

Dr. VIOLETA OLIVIA STAN

ATAȘAMENTUL ȘI SISTEME COMUNITARE
ÎN
SĂNĂTATEA MENTALĂ

Editura EUROBIT
Timișoara, 2002

*Coperta și materialul ilustrativ:
Ing. Stelian Onea*

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
VIOLETA OLIVIA STAN
ATAȘAMENTUL ȘI SISTEME
COMUNITARE ÎN SĂNĂTATEA MENTALĂ /
Violeta Olivia Stan – Timișoara: Eurobit, 2002
p:204; cm: 24

Bibliografie

ISBN 973-620-036-1

INTRODUCERE

„La ce bun poetul în vreme de secetă? Să cânte ploile tocmai atunci când avem cea mai mare nevoie de ele, când ne lipsesc și ne dor, (...) când amintirile au gust de eroare și speranța e un cuvânt dificil. (...) și cel ce cântă ploile riscă să fie disprețuit și lovit pentru nebunia și curajul său care cântă ploile, care cântă torențele, când oamenii ridicând brațele rămân răstigniți în aer ca pe dealul Golgotei. (...) și mă interesează mai puțin dacă așa ceva se poate numi înțelepciune, câtă vreme voi găsi în ceea ce simt logica de care am nevoie.“

(Octavian Paler — Scrisori imaginare, 1988)

Căderea Cortinei de Fier a adus, odată cu mișcările sociale din țările fostului bloc comunist, imaginea unor societăți chinuite de pierderea identităților sub tăvălugul nivelator al ideologiei anihilatoare a nevoilor de exprimare personale, a valorilor intrinseci și unice ale individului. A apărut o imagine de marasm cultural care pune serios în discuție calitatea parentală și educațională, mai ales în comentariile asupra României și instituțiilor sale destinate copiilor mici. Reacțiile interne și internaționale au luat dimensiuni felurite, expresii și materializări care, prin feed-back, au determinat efecte mai mult sau mai puțin benefice asupra situației copilului dezavantajat și a părinților săi. Pentru că în cazul micii copilării, ca și în cazul contextului general al sănătății mintale, nu putem considera individul singular, ci doar în mediul său familial și socio-cultural, ne permitem o trecere în revistă a unor dimensiuni de abordare posibilă comunitară, ținând cont de cunoștințele acumulate în domeniul intervențiilor în mica copilărie, atât în lume, cât și în contextul cultural căruia îi aparținem.

O analiză multidimensională a programelor de intervenție în mica copilărie, trebuie să aducă în discuție atât grupurile țintă cărora se adresează, cât și problemele metodologice și de etică în contextul actual, existând un consens privind necesitatea unor abordări pe baze științifice clare, având în vedere marea sensibilitate la rezultatele și impactul acestora în problematica familiei românești.

În literatură se specifică faptul că intervențiile trebuie să fie orientate către familie și sistemele sociale care generează stresul familiei, cât și asupra suportului social, asigurându-i funcționarea.

Astfel, studii ample asupra „Situației copilului mic din România“ s-ar transforma, așa cum s-a mai întâmplat, în „Situația instituțiilor și nevoilor acestora de schimbare“. Acesta

constituie doar o parte a sistemului presupus a oferi un suport la nivel societal, care întotdeauna va rămâne supus unui sistem legislativ dificil de menținut, în condițiile unor schimbări politice hazardate, în perioada marcată de fluctuația tranzițiilor valorice.

N-am orientat asupra programelor de reducere a pauperității, (care agravează simptomele acestei tranziții) care absolut necesar includ situația specială a copilului mic (cel mai vulnerabil dar cel mai puțin luat în considerare în nevoile sale de bază) însă cel mai mult vehiculat de limbajul politic internațional fiind uneori considerat marker al schimbărilor de percepție asupra țării noastre deci teren de manevre tactico-strategice, cu consecințe pe termen lung greu de anticipat. Procesul s-a dovedit dificil de orientat chiar în situații mai stabile.

Începând cu 1960, incluzând războiul împotriva sărăciei, climatul social și politic în Statele Unite ale Americii a dat naștere programului Head Start care se concentra asupra educației, ca fiind identificată drept cheia îmbunătățirii circumstanțelor de viață ale copilului mic. (Ziegler & Berman, 1983).

Importanța vârstelor mici pentru dezvoltarea pozitivă a copilului a condus la noi alianțe: părinți, profesioniști, oameni ai legii, comunitatea în care trăia copilul. Toate acestea au fost centrate de convingerea că acei copii care își încep viața într-o situație dezavantajată, pot fi ajutați; că dezvoltarea este maleabilă; și că societatea trebuie să ofere asistență părinților care au copii cu dizabilități și vulnerabili din punct de vedere al dezvoltării, spre a-i ajuta pe aceștia să-și atingă potențialul maxim ulterior.

