

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

“CAROL DAVILA” BUCUREȘTI

FACULTATEA DE MEDICINĂ GENERALĂ

TEZĂ DE DOCTORAT

***STRATEGII DE COPING LA COPIII CU UN PĂRINTE
CU TRAUMATISM CRANIO-CEREBRAL SEVER SAU MEDIU***

Coordonator Științific:

Prof. Univ. Dr. ȘTEFAN MILEA

Membru titular al Academiei de Științe Medicale

Doctorand:

FLORENTINA PALADA

2011

1 Introducere

Motivație

Am să încep prin a spune o scurtă poveste. E povestea unei fete care avea 10 ani atunci când tatăl ei s-a îmbolnăvit brusc. S-a trezit într-o dimineață ca de obicei, iar spre seară a aflat de la mama ei că era de fapt o zi specială, în care tatăl ei fusese dus la spital. O afecțiune cerebrală intervenise brusc.

I-au rămas înfipite în memorie două imagini foarte pregnante: una a tatălui întins pe patul spitalului înfășurat în multe, multe bandaje din care de-abia îl mai recunoștea și teama de a se apropia de pat iar cea de-a doua amintire e a gardului spitalului nesfârșit de lung către ceea ce a descoperit mult mai târziu că era Piața Sudului.

Apoi a “ales” să facă Liceul Sanitar pentru a lucra în domeniul medical.

Și apoi psiholog și a dorit foarte mult să lucreze la Spitalul 9. De ce? Nu a avut o explicație prea logică atunci, doar că ceva o atrăgea acolo.

Acea fetiță am fost eu.

Apoi a venit proiectul COSIP care se adresa exact celei ce fusese cu 20 de ani în urmă. Fetița al cărei tată se îmbolnăvisese brusc de o maladie cerebrală. S-ar fi integrat perfect în lot, după toate criteriile de includere.

Și astfel a “ajuns” să lucreze cu acești copii și să-i întrebe cum se simt având părintele bolnav, ce simt că s-a schimbat în viața lor, ce s-a schimbat în familie, ce nevoi au. A fost o ocazie să întrebe și să obțină anumite răspunsuri și de la copilul din ea. Vechi amintiri s-au trezit și au ieșit la suprafață aducând-o în situația de a lucra în această vreme și cu trauma sa. Am devenit conștientă de faptul că pentru fiecare persoană situația este trăită diferit.

Știa foarte foarte bine cât de important e să fie cineva dispus să-ți ofere un timp în care să te întrebe ce e cu tine și să ai ocazia să “scoți” ce e atunci în tine. Totdeauna rămâne întrebarea: cum ar fi decurs lucrurile dacă aș fi avut atunci parte de ceva sprijin?

Da, copiii sunt de multe ori ignorați în astfel de situații.

Sunt și subiect și cercetător. Și multe emoții se trezesc și acum la viață când scriu anumite cuvinte: 1982, gard, pansamente, spitalul Bagdazar.

Simt că astfel se încheie un cerc în viața mea care a fost deschis în octombrie 1982.

Am înțeles că această experiență m-a făcut să ajung să mă simt mult timp ca o victimă și asta m-a împiedicat o vreme să-mi iau resursele și puterea mea în stăpânire. Atâta neputință a adus în mine atunci că m-a pus de multe ori în postura de a cere – inconștient – ajutorul celorlalți, de a construi relațiile în așa fel încât eu eram cea neputincioasă și ceream (de fapt, așteptam) “salvarea” și “salvatorul”. Acestea au fost strategiile mele de coping pentru destul de mulți ani.

Ceva profund s-a răsturnat atunci în conceptul meu despre sine: din fetița protejată am devenit o fetiță față de care ceilalți se raportau cu compasiune, din fetița care avea 2 părinți am ajuns încet-încet, pe neașteptate de seama, mama mamei mele. Am avut în grijă pentru următorii 20 de ani de o mamă cu un doliu prelungit care s-a transformat într-o distimie\ depresie a la long. Și am fost prea devreme un copil-adult cu multe responsabilități.

Am avut nevoie de multe căutări și psihoterapie pentru a mă simți vindecată. Niciodată însă, pe deplin.

Despre toate aceste lucruri voi scrie în termeni mai mult sau mai puțin pretențioși, în definiții, stadii și clasificări în această lucrare. Acesta este unul din motivele pentru care am dorit să o fac.

Studiul de față reprezintă continuarea și aprofundarea unor aspecte ale Proiectului COSIP (QLG-4-CT-2001-02378) ce a constatat într-un studiu multicentru, coordonat de Universitatea din Hamburg și derulat simultan în 8 Centre universitare ale unor țări europene (Germania, Austria, Danemarca, Finlanda, Grecia, Elveția, Marea Britanie și România, singura țară din Europa de Est) între anii 2003-2005.

Domeniul psihoprofilaxiei primare a copiilor în cazul îmbolnăvirii unuia din părinți nu a mai fost abordat anterior în România și nici în lume, fiind un studiu unicat. Studiile făcute au fost desfășurate la un anumit interval după evenimentul traumatizant. Noi l-am făcut în timpul desfășurării psihotraumei.

Lucrarea de față își propune să extindă și aprofundeze obiectivele proiectului COSIP. Motivația ei pornește de la observațiile făcute în timpul proiectului referitoare la faptul că situația de a avea un părinte bolnav este trăită diferit de fiecare persoană. Iar eu trăind această experiență personal am devenit direct interesată de aceste aspecte, cu atât mai mult cu cât domeniul era neabordat în literatura de specialitate.

Cunoașterea strategiilor de coping constituie un factor de bază al intervenției terapeutice preventive. Iar în acest mod psihoprofilaxia devine posibilă pentru că intervine ținut asupra unei populații expuse, în perioada în care factorii de risc își fac simțită prezența. Nu este vorba de o psihoprofilaxie care se adresează unei populații generale cu rol de informare și prevenție, ci o psihoprofilaxie primară ce intervine când persoana se află în situația de risc.

Un alt factor motivant a fost cel legat de impactul profund socio-cultural. Am fost interesată de modul în care reacția la psihotraumă și strategiile de coping depind de socio-cultură.

Este un domeniu nou și actual care susține ideea de intervenție preventivă și creștere a rezilienței și calității vieții persoanei.

2 Fundamentare teoretică

2.1 Stadiul actual al dezbateri

Preocupări legate de ce se întâmplă cu copiii în ale căror familii s-a îmbolnăvit unul dintre părinți au apărut în literatura de specialitate din ultimele trei decenii ale secolului trecut.

Cele mai multe studii de până acum au fost făcute pentru copiii cu părinții cu cancer, diabet, hemofilie sau scleroză multiplă.

Studiul prezentat în lucrarea de față are caracter de noutate științifică deoarece se referă la impactul asupra familiei și mai ales asupra copiilor a situației în care un părinte se îmbolnăvește brusc. E o temă care suscită tot mai mult interes pe plan internațional, iar în România nu a fost abordată înainte de derularea proiectului COSIP.

În cadrul proiectului COSIP în alte țări din Europa au fost cuprinse în cercetare familii în care diagnosticul părintelui bolnav era de cancer, diabet sau scleroză multiplă. În România diagnosticul părintelui bolnav a fost de traumatism cranio-cerebral sau medular sever sau mediu.

2.2 Generalități despre psihotraumă

Psihotrauma este un fenomen extrem de complex și inedit care se individualizează și particularizează în timp. Psihotraumele cu conținut psihologic îmbracă forme foarte variate.

Ele poartă numele de stresori psihosociali și constau în evenimente și situații imprevizibile, ambigue, prea complexe, incomprehensibile sau fără ieșire, cu caracter amenințător sau care pun sub semnul întrebării convingerile, certitudinile, așteptările, posibilitatea de afirmare, viitorul și valorile individului (Milea Ș, 2006).

Copiii aflați în situația intervenită brusc de a li se îmbolnăvi un părinte sunt expuși unei psihotraume de mare intensitate.

