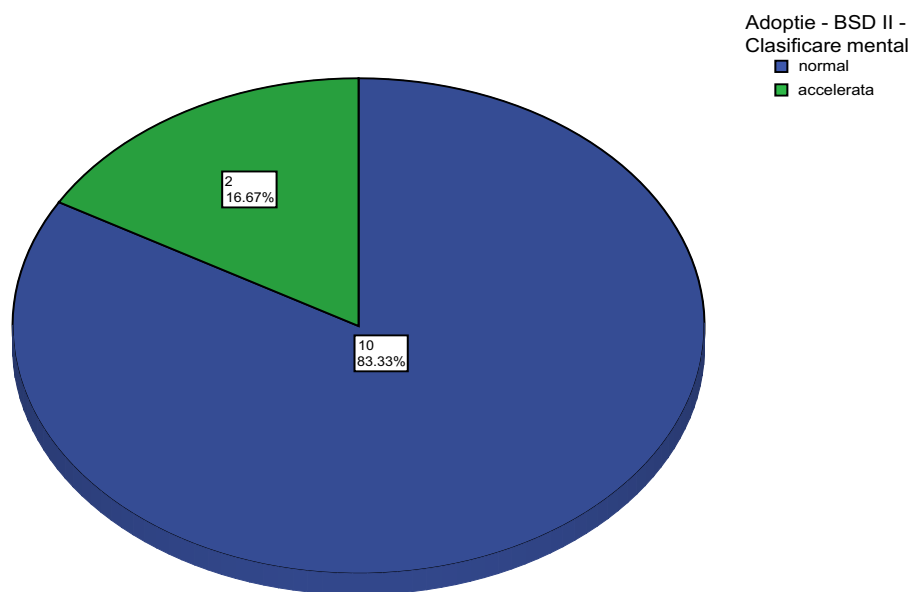




Adoptie - BSD II - Mental

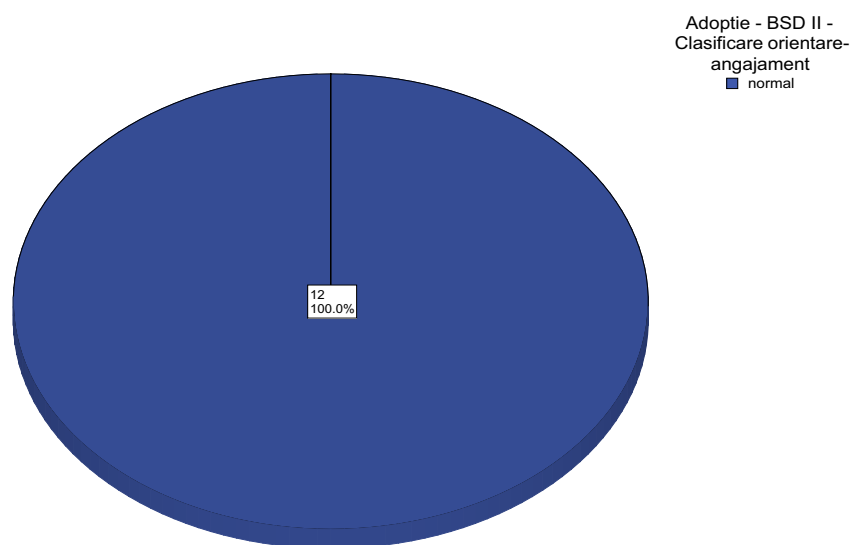
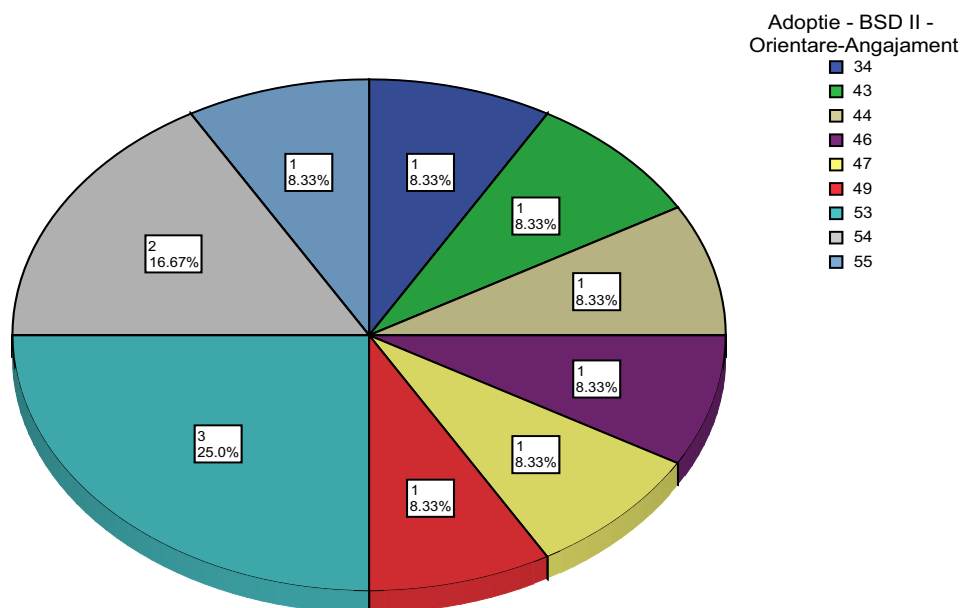
N	Valid	12
	Missing	0
Mean		100.33
Median		99.00
Mode		86
Std. Deviation		13.574





Adoptie - BSD II - Orientare-Angajament

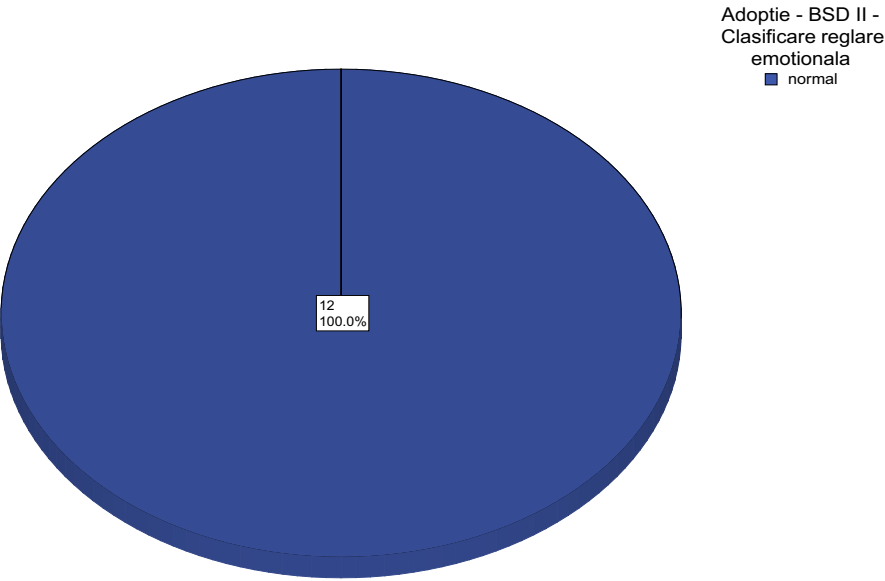
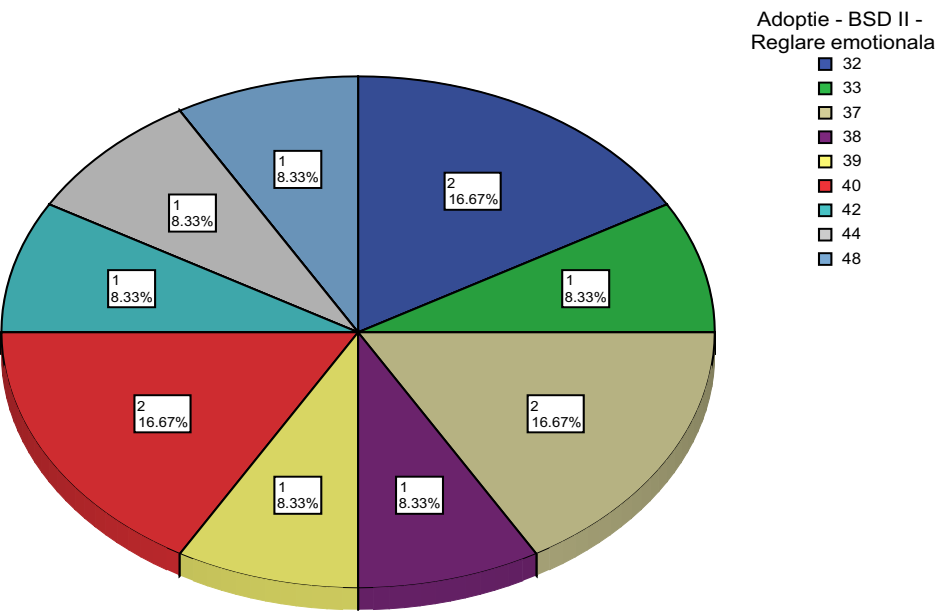
N	Valid	12
	Missing	0
Mean		48.75
Median		51.00
Mode		53
Std. Deviation		6.269