Cercetările în psihologie au început să delimiteze capacitățile necunoscute până atunci ale sugarului și copilului mic (Shonkoff & Meisels, 1990), dar acestea subestimau uneori importanța stimulării precoce pentru creșterea în domeniul cognitiv și care pregătesc calea pentru programele de interacțiune ce ameliorează dizabilitățile de dezvoltare în timpul miciei copilării.

Hunt (1961) sublinia importanța acordajului experiențelor copilului cu nivelul său intelectual, iar Bloom (1964) sugera prin cercetările sale că, în mod proporțional, cu cât dezvoltarea survine mai precoce în viață în perioadele de creștere rapidă, cu atât crește importanța intervenției, introducând noțiunea de „perioadă critică” în dezvoltarea umană.

Urmărind copiii instituționalizați pentru întârziere mintală, Skeels (1966) a oferit o demonstrație elocventă asupra efectelor mediului înconjurător asupra dezvoltării. Nu este cazul să comentăm aici mai mult asupra efectelor constatate în instituțiile de acest tip în România anilor '90 și efectelor acestor imagini în societatea românească.

Aceste linii separate de cercetare oferă un suport convergent pentru ideea îmbunătățirii precoce a mediului în care trăiesc acești copii, pentru a le îmbunătăți starea de sănătate și a preveni instalarea unor sechele definitive cu rezonanță uneori psihopatologică de severitate.

Multe programe de intervenție pentru persoane cu dizabilități au fost modelate după programe concepute pentru grupe dezavantajate iar România a fost terenul tuturor încercărilor, din care trebuie selectat în favoarea copilului tot ce ar putea corespunde specificului local spre a spera la viabilitate și fezabilitate.

Problematika drepturilor omului și ratificarea de către România în 1990 a „Convenției ONU cu privire la drepturile copilului” au creat condiții de dezbatere a problemelor și programelor derulate la început sub valul ajutoarelor materiale de tip umanitar. Acestea au făcut loc unor atitudini controversate și discutabile pentru imaginea de sine a copilului, părinților, profesioniștilor, a României în general.

Schimbările în atitudinile politice și forțele care acționează în câmpul tranziției, activitatea legislativă a ultimilor 12 ani, cât și rezultatele unor cercetări internaționale la care accesibilitatea a crescut, converg spre crearea unor premise științifice pentru programe adresate persoanelor cu dizabilități și/sau vulnerabile din punct de vedere al dezvoltării.

Programe de intervenție în context socio-cultural

În perspectiva de abordare a ultimului deceniu, fătul, nou-născutul și copilul mic e privit cu respect ca persoană, într-un context familial. Winnicott lansase ideea “că un sugar singur, așa ceva nu poate exista”, el poate fi conceput doar în compania unui adult și trebuie privit în contextul familial și cultural căruia îi aparține.

Trecem aici în revistă tipuri de programe care se adresează promovării sănătății mintale și dezvoltării copilului în perioada miciei copilării, în ultimii 20-30 de ani, pentru a ilustra necesitatea abordărilor pe baze științifice, în orice intervenție în acest domeniu. Este suficient să spunem că Institutul pentru Cercetarea Intervenției Precoce a Universității Utah, așa cum arată Castro și Mastropieri (1986), identificase mai mult de 450 de studii asupra programelor de intervenție adresate copilului de la naștere la 5 ani.

O literatură specifică s-a născut și a fost dedicată re-analizării și meta-analizei rezultatelor studiilor de acest tip în anii '80-'90 (Bryant & Ramsey, 1987; Castro & Mastropieri, 1986; Dunst & Dunst, 1986; Farran, 1990; Ottenbacher & Petersen, 1985; Shonkoff & Hauser-Cram, 1985), încercând să răspundă întrebării „Este intervenția precoce eficientă?”

Oricum, programele de intervenție fiind heterogene, nu există un singur răspuns, deci trebuie să reformulăm: „Intervențiile precoce pentru acești copii, în aceste familii, având aceste condiții de mediu ambiental, utilizând aceste componente ale programului, au eficiență?”

Intervenția precoce este un fenomen cu multiple fațete și studiile asupra eficienței trebuie să fie multidimensionale, recunoscând inerenta diversitate de-a lungul perioadelor de dezvoltare.

Analizele convenționale erau la început multidimensionale, caracterizând programul în termenii locului intervenției: la domiciliu, într-un centru, în spital sau combinația acestora. Un alt tip se focaliza pe populația țintă: copil, părinte sau familie.