Putem exemplifica acest lucru prin mărturii ale subiecților din lot făcute la primele interviuri:

“Nu știu prea bine ... știu ca a leșinat așa mi s-a zis.... eu dormeam când am aflat m-a sunat cineva și mi-a zis că mama a leșinat m-am speriat foarte tare nu știam ce să fac ... și.. am sunat-o pe matușa mea (sora mamei) ...m-am speriat foarte tare ... am plâns..... nu știam ce se va întâmpla tremuram toată o vecină mi-a dat un calmant și m-am liniștit ... și prietenul meu m-a ajutat foarte mult mi-a spus să stau liniștită că s-a dus matușa mea la spital și va avea grijă de mama”.

sau

„(pe mine m-a cerut la telefon)... fii atentă la ce îți voi spune, ai grijă de mama, poate nu-i spui sau vezi cum faci să-și ia medicamentele. Tata a avut un accident foarte grav și este la spital, e...vă dați seama că eu nu mai vedeam, nici nu mai...Mi-a spus că este cu coloana, că nu simte nimic și am văzut negru, și am văzut așa o pată neagră..îi.. și era mama în spate că altfel poate cădeam, mă loveam și eu mai rau dar asta e...foarte greu, nu aș vrea să mai trec prin asemenea momente și mai ales că nu a fost cineva care să mă consoleze adică mama săraca încerca din răspuțeri, și îi iubesc foarte tare pe amândoi dar....nu știu.“

Tabel 1. Scala severității factorilor psihosociali de disstres la copii

Sursa: Riedesser, apud DSM III- R

Exemple de factori de stres		
Grad	Evenimente acute	Circumstanțe de viață de durată
1 Absent	Lipsa unor stresori acuți	Lipsa unor stresori de durată
2 Ușor	Despărțirea de un prieten sau prietenă. Schimbarea școlii	Certuri în familie. Locuință aglomerată
3 Moderat	Exmatriculare din școală. Nașterea unui frate sau a unei surori.	Afecțiuni cronice invalidante ale părinților. Certuri între părinți
4 Sever	Divorț al părinților. Sarcină nedorită. Arest	Părinți severi sau rejectivi. Afecțiuni cronice care amenință viața unui părinte. Multe plasamente în instituții
5 Extrem	Abuz sexual sau fizic. Moartea unui părinte.	Abuz sexual sau fizic repetat
6 Catastrophic	Moartea ambilor părinți	Afecțiuni cronice care amenință viața

Pe o scală care are 6 trepte, de la ușor la catastrofal, situația în care se află copiii cuprinși în cercetarea prezentă sunt la nivelul 4 “sever” având ca circumstanțe de viață durabile **“boală cronică ce amenință viața unui părinte”** (DSM III- R).

Tipul de traumă de care ne ocupăm aici prezintă anumite particularități:

- este declanșată de o situație care apare brusc în viața unei familii,
- are caracter acut, neașteptat și amenințare multiplă de destrucție
- spre deosebire de traumele de tipul calamităților naturale, de exemplu, care au o anumită durată, acest tip de traumă nu are o durată circumscrișă în timp după care să poată urma o perioadă de refacere, ci ea se desfășoară în timp fără a se putea prezice traseul,
- acțiunea factorilor stresanți nu este progresiv descrescătoare, ci are modulații imprevizibile care determină o stare de incertitudine prelungită cu ridicări și coborâri ale nivelului de tensiune interioară, aceștia putându-se constitui în factori traumatogeni suprapuși (denumit *fenomen-scară* în 1993 de William R., fenomen provocat de cumulara traumelor),

- în funcție de gravitatea diagnosticului medical, personalul medical face o predicție asupra *traseului așteptat* care conduce la proiectarea în timp a unui tablou al așteptărilor pe care familia și le poate face despre evoluția bolii. Însă evoluția reală se poate abate de la acest traseu imaginat și cu cât variabilitatea (abaterile de la traseul așteptat de membrii familiei) ei e mai mare față de cea așteptată, imaginată, dorită, cu atât factorii de disstres își continuă influența în timp,
- o altă particularitate a lotului de studiu este că din punct de vedere medical se pot instala dizabilități permanente (infirmități, recuperare parțială) care modifică definitiv dinamica familiei. Astfel este nevoie să se facă reajustări și readaptări la nivelul: rolurilor în familie, imaginii de sine, imaginii sociale a familiei, redirecționării spre alte resurse materiale.
- astfel că în cadrul intervenției în situația de criză e necesar să fie luat în calcul de către specialiști și doliul după pierderile suferite: materiale, de status social, de stimă de sine.

Aceste particularități determină ca fazele de reacție la traumă descrise în mod curent să aibă caracteristici speciale pe care le vom evidenția pe parcursul lucrării.

2.3 Traumă și stres psihic

Situațiile traumatice expun organismul la o stare de stres fizic și psihic. Persoanele expuse unor factori de stres psihic de intensitate ridicată intră într-o categorie de risc.

Stresul în general are rol constructiv și maturativ (Selye, 1940) de pregătire a organismului pentru adaptarea la schimbările din mediul înconjurător, însă atunci când ponderea factorilor de stres depășește resursele adaptative ale organismului el devine disstres. Inițial organismul intră într-o fază de „pregătire” pentru a face față cerințelor aduse de mediu.

De regulă în situația în care o persoană este expusă unor factori de stres psihic, aceasta e capabilă să facă față fără să dezvolte simptome serioase în străduința de a se adapta. Persoana este „copleșită”, dar nu „distrusă”, fiind o chestiune legată de nivel de intensitate a trăirilor. Când o persoană este traumatizată se simte distrusă și nu poate funcționa fără un ajutor substanțial pe o anumită perioadă de timp sau permanent (Lazarus, p 129).

2.4 Traumă și disstres

Există o dinamică a trecerii de la stress la disstres în urma expunerii la o psihotraumă. Atunci când factorii de stres au depășit resursele și organismul nu a reușit să transforme situația într-una

maturativă și adaptativă, ci a fost răpus și a răspuns prin semne și simptome specifice supraîncărcării. În mod comun ne referim la o persoană în această situație ca fiind “traumatizată” sau “a rămas traumatizată”.

Esența traumei constă în faptul că *semnificații și înțelesuri* esențiale au fost subminate. Aceste semnificații corespund sentimentelor de *lipsă de valoare, neputință, sentimentului că nu este îngrijit, protejat sau/și de lipsa controlului asupra vieții*.

2.5 Model explicativ al răspunsului la psihotraumă

Structura de bază a răspunsului de stres post-traumatic poate fi descrisă ca o alternare între o parte disociativă a personalității mediată de acțiunea sistemelor vieții de zi cu zi și o altă parte mediată de apărări. Atunci când partea disociată majoră a persoanei e detașată de traumă și mediată de sistemele de acțiune ale vieții de zi cu zi, persoana pare fără disturbări și capabilă să aibă o viață relativ normală.

Însă această normalitate poate fi doar aparentă pentru că această parte a personalității evită fizic și mental indiciile care au legătură cu trauma, inclusiv viața sa interioară și, ca urmare, persoana trăiește la “suprafața conștientizării”. Iar când persoana este confruntată cu aspecte amenințătoare majore, părțile fixate în sistemele de acțiune ale apărărilor au tendința să invadeze sau să devină dominante.

2.6 Tulburarea de stres posttraumatic și stagnarea în dezvoltare

Ne oprim aici asupra ideii referitoare la consecințele pe termen lung pe care le pot determina psihotraumele. De exemplu, una dintre funcțiile strategiilor de coping este aceea de a proteja organismul de confruntarea cu experiențe prea dureroase. Strategii de coping precum “gândirea conform dorințelor” sau “învinuirea altora” reușesc să țină departe trăirile legate de situația traumatică. Astfel că este posibil ca aceste trăiri să revină după un anumit interval de timp și să se constituie într-un tablou clinic sau să rămână la nivel subclinic ca și intensitate a manifestărilor, dar să aibă consecințe de durată în evoluția dezvoltării personalității. Acele experiențe care rămân în acest interval de timp neelaborate vor duce la evitarea altor categorii de experiențe și astfel la îngustarea unor arii de dezvoltare a personalității din nevoia de apărare de experiențe dureroase.