Adoptie - BSD II - Reglare emotionala

N	Valid	12
	Missing	0
Mean		38.50
Median		38.50
Mode		32(a)
Std. Deviation		4.834

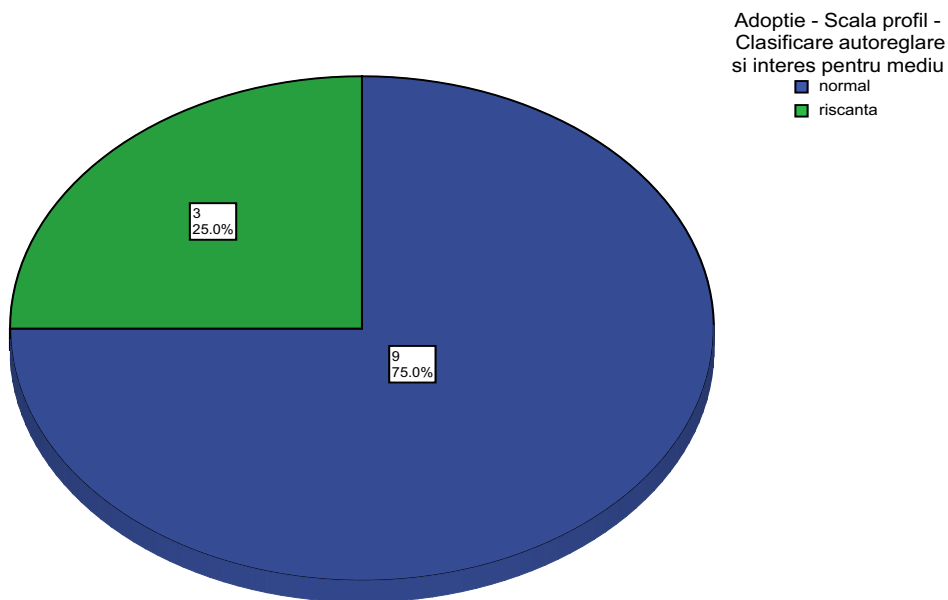
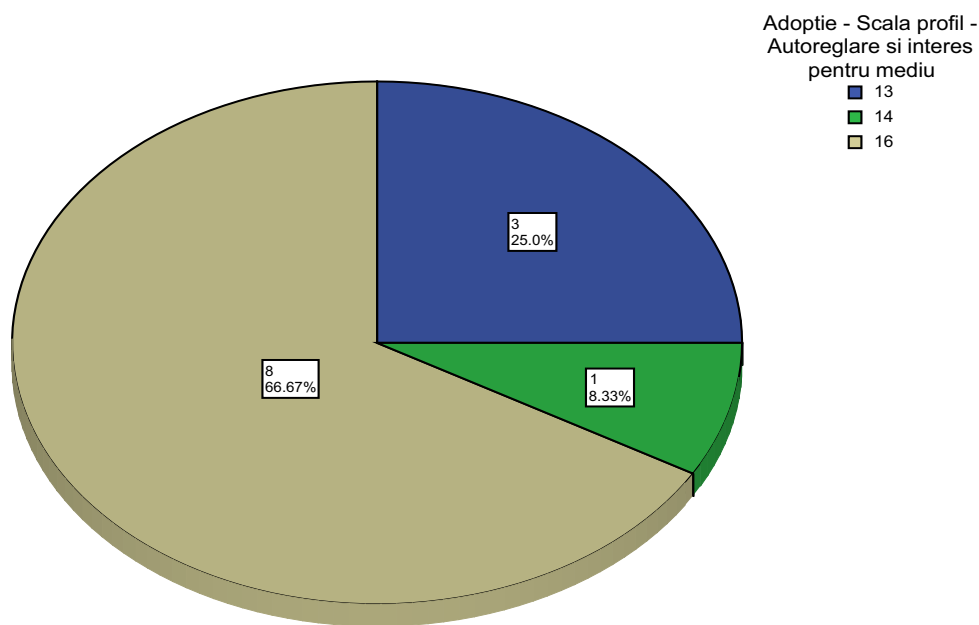
a Multiple modes exist. The smallest value is shown



Adoptie - Scala profil - Autoreglare si interes pentru mediu

N	Valid	12
	Missing	0
	Mean	15.08
	Median	16.00

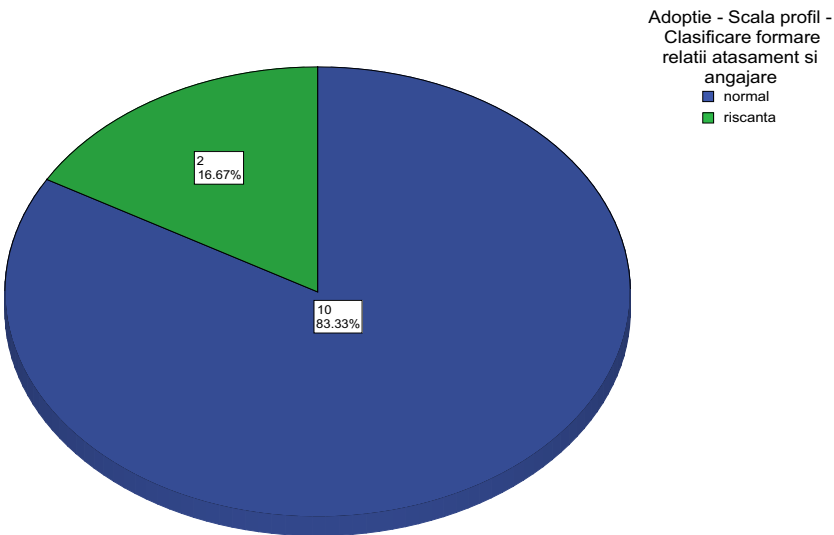
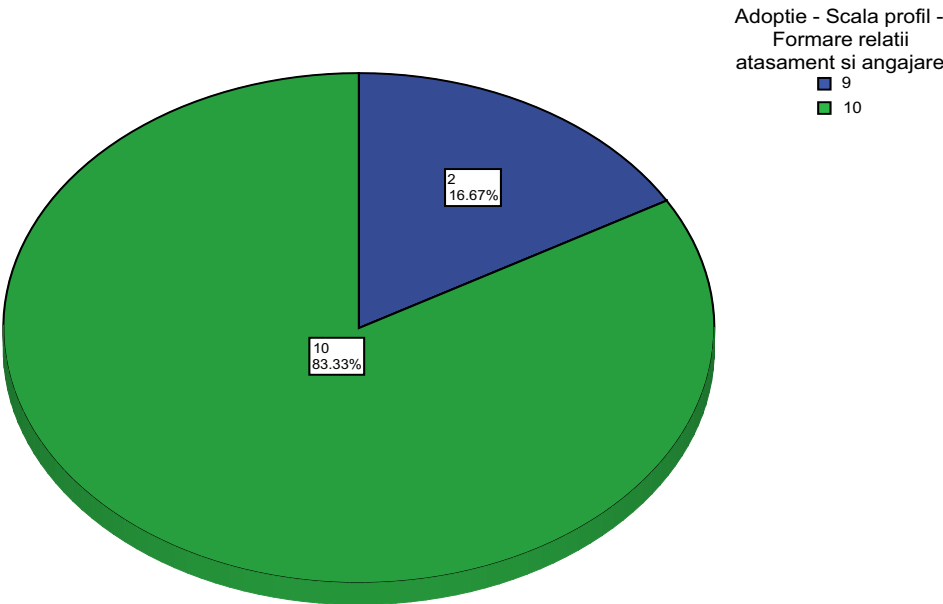
Mode 16
Std. Deviation 1.379