Chiar acestea, privite în același tip de local, diferă esențial în funcție de scopul intervenției și strategiile adoptate pentru intervenție (cum și ce îl înveți pe copil, diferă de ce îl înveți pe părinte sau dacă răspunzi nevoilor unuia, ale celuilalt sau nevoilor comune).

Există și o abordare bidimensională pentru evaluarea programelor care recunosc preocuparea primară pentru părinte (care poate fi caracterizată de la scăzută la foarte importantă) și abordarea în primul rând a copilului, cu diferite grade de interesare a acestuia.

Atunci când părintele este utilizat ca educator și mediator între persoana de intervenție și copil, rolul părintelui crește enorm.

Schimbările se petrec în atitudinea părintelui și în comportamentul direct cu copilul, indirect acestea influențează copilul prin îmbunătățirea încrederii parentale, scăderea stresului sau creșterea suportului social.

Părintele învață cum să descifreze problemele și emoțiile copilului și să ofere o intervenție responsabilă adecvată nevoilor acestuia, îmbunătățind stilul interacțional pentru a ajuta copilul să depășească problemele viitoare și stăpânirea acestora.

Odată cu emergența psihopatologiei dezvoltamentale, a existat concomitent o creștere a numărului de teorii și cercetări în domeniul diferențelor individuale în modalităților de adaptare și dezadaptare în mica copilărie, la vârsta de preșcolar, școlar mic și adolescent.

Rolul culturii, mediului ambiental suportiv (nature, nurture & culture) în complexitatea intersecțiilor acestor dimensiuni, dau forma diferitelor rezultate ale dezvoltării și sunt investigate acum în moduri diferite.

Factorii de risc și protectivi care influențează sănătatea mentală și fizică sunt de asemenea evidențiați.

O arie importantă vizează consecințele vieții copiilor alături de adulți, persoane de îngrijire (părinți biologici, adoptivi, bunici sau aparținători, familii de plasament, personal din instituții specializate) care au probleme emoționale, comportamentale sau psihiatrice.

Cunoașterea modalităților în care copiii fac față (coping), se adaptează, evită sau depășesc problemele părinților, a devenit din ce în ce mai elaborată și are deja o tradiție înfloritoare în domeniul cercetării.

Continuitatea și schimbarea pot fi evaluate la fiecare nivel al procesului de cercetare. Acesta include teoria, designul, metodele, analiza, interpretarea și modul în care sunt alese loturile cercetate.

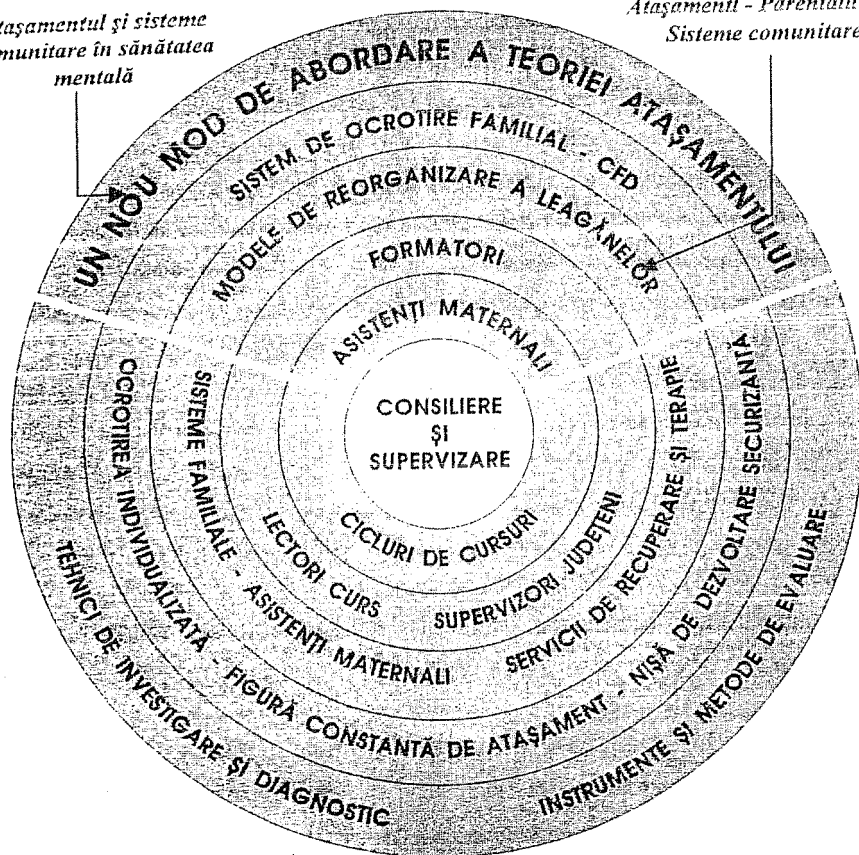
Revizuirea aspectelor conceptuale în progresiunea teoriilor și cunoștințelor despre etiologia psihopatologiei ajustării, adaptării la adulții și copiii cu probleme afective, noi ne îndreptăm atenția asupra interacțiunii forțelor biologice și sociale care pot influența și media rezultatul în timp al dezvoltării normale sau patologice.