2.7 Reziliența

Apare întrebarea de ce unii copii reușesc să facă față unor circumstanțe de mediu foarte nefavorabile, iar alții resimt ca traumatice situații considerate ca fiind minore?

Un concept explicativ mai recent luat în considerare în psihologie este **reziliența**.

O soluție centrală pentru dezvoltarea echilibrată este **reziliența**. Aceasta este definită de Havighurst (1948/1982) *ca fiind abilitatea de a reuși să facă față crizelor, situațiilor dificile și cererilor dezvoltării*.

Reziliența nu este o caracteristică moștenită ci dezvoltată în cursul vieții, anii din copilăria timpurie fiind de o importanță majoră.

2.8 Coping

Conform “Marelui dicționar al psihologiei” Larousse 1999, **copingul** este un *proces activ prin care un individ, ca urmare a autoaprecierii propriilor capacități și motivații, face față vieții și în special unei situații stresante și reușește să o stăpânească*.

Copingul mai este definit ca “eforturile cognitive și comportamentale ce se schimbă în mod constant de a face față unor cereri specifice externe sau interne care sunt evaluate ca suprasolicitând sau depășind resursele persoanei” (Lazarus& Folkman, 1984).

Așadar, organismul este în situația de a evalua rapid și de a stabili ce decizie să ia în situația respectivă. Sunt procese psihice complexe care se desfășoară cu o mare viteză, iar noi cel mai des vedem doar rezultatul lor la nivel comportamental. Pentru a înțelege mai în profunzime mecanismele care au dus la alegerea aceluia comportament în acea situație specifică este nevoie să ne oprim și să investigăm în detaliu procesele desfășurate.

Strategiile de coping și adaptarea pe termen lung la o boală de lungă durată includ efortul și timpul necesar pentru fiecare individ din familie și pentru familie ca ansamblu de a integra consecințele fizice, psihologice și sociale ale bolii în realitatea intrapsihică și interpersonală (Goerres 1988).

Capacitatea de a face față a copiilor depinde de vârsta lor, de sex, de stadiul de dezvoltare și de structura lor de personalitate și de apărare. Conceptele despre boală și strategiile de coping afective și cognitive sunt specifice fiecărui copil. Ele se schimbă cu vârsta și pe măsură ce copilul se dezvoltă. Factorii de risc, protectivi și rezilienți influențează abilitățile de a face față ale copilului. De exemplu, factorii parentali ca agravarea bolii, stresul emoțional asociat, depresia sau deteriorarea cognitivă pot influența negativ comportamentul de coping al copiilor

2.9 Consilierea psihologică ca instrument de bază al intervenției psihoprofilactice

Această intervenție psihologică trebuie să pornească de la rezultatele evaluărilor psihologice făcute în situația respectivă. Considerăm că evaluarea strategiilor de coping ale copilului și ale familiei este crucială în construirea demersului de intervenție psihologică. Ele reprezintă punctul de pornire, materialul pe baza căruia se poate construi modelul de intervenție adaptat nevoilor actuale ale copilului.

Consilierea psihologică în lucrul cu trauma are caracteristici speciale. Doresc să subliniez aici că intervenția propusă de noi s-a făcut în timpul derulării psihotraumei, nu la un anumit interval după acțiunea acesteia.

Așadar cea mai potrivită formă de consiliere consider că este consilierea centrată pe persoană (C. Rogers, 1951) pentru că este cea mai noninvazivă formă de consiliere, fiind o abordare care respectă ritmul clientului și crează un mediu de înțelegere empatică, acceptare pozitivă necondiționată a cadrului intern de referință al clientului.

De asemeni doresc să fac referire la conceptele de “felt sense” și “experiencing” ale lui Eugene Gendlin care sunt de mare ajutor în intervenția psihologică ce are drept scop simbolizarea experiențelor pe care persoana le are față de diverse aspecte ale situației în care se află.

Lazarus și Folkman (1984) văd copingul ca pe un proces dinamic, specific nu doar situației de față ci stadiului de confruntare. După ei, copingul nu e în primul rând un răspuns la tensiune. În schimb, e influențat de *evaluarea cognitivă* a evenimentului pe care o face individul, iar evaluarea cognitivă influențează *evaluarea emoțională* (Lazarus & Folkman, 1988).

Lazarus și Folkman (1984) consideră **stresul psihologic** ca o *relație* între persoană și mediul care este evaluat ca potențial amenințător față de bunăstarea persoanei.

3 Material și metodă: designul cercetării

3.1 Organizarea și metodologia studiului

Studiul actual pornește de la observarea faptului că îmbolnăvirea unui părinte determină dezechilibre în funcționalitatea familiei și are consecințe în plan psihologic asupra copilului sau copiilor din familie. Aceste consecințe pot fi evaluate și urmărite în timp pentru a se observa dacă ele devin factori de risc pentru sănătatea psihică a copiilor. Ele pot merge ca și amplitudine de la o intensitate mică, cu o integrare adaptată a evenimentului până la o intensitate crescută care poate

determina devieri ale traseului dezvoltării personalității față de cel așteptat în lipsa evenimentului din familie.

Intervenția psihoprofilactică oferită familiei aflată în situație de criză asigură creșterea ponderii factorilor protectivi, rezilienți și diminuarea influenței factorilor de risc.

Pentru a calibra oferta de servicii de intervenție psihoprofilactică prin consiliere este nevoie de evaluarea situației particulare a fiecărei familii, iar în lucrarea de față ne-am oprit asupra evaluării strategiilor de coping folosite de copiii și de adulții din familie. În funcție de gradul de adaptabilitate al strategiilor folosite, consilierul poate interveni și adapta serviciile oferite cu scopul de a îmbunătăți resursele interne de apărare în situații de criză și calitatea vieții persoanei căreia i se adresează.

3.1.1 Obiective

Conform cu tipologia propusă de către Babbie (2007), facem diferența între trei tipuri de obiective ale cercetării: descriptive, explicative și practice.

- **Obiective descriptive:** să arătăm cum stau lucrurile în grupul cercetat. Aceasta se poate face de două maniere: *transversal*: în același moment al observației, descrierea situației în funcție de anumite clasificări considerate a fi semnificative: tipul persoanei analizate (copil, părinte sănătos), sexul copilului, vârsta copilului, sexul părintelui bolnav, poziția copilului în cadrul familiei (daca este copil unic sau nu), acordarea de consiliere și *longitudinal*: de la momentul inițial (t0) al observării la momentul final (t2), după 6 luni, atât la nivel general cât și la nivelul categoriilor semnificative menționate mai sus.
- **Obiective explicative:** fundamentarea teoretică a diferențelor existente, analiza statistică a acestor diferențe (acceptarea sau respingerea ipotezei nule, în funcție de valorile testelor de semnificație) și motivarea acestora.
- **Obiective practice:** care este aplicabilitatea rezultatelor cercetării în cazul practicii curente: folosirea datelor obținute în urma analizei statistice pentru cazuri aflate în situații asemănătoare în practica clinică; creșterea gradului de conștientizare în rândul specialiștilor din domeniul medical care lucrează cu adulți-părinți asupra impactului pe care îl are starea de sănătate a părintelui și evoluția acesteia asupra copiilor; creșterea gradului de conștientizare în rândul specialiștilor din domeniul medical și educativ care lucrează cu copii privind importanța influenței stării de sănătate a părinților asupra confortului psihologic al copiilor.