Adoptie - Scala profil - Formare relatii atasament si angajare

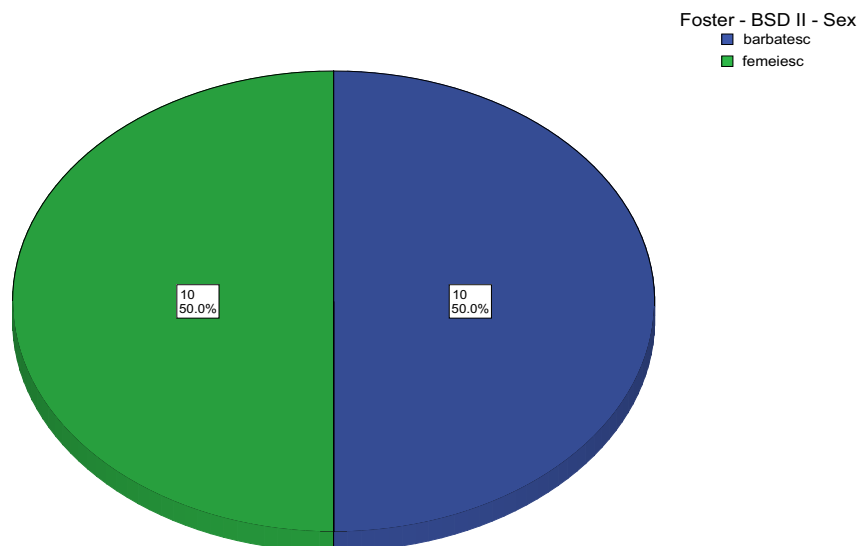
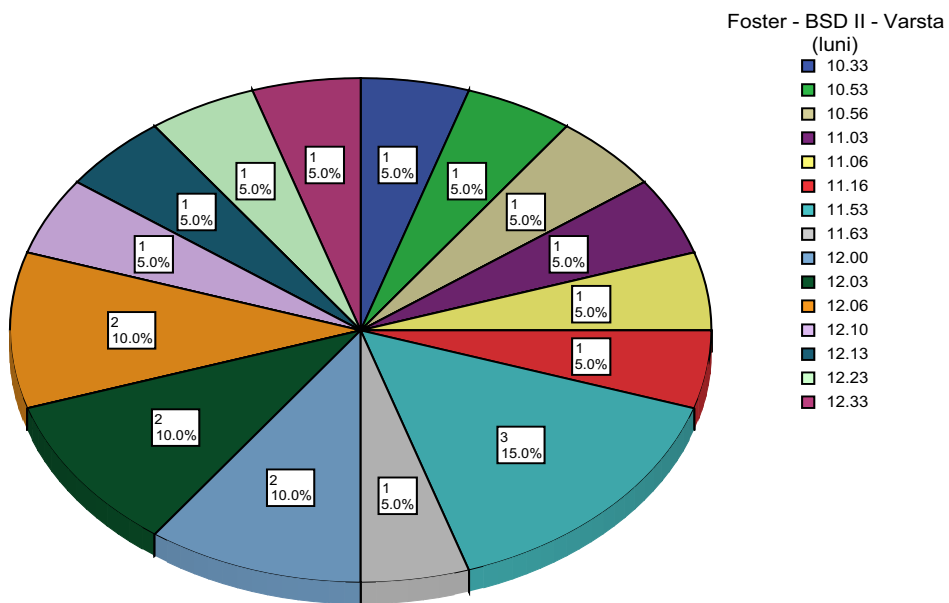
N	Valid	Total
		12

	Missing	0
Mean		9.83
Median		10.00
Mode		10
Std. Deviation		.389

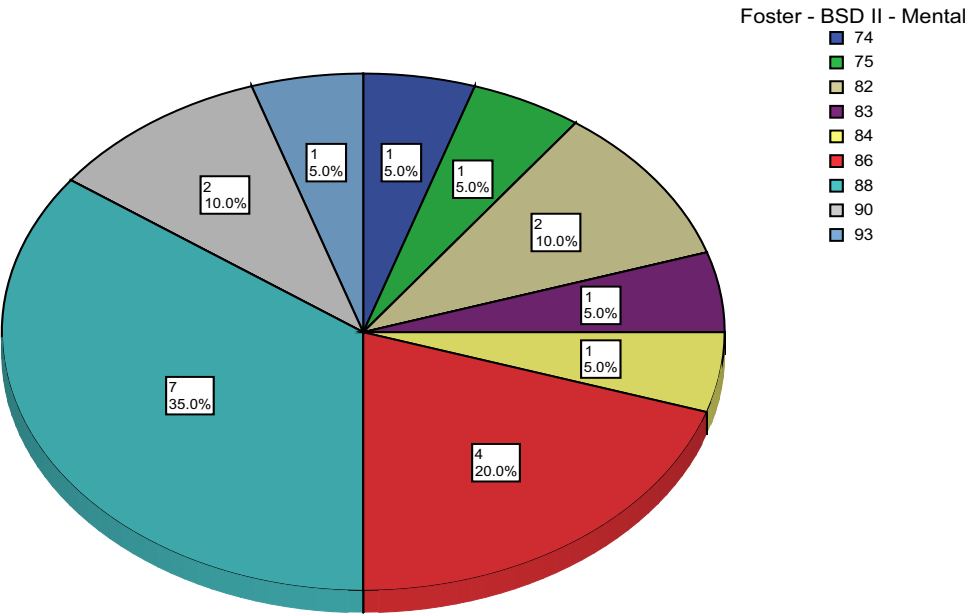


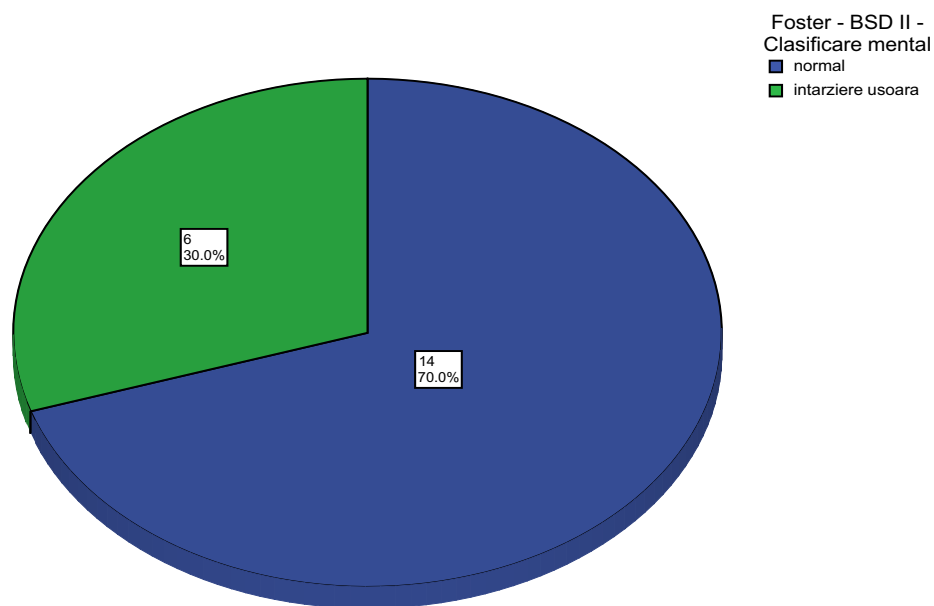
Foster - BSD II - Varsta (luni)

N	Valid	20
	Missing	0
Mean		11.5930
Median		11.8150
Mode		11.53
Std. Deviation		.61720

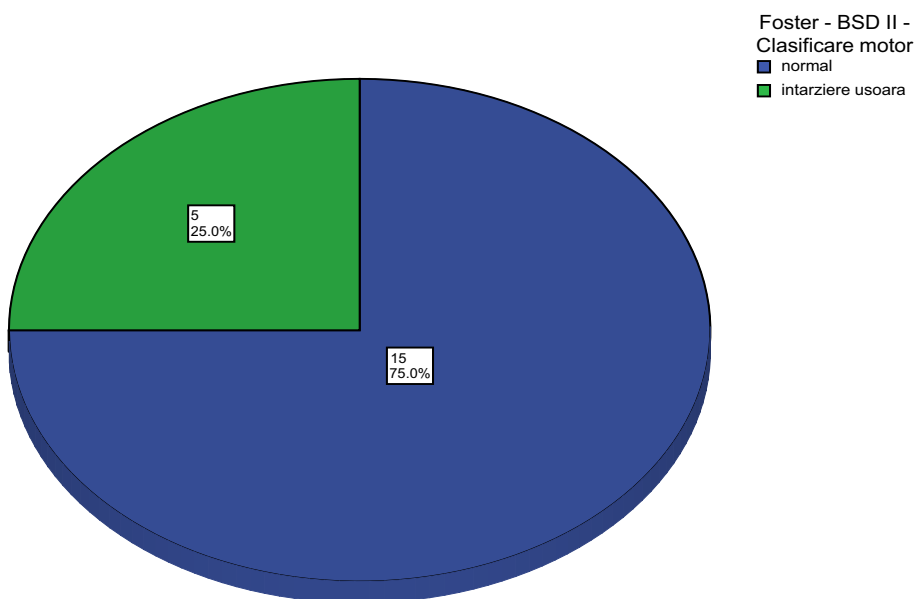
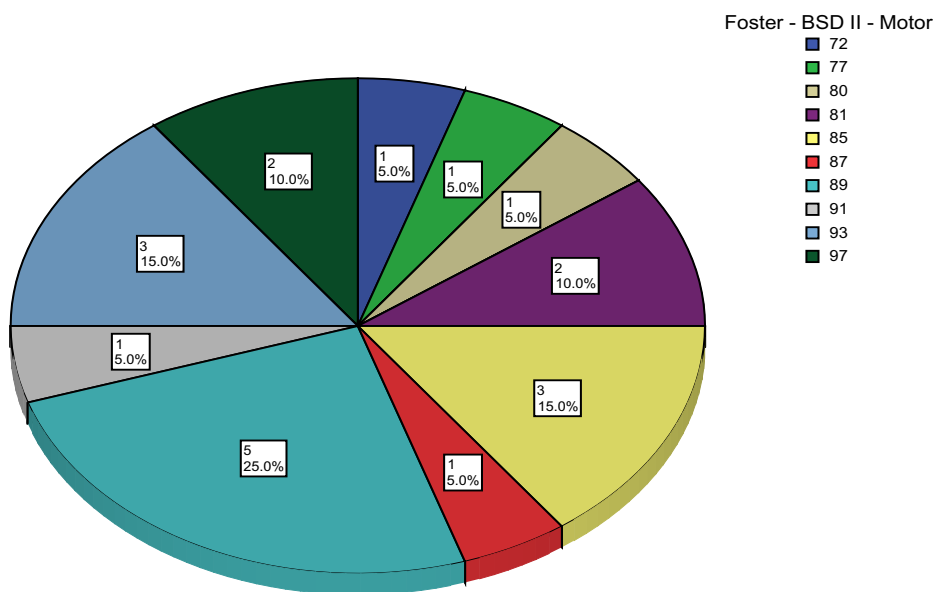


Foster - BSD II - Mental		
N	Valid	20
	Missing	0
Mean		85.65
Median		87.00
Mode		88
Std. Deviation		4.682





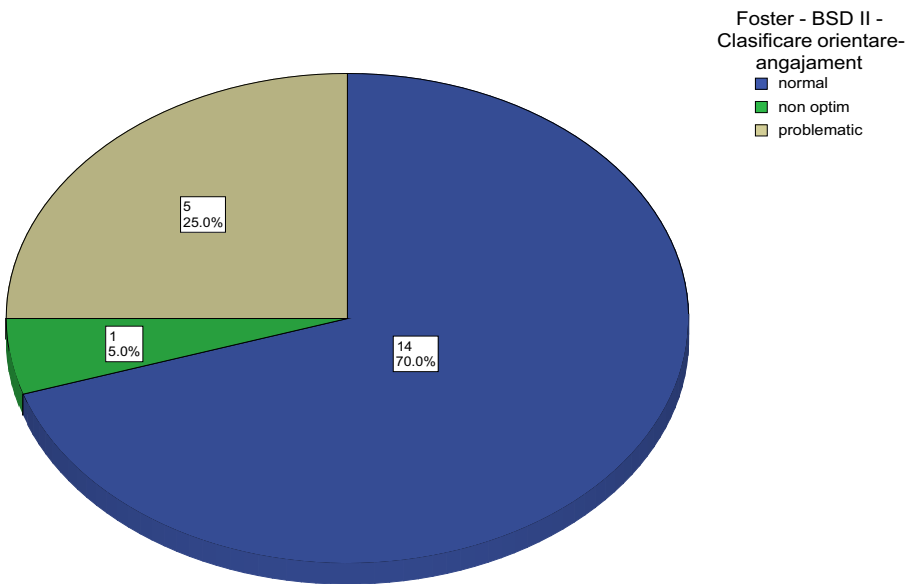
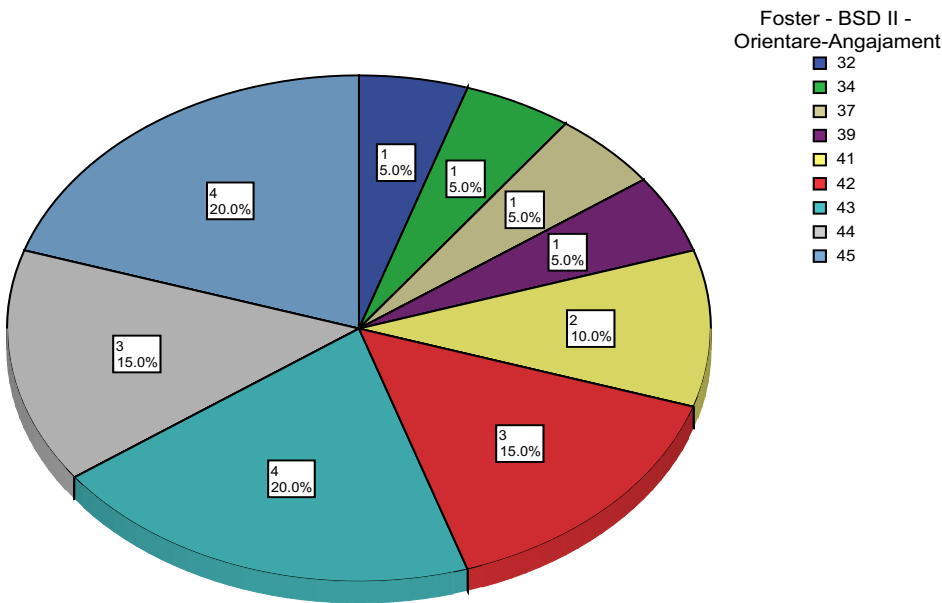
Foster - BSD II - Motor		
N	Valid	20
	Missing	0
Mean		87.10
Median		89.00
Mode		89
Std. Deviation		6.496



Foster - BSD II - Orientare-Angajament		
N	Valid	20
	Missing	0
Mean		41.70
Median		43.00

Mode 43(a)
Std. Deviation 3.629

a Multiple modes exist. The smallest value is shown

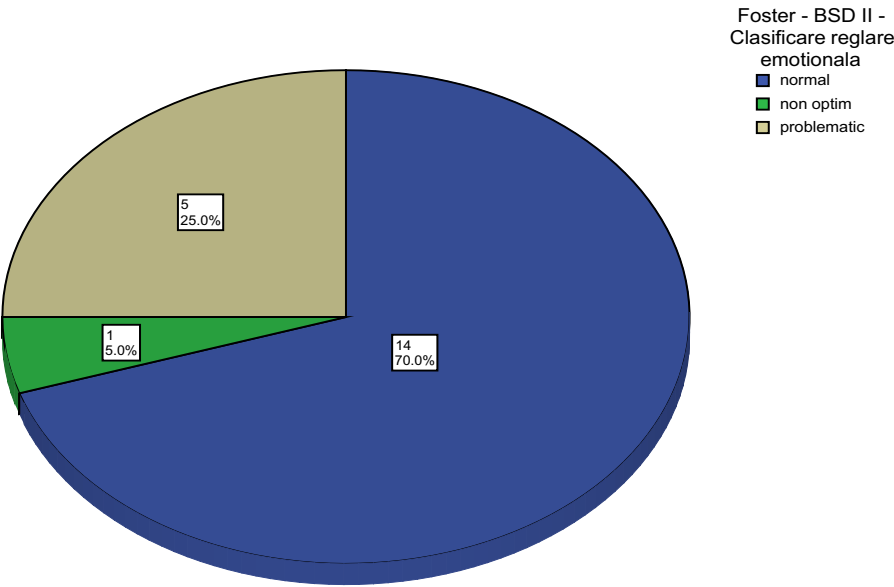
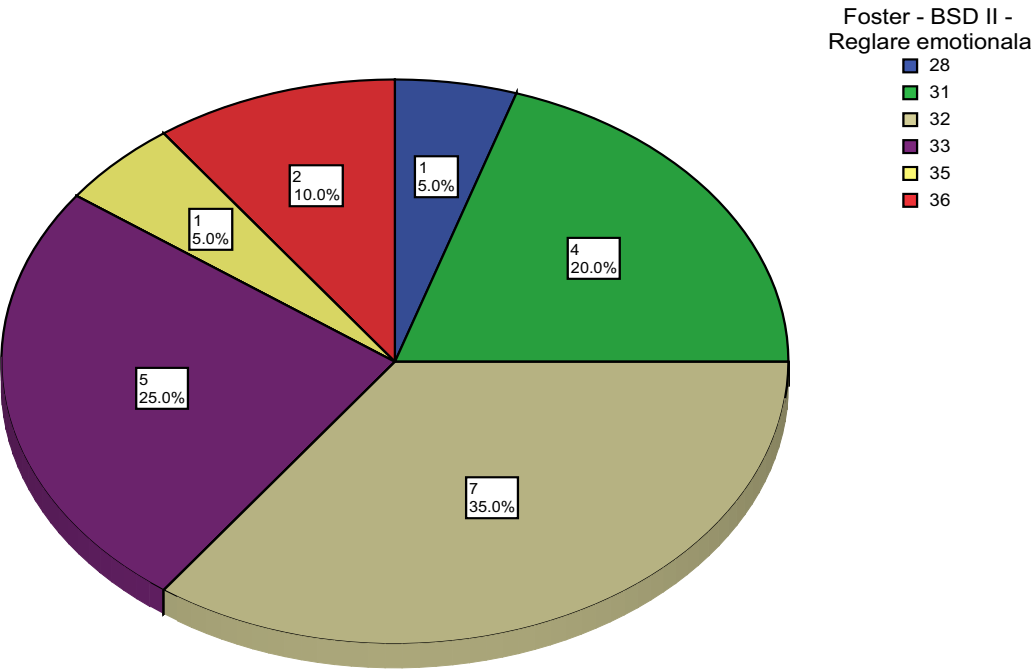