3.1.2 Ipoteze

La primul nivel al cunoașterii pe care ni l-am propus, cel descriptiv, nu este cazul încă să emitem ipoteze. Scopul nostru, ambiția noastră inițială de cunoaștere este pur și simplu de a identifica maniera în care se structurează strategiile de coping în rândul familiilor cu un părinte care a suferit un traumatism cranio-cerebral sau medular sever sau mediu, așa cum sunt ele operaționalizate și surprinse cu ajutorul instrumentelor de măsurare folosite: BADO-C, Karnofsky, KIDCOPE, F-COPES, FAD (v. infra pentru descrierea acestora). În acest caz, plusul de cunoaștere îl reprezintă însăși identificarea structurilor și prezentarea acestora.

De-abia la cel de-al doilea nivel, cel explicativ, unde intervine analiza în rândul diverselor subcategorii considerate semnificative (nivelul transversal al cercetării) și între diversele momente ale măsurării (nivelul longitudinal al cercetării), putem începe să emitem ipotezele de cercetare, pe baza teoriei folosite.

Ipotezele noastre de cercetare sunt de două tipuri, în funcție de tipul cauzelor analizate. Pe de o parte, **factorii naturali** avuți în considerare (există diferențe semnificative în cadrul strategiilor de coping cauzate de structurările naturale identificate în rândul subiecților: tip de persoane aflate în situația traumatică (adult, copil), sex, vârstă, sexul părintelui bolnav (și, implicit, în oglindă, sexul părintelui de sprijin). Pe de altă parte, **factorul experimental**, oferirea de consiliere psihologică (dacă o persoană primește consiliere psihologică în urma expunerii la un eveniment traumatizant, strategiile de coping folosite vor avea o valoare adaptativă mai mare).

În plus, trebuie să diferențiem între momentele inițiale și finale ale cercetării, fapt ce introduce o dimensiune suplimentară în cadrul ipotezelor noastre: distincția dintre ipotezele transversale (la același moment al cercetării) și ipotezele longitudinale (de la momentul inițial T0 la momentul final T2 al cercetării).

Structura ipotezelor noastre de cercetare este prezentată în Tabelul 2.

Tabelul 2. Structura ipotezelor de cercetare

Nr	Tip caracteristică	Caracteristică (variabile cauzale / independente)	Categorii	Tip analiză
IP01	Naturală	Sexul copilului	Băieți vs Fete	Transversală
IP02		Vârsta copilului	Copii mici (7-12) vs Copii mari (13-18)	t0
IP03		Sexul părintelui de sprijin	Mame vs Tați	
IP04	Experimentală	Consilierea terapeutică	Grup martor vs Grup probant	
IP05	Naturală	Sexul copilului	Băieți vs Fete	Transversală
IP06		Vârsta copilului	Copii mici (7-12) vs Copii mari (13-18)	t2
IP07		Sexul părintelui de sprijin	Mame vs Tați	
IP08	Experimentală	Consilierea terapeutică	Grup martor vs Grup probant	
IP09	Naturală	Sexul copilului	Băieți vs Băieți Fete vs Fete	Longitudinală:
IP10				
IP11		Vârsta copilului	Copii mici vs Copii mici Copii mari vs Copii mari	t0 → t2
IP12				
IP13		Sexul părintelui de sprijin	Mame vs Mame Tați vs Tați	
IP14				
IP15	Experimentală	Consilierea psihologică	Grup Martor vs Grup Martor	
IP16			Grup Proband vs Grup Proband	

În cazul tuturor acestor ipoteze considerăm că factorii, caracteristicile cauzale (variabilele independente) **exercită un efect** asupra strategiilor de coping (variabilele dependente), adică putem afirma că **există diferențe semnificative** ce pot fi identificate prin intermediul analizei statistice.

Cu toate acestea, metoda statistică de cercetare este astfel construită încât impune să ne focalizăm asupra nivelului nul al ipotezei (H_0), ce reprezintă asumția că acele caracteristici ce sunt propuse drept cauze (variabilele independente) nu au niciun efect asupra variabilei măsurate – sau, altfel spus, că variația caracteristicii cauză nu determină variații ale caracteristicii efect, neidentificându-se diferențe în cazul valorilor măsurate. Aceasta, la nivel de teste de semnificație, se formalizează în faptul că aceste teste nu sunt diferite semnificativ de zero.

În consecință, în analiza noastră toate ipotezele, de la IP01 la IP16, vor pleca de forma $IP_{xx}(H_0)$ (nu există diferențe semnificative), încercând să invalidăm aceste afirmații de diferență nulă ale testelor de semnificație statistice. $IP_{xx} <> H_0$.

Singura excepție o reprezintă ipoteza IP15, momentul inițial al cercetării din punct de vedere al împărțirii lotului în grupul probant, respectiv lotul martor, unde datorită manierei de selecție (vezi infra, cap. 3.1.7.1), presupunem că nu sunt diferențe semnificative: $IP15 = H_0$.

3.1.3 Metodele de cercetare

Metodele folosite în cercetarea noastră țin de caracteristicile fenomenelor studiate (fenomene psihice), de rigorile cunoașterii științifice (experiment, cuantificare), de contextele situaționale în care am putut studia subiecții (traumă, spital) și de maniera de abordare (cantitativă). Astfel:

- Cunoașterea de tip științific ne-a impus să adoptăm *metoda experimentului*, definită prin faptul este provocat un fenomen (în cazul nostru, un fapt psihic) în condiții bine determinate, cu scopul de a verifica niște ipoteze.
- Fenomenele studiate (fapte psihice) ne impun folosirea *metodei psihometrice* ce constă în aplicarea de instrumente de măsurare psihosociale (chestionare și inventare) validate, standardizate și etalonate aplicate individual, în prezența cercetătorului.
- Contextul situațional (traumă, spital), cât și metoda asumată de cunoaștere (cantitativă), ne-a impus folosirea de instrumente standardizate, în consecință folosirea metodei anchetei pe bază de *chestionar* (chestionarele sunt enumerate și descrise mai jos)

- Abordarea cantitativă a măsurării fenomenelor studiate ne-a impus folosirea *metodei cuantificării și analizei statistice*. Pentru aceasta, am ales să folosim pachetul software SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences).

3.1.4 Instrumentele de lucru

3.1.4.1 KIDCOPE

Unul dintre instrumentele folosite a fost chestionarul KidCope. Acesta măsoară ce strategii de coping folosește un copil când este într-o situație dificilă de viață și cât de eficiente percepe că sunt pentru el aceste strategii folosite. Chestionarul KidCope a fost construit și validat de o echipă condusă de Dr. Antony Spirito în 1988 la Brown University School of Medicine.

Chestionarul prezintă 2 variante diferite pentru copii între 7-12 ani și 13-17 ani. În chestionar sunt incluse 10 strategii de coping, grupate în 2 categorii, o abordare pozitivă și una negativă, de evitare. Cele 10 strategii de coping sunt (A. Spirito): *Distragerea, Retragerea socială, Restructurarea cognitivă, Auto-învinuirea, Învinuirea altora (blamarea altora), Rezolvarea problemei, Reglarea emoțională, Gândirea dezirabilă, Sprijinul social, Resemnarea.*

3.1.4.2 F-COPES

F-COPES (Family Crisis Oriented Personal Scales, Hamilton, 2000) evaluează stilul de coping al familiei. Scalele “Family Crisis Oriented Personal Evaluation” sunt concepute pentru a înregistra atitudinile și comportamentele efective de “problem-solving” – rezolvarea problemelor pe care familiile le adopta ca răspuns la probleme și dificultăți.

Chestionarul cuprinde 30 de itemi, fiecare dintre ei evaluând intensitatea descrierii pe o scală Likert cu 5 trepte: 1=”dezacord puternic”, iar 5=”acord puternic”. Scorul total, precum și cel al fiecărei scale în parte arată gradul în care familia folosește o strategie specifică de coping. Chestionarul a fost completat de părintele sănătos, iar datele obținute se referă la următoarele scale: *Căutarea sprijinului, Restructurare, reorganizare, Orientarea către sprijin spiritual, Mobilizarea familiei către căutarea și acceptarea ajutorului, Evaluarea pasivă.*

3.1.4.3 FAD

FAD (Family Assessment Device de Epstein, Baldwin și Bishop 1983) este un chestionar pentru evaluarea funcționării familiei ca un întreg. Conține 60 de itemi, alegerea făcându-se pe o scală Likert cu 4 trepte: “acord susținut”, “acord”, “dezacord”, “dezacord susținut”. Scorurile înalte indică un grad înalt de disfuncționalitate a familiei. Dimensiunile sunt: *Funcționare generală,*

Rezolvarea de probleme, Comunicare, Roluri, Receptivitatea afectivă, Implicare, Control comportamental.