Foster - BSD II - Reglare emotionala

N	Valid	Missing
	20	0

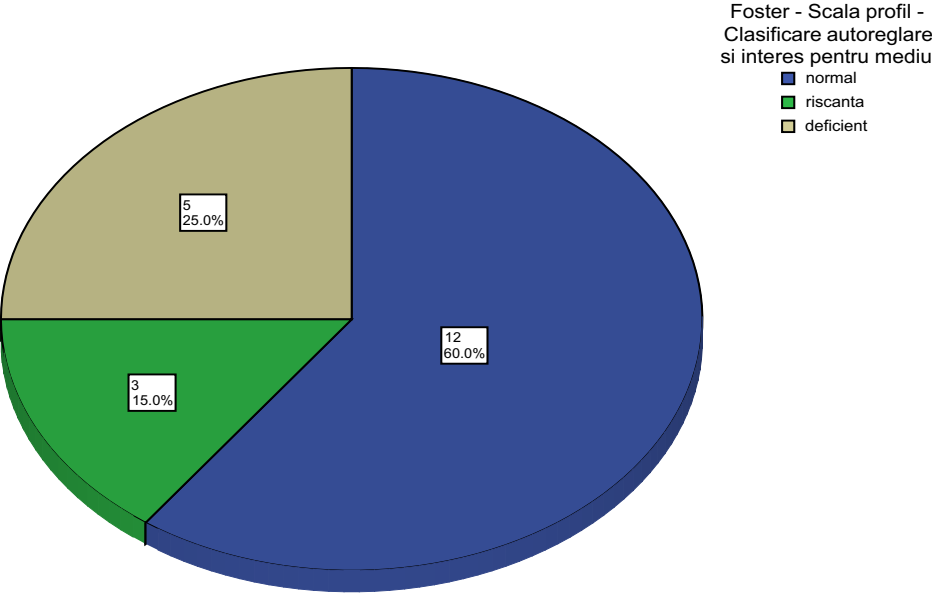
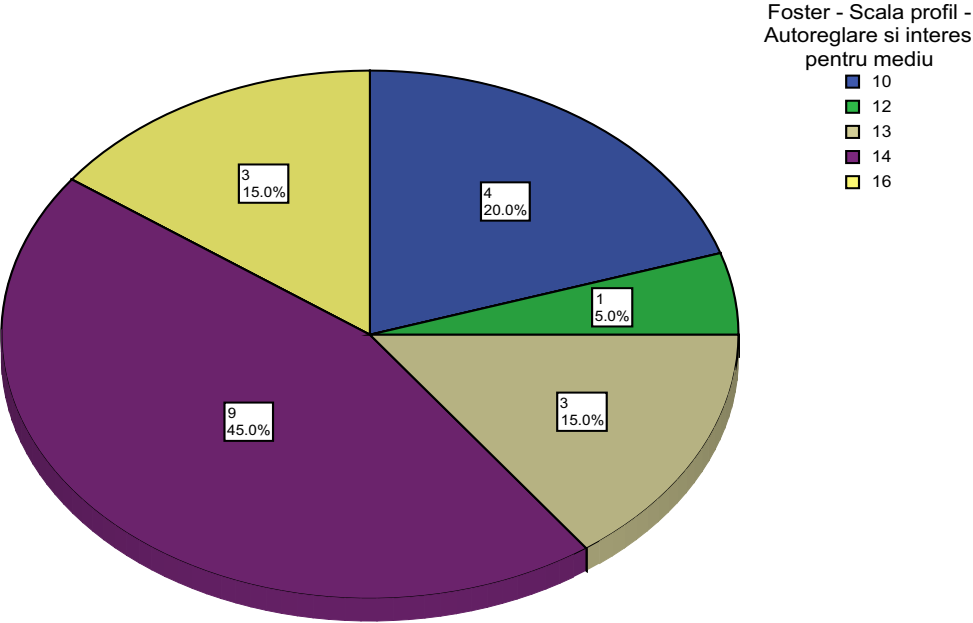
Mean 32.40

Median	32.00
Mode	32
Std. Deviation	1.818



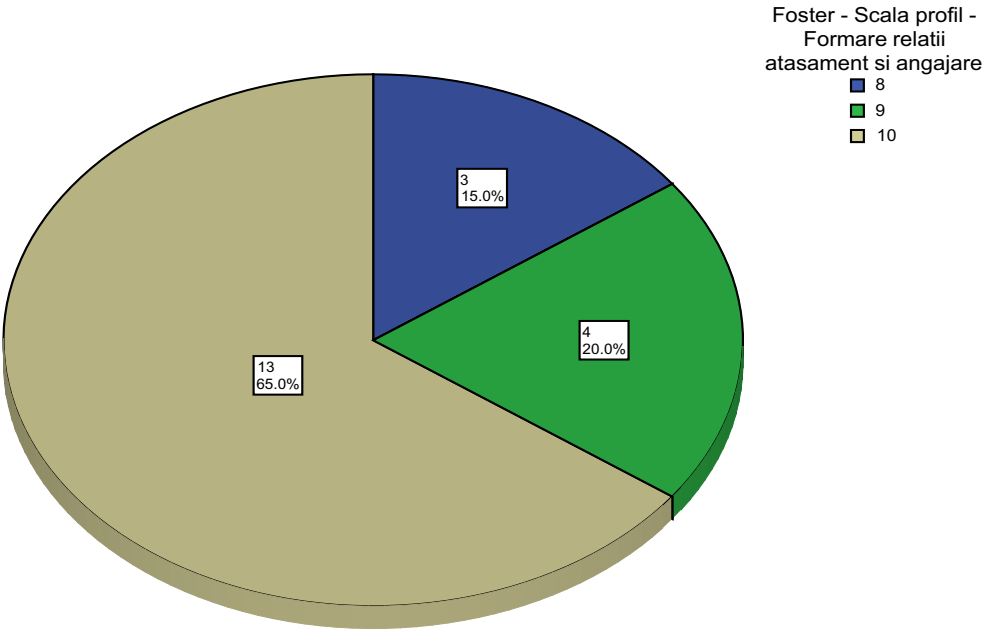
Foster - Scala profil - Autoreglare si interes pentru mediu

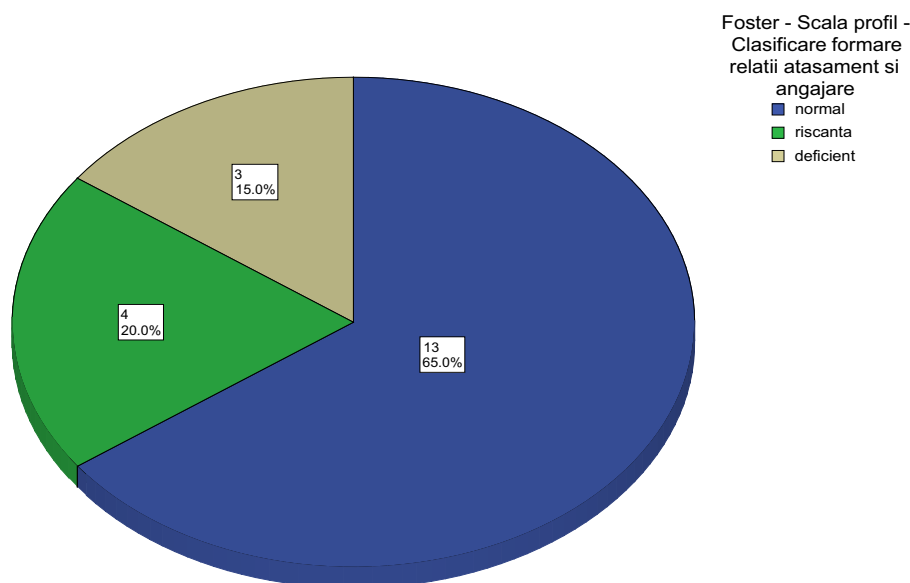
N	Valid	20
	Missing	0
Mean		13.25
Median		14.00
Mode		14
Std. Deviation		1.943



Foster - Scala profil - Formare relatii atasament si angajare

N	Valid	20
	Missing	0
Mean		9.50
Median		10.00
Mode		10
Std. Deviation		.761





ANALIZA DE VARIANTA METODA ONE-WAY ANOVA CU SCORURI NERELATIONATE SAU NECORELATE

Analiza de varianta cu scoruri relationate/necorelate indica masura in care cateva (doua sau mai multe grupuri) au medii foarte diferite. Aceasta analiza presupune ca fiecare dintre grupurile de scoruri provine de la indivizi diferiti. Nu este o conditie esentiala sa avem scoruri egale în fiecare set.