3.1.4.4 BADO-C

BADO-C (Basic Documentation-C Chestionar) în care sunt notate datele sociodemografice și socioeconomice, precum și starea de sănătate a părinților pentru evaluarea mediului familial al copilului. Cuprinde următoarele module: mame despre ele însele, tați despre ei, mama despre fiecare copil, mama despre familia ei, terapeutul despre familie și terapeutul despre fiecare copil.

3.1.4.5 Scala Karnofsky

Scala Karnofsky (apud Constantinovici A, Adam D., 1997, p. 9-9) utilizată pentru evaluarea gravității stării pacientului de la 0-“mort”, 10%-“muribund”, 20%- “foarte bolnav”, 30%-“dizabilități severe, spitalizat”, 40%- “pacientul are nevoie de îngrijire și ajutor medical, dar nu este spitalizat”, 50%- “dizabilitat”, 60%- “necesită ajutor ocazional pentru nevoile personale”, 70%- “incapabil să facă activități curente dar se poate îngriji singur”, 80%- “activități normale făcute cu ceva efort”, la 100%- “normal”.

3.1.4.6 Interviu semi-structurat

Interviu semi-structurat a fost folosit la momentul atât pentru părintele de sprijin cât și pentru copilul luat în studiu, la T0 cât și la T2.

Interviu semi-structurat aplicat copilului cuprinde întrebări ce se referă la subiecte precum: descrierea evenimentului, atitudinea părintelui bolnav față de el după accident, cum a fost trăită situația de ceilalți membrii al familiei, atitudini ale părintelui de sprijin, cum se descurcă cu școala, dispoziția sa emoțională și grijile legate de viitor.

3.1.5 Lotul

Lotul cercetării cuprinde un număr de 58 familii legal constituite, cu copii cu vârste cuprinse între 6-17 ani, familii în care unul din părinți a suferit un traumatism cranio-cerebral sau medular sever sau mediu.

Organizatorii studiului au împărțit de manieră aleatorie grupul cercetat în două subgrupuri aproximativ egale ca volum și a acordat primului subgrup (grupul probant) 4 ședințe de consiliere psihologică în decursul celor 6 luni în care s-a desfășurat cercetarea, în timp ce celui de-al doilea subgrup (grupul martor) i s-a oferit la momentul inițial al desfășurării cercetării (t0) o broșură informativă.

3.1.6 Maniera de selecție

3.1.6.1 Criterii de selecție

Subiecții lotului experimental au fost selectați în perioada 1 oct. 2002- 31 decembrie 2004 dintre pacienții internați la Camera de gardă- Neurochirurgie a Spitalului de Urgență “Bagdazar-Arseni” din București, fiind victime ale unui TCC / TVM mediu sau sever.

3.1.6.2 Caracteristicile lotului

Lotul de subiecți selectat inițial a fost de 58 de familii. Pe parcurs, unele familii nu au mai putut fi contactate, ajungând în cele din urmă să folosim un lot final de 52 de familii.

Tabelul 3. Caracteristicile lotului de subiecți analizat (comun T0 ... T2)

Număr de familii	52 familii	
Sexul părintelui bolnav	33 tați (bărbați)	19 mame (femei)
Sexul copilului	20 băieți	32 fete
Vârsta copilului	15 copii mici (7-12 ani)	37 copii mari (13-18 ani)
Copil unic la părinți?	18 copii unici	34 copii cu frați / surori
Acordarea de consultanță	26 familii probant (au primit consiliere)	26 familii martor (nu au primit consiliere)

3.1.7 Momentele cercetării

Chestionarele au fost aplicate în 2 momente:

- Momentul inițial (**T0**): prima aplicare a fost făcută în spital atât părintelui sănătos cât și copilului (cu ocazia unei vizite la părintele bolnav). Ele au fost completate în prezența psihologului care pentru a putea răspunde oricărei neînțelegeri și a mări acuratețea datelor.
- Momentul final (**T2**): reevaluarea a fost făcută după 6 luni de la momentul T0 la domiciliul familiei. Aplicarea s-a făcut de asemeni în prezența psihologului atât părintelui de sprijin cât și copilului.

4 Rezultatele Cercetării

4.1.1 Analiza KIDCOPE

4.1.1.1 Analiza comparativă longitudinală: T0 vs T2

Pentru început, să studiem felul în care strategiile de coping au evoluat de la momentul inițial T0 la cel final T2 în rândul întregului eșantion de copii, indiferent de caracteristicile acestora.

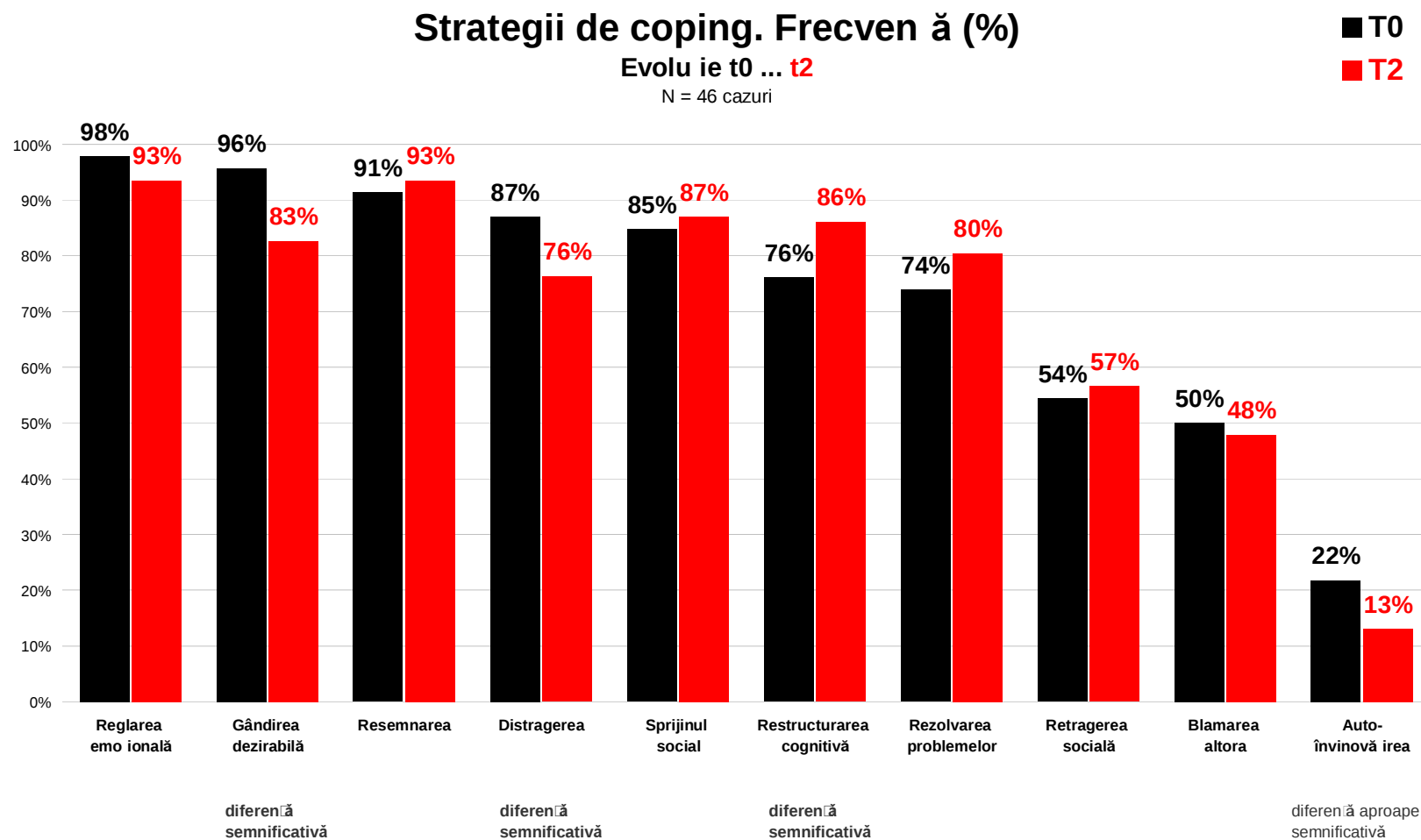
Arătăm în paginile anterioare rezistența proceselor psihice implicate în abordarea situației traumatice la copiii cu părinți cu traumatism cranio-cerebral. Cu atât mai mult sunt importante acele strategii de coping pe care le identificăm a prezenta dinamici semnificative în felul în care sînt adoptate în comportament.

Pentru a identifica diferențele semnificative, am folosit testul de semnificație statistică t aplicat măsurărilor repetate pe același eșantion. Rezultatele acestui test sunt prezentate în mod detaliat în Tabelul 6.

Observăm astfel că din cele 10 strategii de coping măsurate, 3 dintre ele, și anume “distragerea”, “restructurarea cognitivă” și “gândirea dezirabilă”, prezintă diferențe semnificative de incidență de la momentul T0 la momentul T2, cu valori de probabilitate ale acceptării ipotezei nule (nu sunt diferențe) sub pragul semnificativ $p = 0.05$ (5%).

Fig. 1. Evoluția strategiilor de coping la copii (KIDCOPE) de la momentul inițial T0 la cel final T2 al cercetării.

Procente de incidență a folosirii strategiilor (% răspunsuri “da”)



4.1.2 Analiza F-COPES

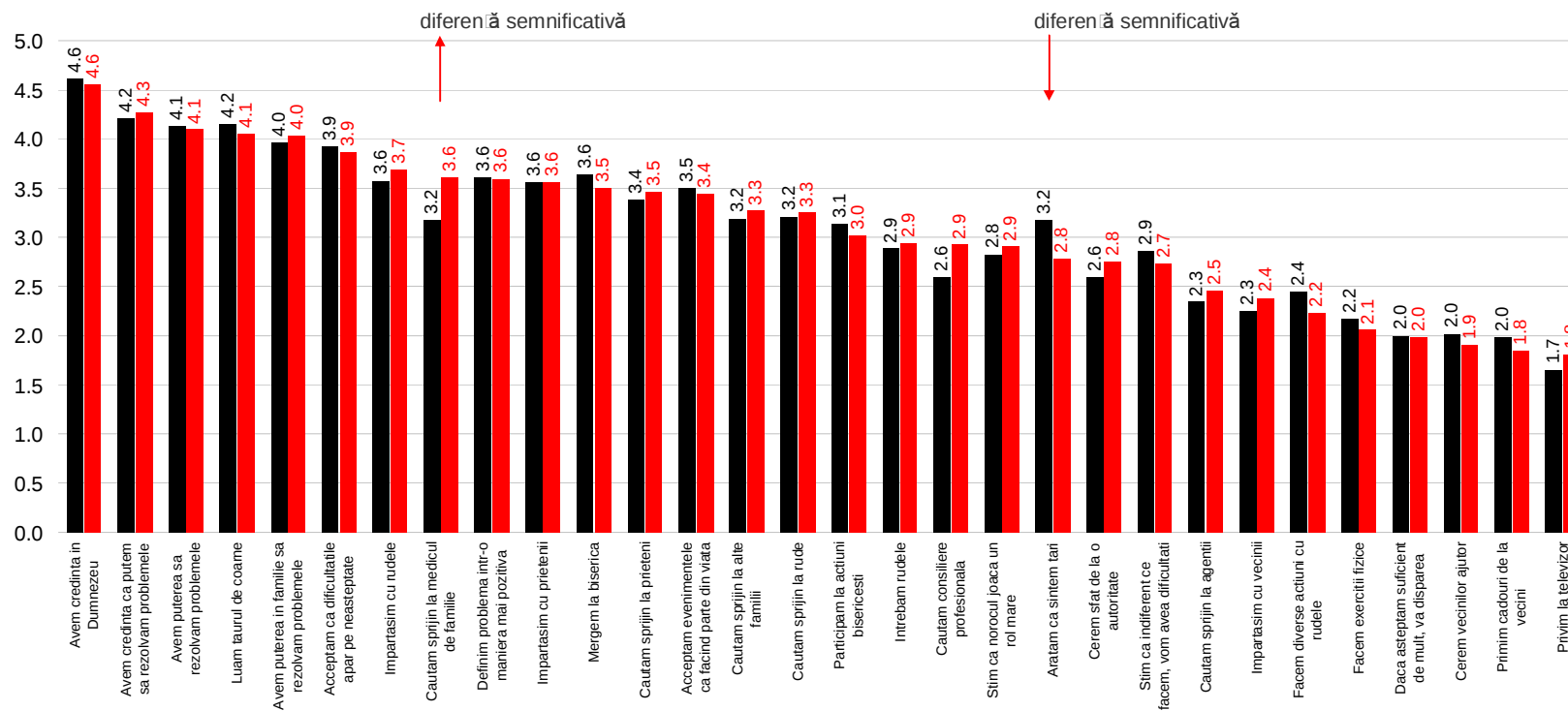
Fig. 2. Evoluția strategiilor de coping în familie (FCOPES) de la momentul inițial T0 la cel final T2 al cercetării.

Strategii de coping în familie (FCOPES)

30 itemi inițiali. Valori medii. În ordinea descrescătoare a mediilor

Evoluție t0 ... t2

N = 52 cazuri (cazuri comune t0 & t2)



4.1.2.1 Analiza comparativă longitudinală: T0 vs T2

Pentru început, să studiem felul în care strategiile de coping în familie au evoluat de la momentul inițial la cel final în rândul întregului eșantion de copii, indiferent de caracteristicile acestora, la nivelul celor 6 indici sintetici ce au rezultat din agregarea celor 30 de indicatori ai chestionarului FCOPES: adaptarea generală (etichetată “Total” în grafice) și cele cinci dimensiuni postulate de autorii testului FCOPES: sprijinul social, redefinirea situației (reframing), sprijinul spiritual, mobilizarea familiei și evaluarea pasivă.

Tabelul 4. Evoluția strategiilor de coping în familie (FCOPES) de la momentul inițial T0 la cel final T2 al cercetării. Indicatori sintetici standardizați. Valori medii (centile)

Indicii FCOPES	T0	T2	Diferență	Probabilitatea de
				acceptare a ipotezei nule H0: T0 = T2 p (sig, 2-tailed)
TOTAL (Adaptare generală)	41%	43%	3%	0.341
E. Evaluare pasivă	65%	67%	2%	0.467
D. Mobilizarea familiei	48%	56%	7%	0.035
A. Sprijin social	51%	53%	2%	0.446
B. Redefinire (reframing)	41%	34%	-7%	0.023
C. Sprijin spiritual	31%	32%	1%	0.751

4.1.3 Analiza FAD

4.1.3.1 Analiza comparativă longitudinală: T0 vs T2

Trecem așadar direct la studiul comparativ al felului în care strategiile de funcționare în familie evidențiate de testul FAD au evoluat în rândul întregului eșantion analizat, indiferent de caracteristicile acestora, la nivelul celor 7 indici ai chestionarului FAD: funcționarea generală (etichetată “Total” în grafice) și cele șase dimensiuni distincte: rezolvare de probleme, comunicare, roluri în familie, receptivitatea afectivă, implicare afectivă și control comportamental.

Tabelul 5. Evoluția dimensiunilor de funcționare în familie (FAD)

de la momentul inițial T0 la cel final T2 al cercetării.