Grupurile diferite apartin variabilei independente. Valorile numerice corespund variabilei dependente.

Practic, analiza de varianta calculeaza variatia dintre scoruri si pe cea dintre mediile pe esantioane. Ambele variatii pot fi folosite pentru estimarea variatiei la nivelul populatiei. Daca doua valori estimative sunt foarte diferite, inseamna ca variatia datorata variabilei independente este mai mare decat ne-am putea astepta pe baza variatiei dintre scoruri. Daca aceasta disparitate este suficient de mare, diferenta de la nivelul variabilitatii este semnificativa din punct de vedere statistic. Acest lucru inseamna ca variabila independenta are efect asupra scorurilor.

Analiza de varianta poate fi dificil de interpretat atunci cand se folosesc doua sau mai mult de doua grupuri. Analiza generala a variantei trebuie sa fie semnificativa din punct de vedere statistic, dar e greu de stiut care dintre cele trei sau mai multe grupuri este semnificativ diferit de celelalte.

Solutia este descompunerea analizei in cateva comparatii separate, pentru a evalua care dintre seturile de scoruri sunt semnificativ diferite de celelalte seturi de scoruri. Asadar, care dintre grupuri sunt semnificativ diferite de celelalte.

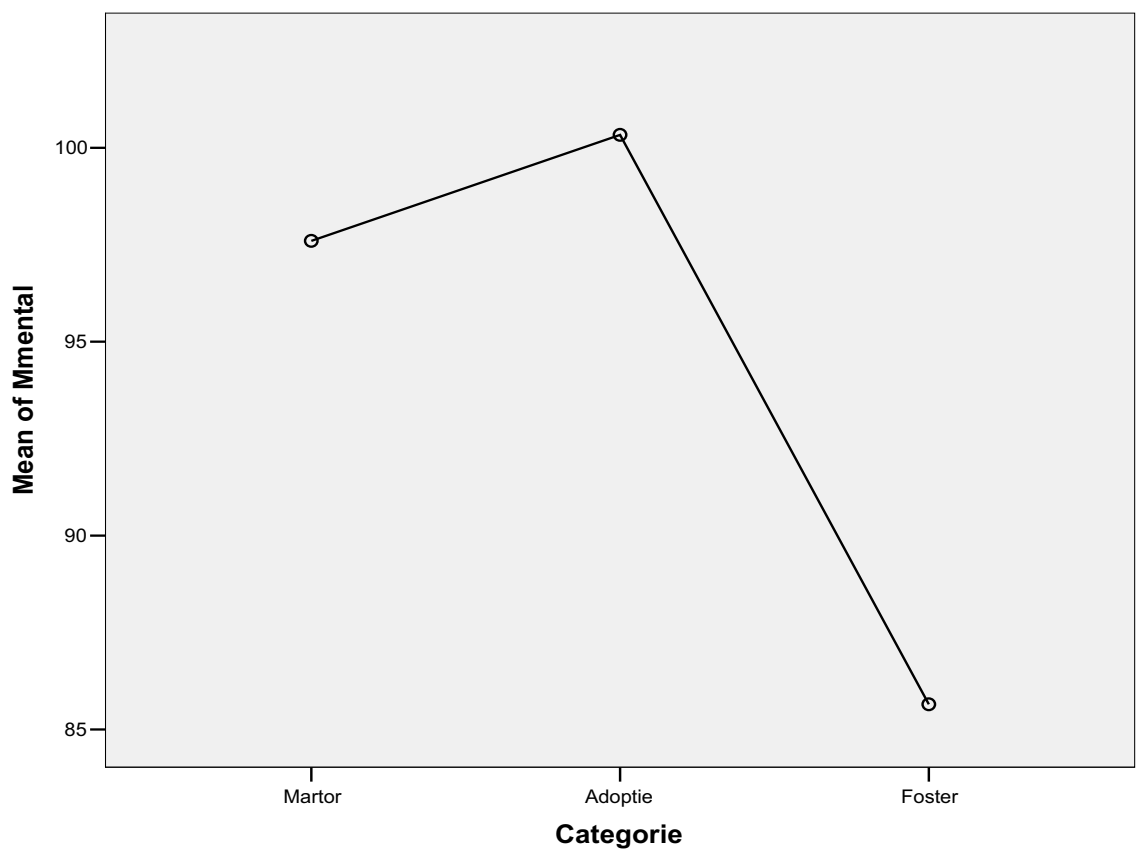
Martor - BSD II - Mental								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Martor	10	97.60	9.721	3.074	90.65	104.55	88	120
Adoptie	12	100.33	13.574	3.918	91.71	108.96	86	120
Foster	20	85.65	4.682	1.047	83.46	87.84	74	93
Total	42	92.69	11.291	1.742	89.17	96.21	74	120

Test of Homogeneity of Variances

Martor - BSD II - Mental			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
13.126	2	39	.000

ANOVA

Martor - BSD II - Mental					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1933.360	2	966.680	11.447	.000
Within Groups	3293.617	39	84.452		
Total	5226.976	41			



Martor - BSD II - Motor								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Martor	10	99.00	6.254	1.978	94.53	103.47	91	113
Adoptie	12	101.00	11.693	3.375	93.57	108.43	85	117
Foster	20	87.10	6.496	1.453	84.06	90.14	72	97
Total	42	93.90	10.415	1.607	90.66	97.15	72	117

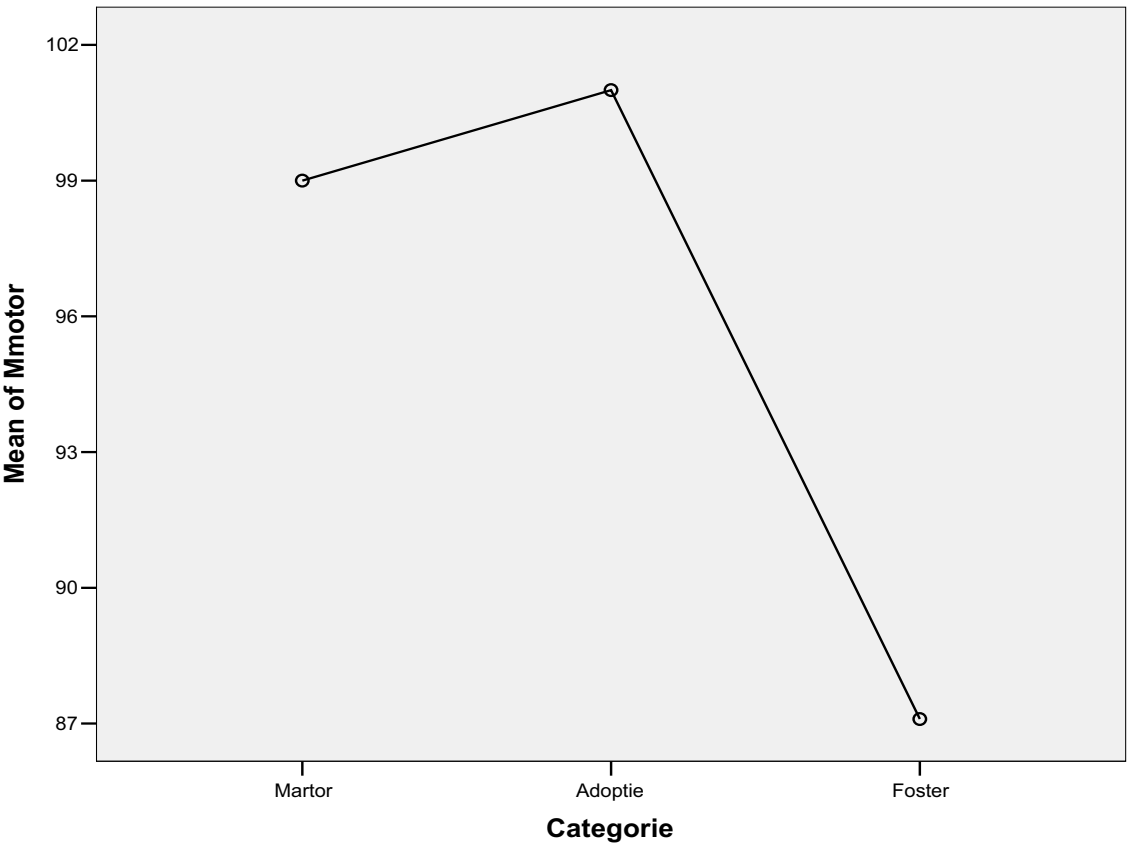
Test of Homogeneity of Variances

Martor - BSD II - Motor			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
6.002	2	39	.005