Indicatori sintetici. Scoruri medii standardizate

	T0	T2	Dife- rență	Probabilitatea de acceptare a ipotezei nule H0: T0 = T2 p (sig, 2-tailed)
TOTAL	1.9	1.9	0.0	0.69
7 (Funcționare generală)				
6 Controlul comportamental	2.4	2.3	-0.1	0.07
3 Rolurile în familie	2.3	2.3	0.0	0.79
5 Implicarea afectivă	2.2	2.2	0.0	0.92
4 Receptivitatea afectivă	2.1	2.2	0.0	0.78
2 Comunicarea	2.1	2.1	0.0	0.82
1 Rezolvarea de probleme	1.9	1.9	0.0	0.50

În Tabelul 6 prezentăm o sinteză a proceselor care au avut loc în intervalul de timp de 6 luni al cercetării referitoare la strategiile de coping folosite de copii.

Analiza pe rânduri ne indică **variațiile semnificative statistic** între T0 și T2 pe categoriile măsurate de noi. Putem observa cum avem de-a face cu *divergențe*, (fenomene care la T0 nu variaau, iar la T2 au prezentat o variație semnificativă statistic), cu *convergențe* (fenomene care variaau la T0, iar la T2 își reduc sau anulează variația), cu *egalități*.

Tabelul ne ilustrează variația strategiilor de coping în funcție de categoriile noastre naturale sau a factorului de control experimental. Observăm o incidență mare a procesului de divergență (ceva ce la T0 nu apărea ca fiind diferit, iar la T2 variază semnificativ) și ne întrebăm: “care este semnificația acesteia?”. Putem sintetiza că este vorba de un proces ce se derulează în timp, că există o inerție a desfășurării proceselor psihice generate de traumă care necesită monitorizare pe timp îndelungat, nu doar punctuală, în zona apariției traumei. Adaptarea la traumă prin selecția anumitor strategii de coping, în funcție de caracteristicile semnificative ale copilului (vârstă, sex, poziție în familie, sexul părintelui bolnav) se face treptat, nu dintr-o dată.

Tabelul 6. Sinteza evoluției în timp a strategiilor de coping în funcție de caracteristicile semnificative ale copiilor studiați

	Sexul copiilor	Vârsta copiilor	Copil unic?	Sexul părintelui bolnav	Consiliere psihologică?	SINTEZĂ
Reglarea emoțională	<i>egalitate</i>	divergentă	divergentă	divergentă	<i>egalitate</i>	3 divergențe
Resemnarea	divergentă	<i>egalitate</i>	<i>egalitate</i>	convergentă	<i>egalitate</i>	1 divergentă, 1 convergentă
Gândirea dezirabilă	convergentă	diferență continuă	divergentă	divergentă	divergentă	3 divergențe, 1 convergentă, 1 dif. continuă
Sprijinul social	<i>egalitate</i>	divergentă	<i>egalitate</i>	convergentă	<i>egalitate</i>	1 divergentă, 1 convergentă
Distragerea	divergentă	convergentă	<i>egalitate</i>	divergentă	<i>egalitate</i>	2 divergențe, 1 convergentă,
Rezolvarea problemelor	convergentă	divergentă	diferență continuă	<i>egalitate</i>	<i>egalitate</i>	1 divergentă, 1 convergentă, 1 dif. continuă
Restructurarea cognitivă	<i>egalitate</i>	divergentă	<i>egalitate</i>	<i>egalitate</i>	divergentă	2 divergențe
Retragerea socială	<i>egalitate</i>	<i>egalitate</i>	<i>egalitate</i>	<i>egalitate</i>	<i>egalitate</i>	
Blamarea altora	<i>egalitate</i>	<i>egalitate</i>	divergentă	divergentă	<i>egalitate</i>	2 divergențe
Auto-învățărea	<i>egalitate</i>	divergentă	<i>egalitate</i>	<i>egalitate</i>	divergentă	2 divergențe
<i>Egalitate</i>	6	3	6	4	7	5.2
Convergentă	2	1	0	2	1	1.2
Divergentă	2	5	3	4	2	3.2
diferență continuă	0	1	1	0	0	0.4
TOTAL	10	10	10	10	10	10
Egalitate	60%	30%	60%	40%	70%	52%
Modificări	40%	70%	40%	60%	30%	48%
Intensitatea modificărilor	Slab spre moderată	Intensă	Slab spre moderată	Moderat spre intensă	Slabă	Moderată
Ce tip de modificări?	variat	Divergențe	Divergențe	Divergențe	Divergențe	Divergențe

5 Concluzii

Deoarece aspectul impactului îmbolnăvirii bruște prin traumatism cranio-cerebral sever sau mediu a unuia dintre părinți asupra familiei ca sistem și în mod special asupra copiilor este puțin abordat în literatura de specialitate din lume, iar la noi în țară este o noutate, mi-am propus prin această cercetare să identific și să urmăresc pe parcursul a 6 luni reacțiile psihologice ce apar în situația descrisă mai sus. Am evaluat aceste procese psihologice interne deosebit de complexe cu ajutorul instrumentelor: KIDCOPE (Checklist for Coping Strategies), F-COPES (Family Crises Oriented Personal Scales), FAD (Family Assesment Device), BADO-C (Documentation of Socio-Demographic and Socio-Economical Status), Index Karnofsky.

Ipotezele studiului își propun o investigare cu valoare descriptivă a fenomenului și o analiză comparativă longitudinală și transversală în funcție de variabilele naturale (sex, vârsta copilului, sexul părintelui bolnav) precum și de variabila experimentală (acordarea de consiliere lotului probant). Investigația statistică se concentrează pe punerea la îndoială a ipotezei nule, cum că nu există nicio diferență între diversele categorii de subiecți generate de variabilele luate în analiză.

Capitolele referitoare la Prezentarea rezultatelor (Cap. 4) și Discuții (Cap. 5) expun și analizează pe larg datele obținute și rezultatele semnificative din punct de vedere statistic. Acum vom extrage din analizele premergătoare de până acum concluziile mai largi ce decurg din rezultatele obținute.

În urma analizei statistice a datelor culese de la lotul intrat în studiu putem formula următoarele concluzii:

1. Apariția în familie a unui eveniment psihotraumatic prin îmbolnăvirea bruscă a unuia din părinți datorită unui traumatism cranio-cerebral sever sau mediu provoacă în familie o stare de criză în care atât copiii cât și părintele de sprijin sunt nevoiți să-și mobilizeze resursele emoționale pentru a face față situației.
2. Categoriile de risc identificate sunt:
 - a. A fi copil unic
 - b. A fi copil mic
 - c. A avea mama bolnavă

3. Părintele de sprijin cu mai mulți copii percepe că are resurse emoționale mai puține de a se descurca cu situația, însă din contră copiii din familiile respective sunt mai bine adaptați.
4. Părintele de sprijin cu copil unic consideră că reușește să facă față situației în familie, însă copilul unic se percepe ca fiind mai vulnerabil și mai puțin capabil să se descurce. Fapt pentru care este important pentru serviciile de consiliere să aibă în vedere vulnerabilitatea mai mare a copilului unic.
5. Răspunsul la psihotraumă este diferit la fete și băieți. Fetele conștientizează de la început mai bine situația, sunt mai preocupate de rezolvarea problemelor din familie și trăiesc din punct de vedere emoțional mai intens situația. În schimb, băieții la început sunt “mai departe” de ce se întâmplă în familie și se implică în noua situație din familie mai târziu, ceea ce arată că sunt mai vulnerabili și că au apărări mai puternice.
6. Consecințele psihotraumelor se întind pe perioade lungi de timp, cu riscul modificării traseului dezvoltării personalității, cu atât mai probabil cu cât vârsta copilului e mai mică.
7. Variațiile mici de la momentul inițial la momentul final al cercetării, faptul că incidențele strategiilor de coping rămân crescute și la după șase luni de la traumă arată că răspunsul la psihotraumă are o mare întindere în timp și că mediul continuă să fie perceput ca fiind amenințător. Ceea ce se poate constitui într-un alt factor de risc pe termen lung.
8. Un alt factor de risc identificat îl reprezintă sexul părintelui bolnav, intensitatea disfuncționalității în familie fiind mai crescută în familiile cu mame bolnave, asta pentru că îndeosebi mama reprezintă nucleul relaționării și sprijinului emoțional pentru copii în familie
9. Intervenția preventivă psihoprofilactică reprezintă o necesitate pentru facilitarea comunicării membrilor familiei și mobilizarea resurselor emoționale folosite în procesele de adaptare.
10. Datele statistice arată că în urma consilierii s-a îmbunătățit **capacitatea de evaluare și re-evaluare a** situațiilor apărute și **a crescut flexibilitatea de a lua în calcul informațiile nou apărute**, ceea ce duce la creșterea capacității de adaptare la prezentul în permanentă schimbare, în timp ce alte strategii au rămas la incidente similare.
11. Intensitatea variației strategiilor de coping și de adaptare în cazul oferirii de consiliere nu diferă major de variația intensităților cauzate de factorii naturali de control. Ne-am fi așteptat ca variația să fie mai mare, însă constatăm o complexitate mare a fenomenelor