ANOVA

Martor - BSD II - Motor					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1789.819	2	894.910	13.132	.000

Within Groups	2657.800	39	68.149
Total	4447.619	41	



Martor - BSD II - Orientare-Angajament								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Martor	10	50.40	4.477	1.416	47.20	53.60	40	55
Adoptie	12	48.75	6.269	1.810	44.77	52.73	34	55
Foster	20	41.70	3.629	.811	40.00	43.40	32	45
Total	42	45.79	6.079	.938	43.89	47.68	32	55

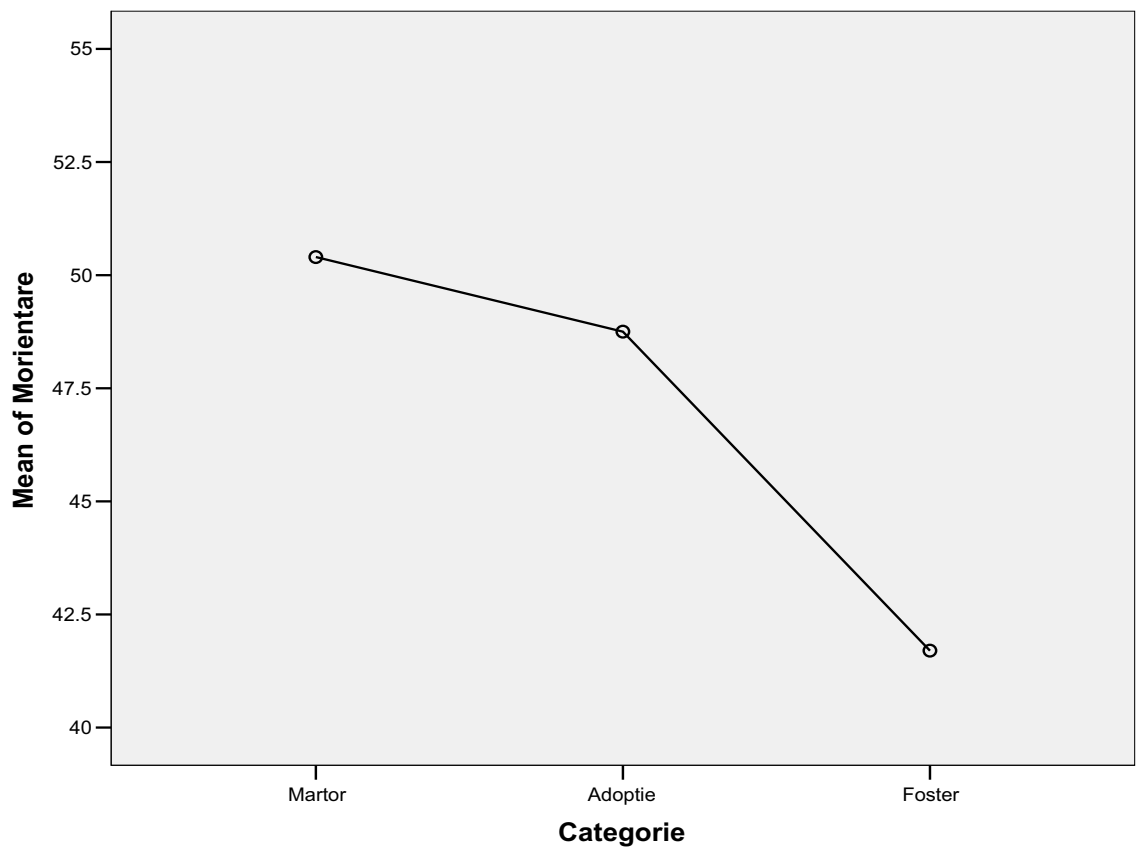
Test of Homogeneity of Variances

Martor - BSD II - Orientare-Angajament				
Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
2.477	2	39	.097	

ANOVA

Martor - BSD II - Orientare-Angajament

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	652.221	2	326.111	14.740	.000
Within Groups	862.850	39	22.124		
Total	1515.071	41			



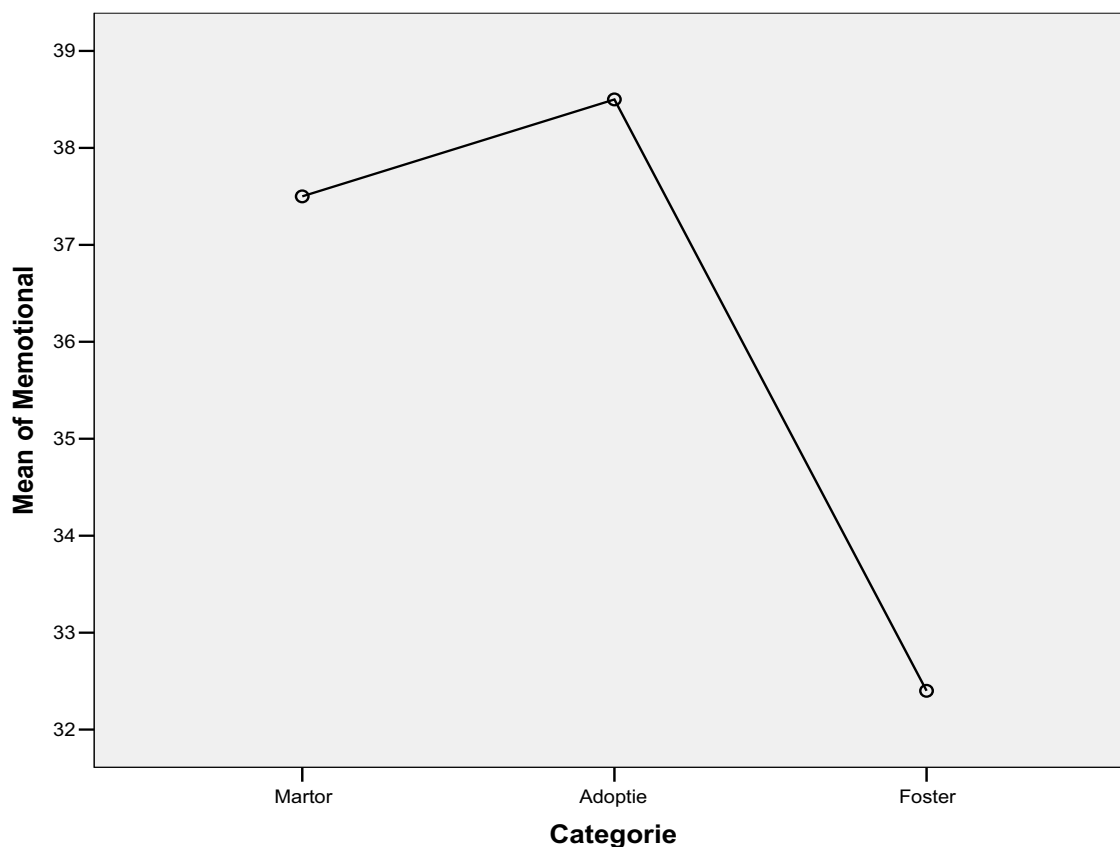
Martor - BSD II - Reglare emotionala								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Martor	10	37.50	4.062	1.285	34.59	40.41	33	45
Adoptie	12	38.50	4.834	1.395	35.43	41.57	32	48
Foster	20	32.40	1.818	.407	31.55	33.25	28	36
Total	42	35.36	4.438	.685	33.97	36.74	28	48

Test of Homogeneity of Variances

Martor - BSD II - Reglare emotionala				
Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
6.658	2	39	.003	

ANOVA

Martor - BSD II - Reglare emotionala					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	339.343	2	169.671	14.130	.000
Within Groups	468.300	39	12.008		
Total	807.643	41			



Martor - Scala profil - Autoreglare si interes pentru mediu								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Martor	10	15.30	.823	.260	14.71	15.89	14	16
Adoptie	12	15.08	1.379	.398	14.21	15.96	13	16
Foster	20	13.25	1.943	.435	12.34	14.16	10	16
Total	42	14.26	1.835	.283	13.69	14.83	10	16

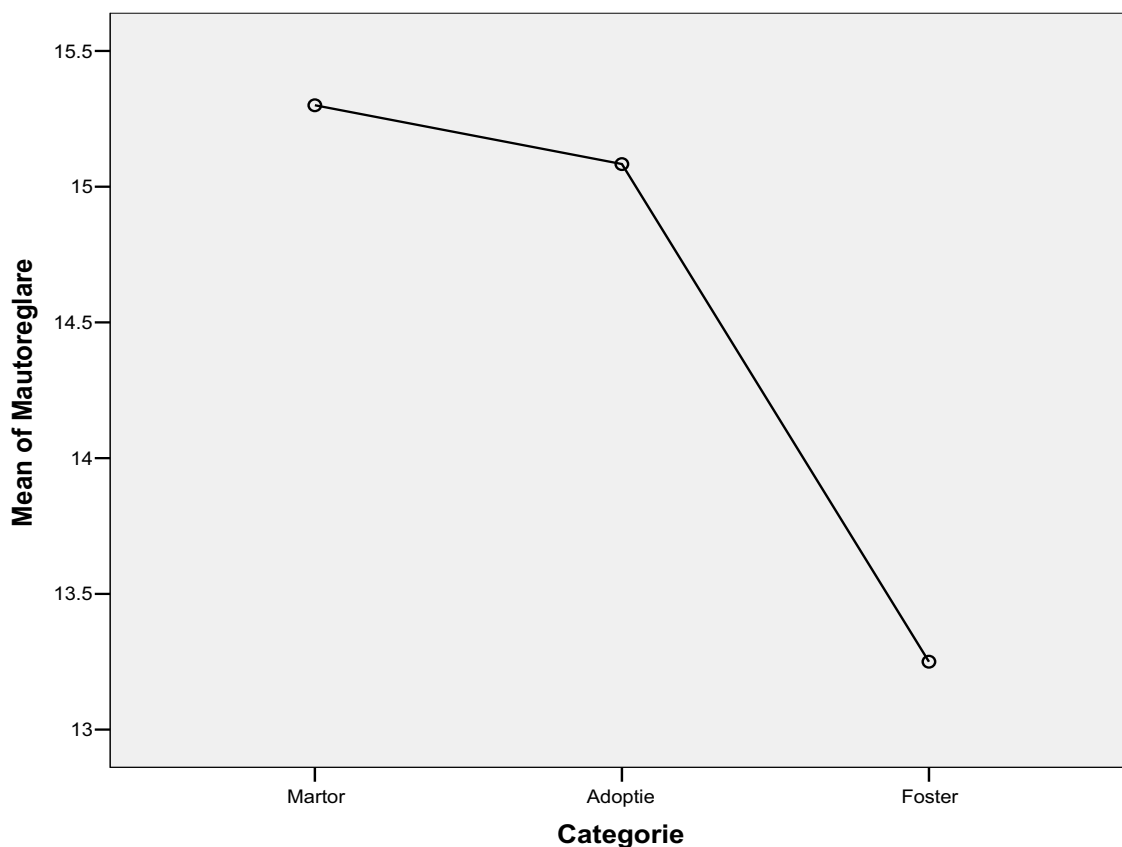
Test of Homogeneity of Variances

Martor - Scala profil - Autoreglare si interes pentru mediu				
Levene Statistic	df1	df2	Sig.	
2.690	2	39	.080	

ANOVA

Martor - Scala profil - Autoreglare si interes pentru mediu

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	39.352	2	19.676	7.770	.001
Within Groups	98.767	39	2.532		
Total	138.119	41			



Martor - Scala profil - Formare relatii atasament si angajare

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Martor	10	10.00	.000	.000	10.00	10.00	10	10
Adoptie	12	9.83	.389	.112	9.59	10.08	9	10
Foster	20	9.50	.761	.170	9.14	9.86	8	10
Total	42	9.71	.596	.092	9.53	9.90	8	10

Test of Homogeneity of Variances

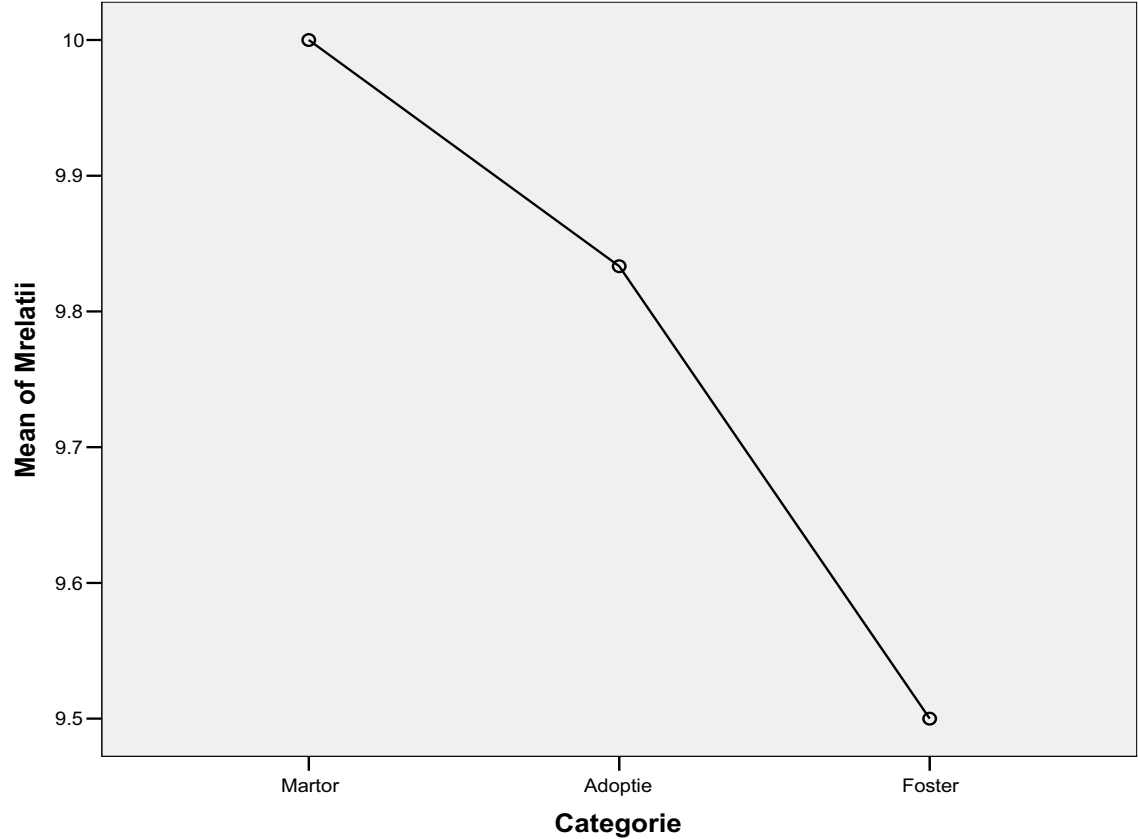
Martor - Scala profil - Formare relatii atasament si angajare

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
17.920	2	39	.000

ANOVA

Martor - Scala profil - Formare relatii atasament si angajare

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.905	2	.952	2.932	.065
Within Groups	12.667	39	.325		
Total	14.571	41			



CORELATII

	Martor - Scala profil - Formare relatii atasament si angajare	Martor - BSD II - Orientare-Angajament
Martor - Scala profil - Formare relatii atasament si angajare	Pearson Correlation 1	.434(**)
	Sig. (2-tailed)	.001

	N	42	42
Martor - BSD II - Orientare-Angajament	Pearson Correlation	.434(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.004	
	N	42	42

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

		Martor - BSD II - Reglare emotionala	Martor - Scala profil - Autoreglare si interes pentru mediu
Martor - BSD II - Reglare emotionala	Pearson Correlation	1	.473(**)
	Sig. (2-tailed)		.001
	N	42	42
Martor - Scala profil - Autoreglare si interes pentru mediu	Pearson Correlation	.473(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.002	
	N	42	42

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

		Martor - BSD II - Mental	Martor - Scala profil - Formare relatii atasament si angajare
Martor - BSD II - Mental	Pearson Correlation	1	.454(**)
	Sig. (2-tailed)		.001
	N	42	42
Martor - Scala profil - Formare relatii atasament si angajare	Pearson Correlation	.454(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.003	
	N	42	42

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Rezultate

Discuții

Concluzii