- declanșate în familie de evenimentul traumatizant ce necesită o intervenție mai susținută prin consiliere. Există o variație, însă numărul redus de ședințe (4 ședințe) este insuficient în raport cu multitudinea de aspecte ce necesită atenție și asistență.
12. Un alt aspect constatat a fost că și ceilalți membri ai familiei au nevoie și cer consiliere. În cadrul proiectului de cercetare, intenția a fost de a oferi consiliere copilului intrat în studiu, însă realitatea a determinat să luăm în calcul și nevoia de consiliere a părintelui de sprijin, a celorlalți frați și chiar și, în unele cazuri, a părintelui bolnav atunci când a fost găsit la domiciliu.
13. De aceea trebuie remarcat că este nevoie de consiliere pe mai multe paliere:
- Intervenție individuală pentru procesarea trăirilor traumatice pentru fiecare membru din familie care dorește acest lucru, dar mai ales la copii, o **intervenție centrată pe emoție**.
 - Intervenție familială, la nivel de sistem, pentru facilitarea comunicării interpersonale, distribuirea rolurilor în familie și a organizării eficiente a resurselor, adică o **intervenție centrată pe problemă**.
 - Acest lucru se poate face în mod optim de echipe interdisciplinare, care să conțină medicul de specialitate, psiholog, psihoterapeut, psihiatru, asistent social, asistent medical, medicul de familie
 - În plus, este nevoie de un număr mai mare de ședințe, dincolo de cele 4 ședințe oferite în cadrul acestui studiu
14. Obiectivul principal este reducerea intensității factorilor de risc la care o familie este expusă, creșterea capacității de a face față situațiilor (copingul) și creșterea calității vieții personale.
15. Comparativ cu datele existente pe această temă în literatura de specialitate până la momentul actual observăm:
- Importanța sexului părintelui bolnav: am făcut referire în prima parte a lucrării la studii ale căror date precizează că la copilul de același sex cu al părintelui bolnav simptomele au o intensitate mai crescută (p.5, Howes et al., 1994, Compas et al., 1996, Visser et al., 2005). Datele noastre arată că intensitatea trăirilor este mai mare la momentul inițial și se menține la un nivel mai ridicat în cele 6 luni mai frecvent la **copiii cu mame bolnave**.

- b. Un alt studiu evidențiază (vezi p.5, Compas et al.) că folosirea strategiilor de coping centrate pe emoție este corelată cu niveluri ridicate de disstres emoțional și cu evitarea gândurilor cum că părinții au acea boală. În studiul nostru a reieșit că strategia de coping “gândire dezirabilă” este folosită cu o frecvență foarte ridicată atât la momentul inițial T0 cât și la cel final T2, ceea ce confirmă datele studiului la care am făcut referire. În plus, din datele noastre reiese că la lotul care a primit consiliere această strategie a scăzut semnificativ statistic de la T0 la T2, ceea ce dovedește eficiența intervenției preventive și susține ipoteza că unul din fenomenele psihice care apar în cazul îmbolnăvirii unui părinte este cel al **evitării** confruntării cu realitatea. Perspectiva propusă în lucrarea prezentă este că acest mecanism este necesar, are o valoare inițială adaptativă, dar că dacă este ignorat se transformă într-un factor de risc pentru dezvoltarea ulterioară a personalității copilului. Este important să-i respectăm funcția, dar, pe măsură ce întărim securitatea în mediul apropiat copilului să ne adresăm acestui mecanism cu mijloacele specifice intervenției psihologice în situații de traumă (vezi p. 46. cap. Consiliere).
 - c. Un alt studiu calitativ (vezi p.6) identifică strategiile de coping cele mai des folosite. Datele noastre, cantitative, se suprapun parțial pe cele descrise anterior: unele strategii sunt comune (distragerea, gândirea dezirabilă) dar în cercetarea noastră au frecvențe de folosire mai mari decât în studiul menționat, în timp ce alte strategii (ajutorarea altora, parentificarea) au apărut cu frecvențe mai reduse. Putem explica acest lucru prin diferența de diagnostic (cancer / TCC) și prin diferențe socio-culturale.
16. Acești copii se străduiesc să facă față situației de viață prin care trec și au nevoie de un sprijin din exterior: persoane din anturajul apropiat cu care să poată simți că “împart” suferința, precum și intervenție specializată care să se adreseze fenomenelor psihice ce apar în această situație traumatică, descrise pe larg până acum.
17. Lucrarea este importantă deoarece:
 - a. Culege date în premieră în țara noastră despre strategiile de coping ale copiilor ai căror părinți se îmbolnăvesc brusc.
 - b. Le compară cu date existente în literatura de specialitate (nici acolo foarte multe) și evidențiază similitudini și diferențe.

- c. Prezintă teorii despre psihotraumă din literatura de specialitate diverse și de actualitate, în marea majoritate referințele bibliografice fiind puțin cunoscute în domeniu în România în prezent.
- d. Îmbină experiența de evaluator și psiholog clinician cu cea de practician, de psihoterapeut.
- e. Propune o modalitate de lucru cu trauma nouă în contextul actual al serviciilor de psihologie și psihoterapie de pe piața românească, cea a abordării centrate pe persoană.
- f. Oferă specialiștilor și oricărei persoane aflată în această situație informații valide statistic despre dinamica emoțională ce se declanșează în copii și în familie în situația de stres determinată de îmbolnăvirea acută a unui părinte.

18. Limitele studiului sunt date de:

- a. Mărimea lotului. Unele analize statistice pe subcategorii ale populației au fost îngreunate sau limitate de reducerea eșantionului până la limita la care datele nu mai pot fi considerate relevante.
- b. Rata foarte ridicată de refuzuri (din 254 cazuri care au îndeplinit criteriile, 109 au fost pierdute, iar din cele 145, 87 au refuzat să colaboreze, adică 60%) arată că în România populația nu este încă pregătită să recunoască și să acorde atenție și importanță aspectelor de ordin emoțional.
- c. Dificultățile întâlnite în procesul de recrutare (cap. 3.1.2. Maniera de selecție). O creștere a gradului de deschidere și colaborare între specialiști de diverse specialități ar putea duce în viitor la o creștere a încrederii populației în serviciile medicale și la o reducere a ratei de refuzuri. Însă derularea studiului prezentat, chiar și cu limitele existente, a contribuit la această creștere a colaborării între specialiști, la ridicarea nivelului de încredere și la diseminarea informațiilor despre impactul situației de îmbolnăvire a unui părinte asupra familiei.

19. Existența unor servicii integrate de asistență medicală care să surprindă aspecte mai complexe ale procesului de îmbolnăvire (nu doar cele strict medicale) duce la creșterea calității actului medical, la ridicarea nivelului de sănătate publică a populației și a calității vieții personale.