Rolul taților în general și problematica la interferența cu problemele emoționale ale mamelor în situația în care cuplul oferă îngrijiri, rămân mai puțin studiat. Acest fapt se reflectă în mod nefericit în evidențierea doar a aspectelor primare ale influențelor materne ca agenți în transmiterea și dezvoltarea psihopatologiei.

Sunt necesare viitoare considerații ale multitudinii condițiilor biologice, culturale, sociale, ca și a diferiților agenți și contexte ale socializării care influențează modalitățile adaptative sau dezadaptative ale dezvoltării copilului.

Atașamentul și sisteme
comunitare în sănătatea
mentală

Atașamentul - Parentalitate -
Sisteme comunitare



Materialul de față este punct de plecare al unei serii de publicații care să ofere noțiuni de bază necesare pentru a interveni în domeniul prevenției din sănătatea mentală cât și al intervenției în sprijinul copilului și a familiei sale aflate în dificultate.

La început sunt abordate teoriile și conceptele cu implicații practice în domeniul dezvoltării umane.

Datorită tendințelor și nevoilor de formare diverse ale specialiștilor interesați de acest domeniu, materialul propus spre editare va fi împărțit în mai multe apariții. Partea de față prezentând perspectivele teoretice clasice și moderne, oferă o abordare care încearcă să facă comprehensibile mecanismele subtile dinamice, care subintind această problematică urmând ca în anul 2003 să fie redactată o nouă carte intitulată "Atașamentul - Parentalitatea - Sistemele comunitare".

CAP. I FUNDAMENTELE TEORIEI ATAȘAMENTULUI

1.1 Contextul apariției teoriei atașamentului

"Pare neașteptat faptul că teoria atașamentului a fost formulată de un clinician pentru a o folosi în diagnosticul și tratamentul tulburărilor emoționale ale pacienților și familiilor lor, iar utilizarea ei după aceea a promovat în principal cercetarea în domeniul psihologiei de dezvoltare. Oricum eu consider binevenite descoperirile cercetătorilor care au extins enorm înțelegerea asupra dezvoltării personalității și psihoterapiei, și prin acestea uriașa relevanță clinică, dar nu este mai puțin dezamăgitor faptul că testarea utilizării în practică de către clinicieni a fost atât de lentă" (Storr). Acest fapt coincide cu punctul nostru de vedere afirmat în urma experienței clinice și intervențiilor în instituții.

Rațiunile pentru care munca lui Bowlby a fost marginalizată sau ignorată de psihanalisti, de psihiatrii și psihologi pentru aproape 30 de ani sunt complexe. Ideile lui Bowlby în anii '40-'50 erau printre cele mai radicale. Odată cu cercetările lui Stern (77, 85) Brazelton & Cramer (1990) Tronick (1989) și evoluția psihanalizei către o teorie interpersonală și relațională (Aron 1996; Mitchell 1988) ideile lui Bowlby nu mai par atât de revoluționare, având multe în comun cu teoriile developmentale și psihanalitice actuale.

Masa, rotundă epistolară organizată de Rene Zazzo în anii '50 la care au participat Harlow, Lorentz, Bowlby pe de o parte și reprezentanții citadelei psihanalitice dominată de Lebovici relevă temerea că teoria atașamentului va pune în cumpănă teoria psihanalitică. Cunoscând aceste discuții și având și experiența clinică a întâlnirilor cu copii din leagăne, ca specialiști români ne-am pus întrebări și le-am lansat și colegilor din clinică în 1987 cât și celor din țară în 1988 referitor la posibilitatea unui alt tip de abordare a psihopatologiei de dezvoltare.

Schimbarea crucială din abordarea teoretică a lui Bowlby constă în formularea mai multor postulate legate de constatările:

- copilul e născut cu predispoziția de a deveni atașat de persoana care îi oferă îngrijiri, discriminată ca privilegiată,
- copilul își va organiza propriul comportament și modul de a se gândi pe sine și pe ceilalți cu scopul de a menține aceste relații de atașament, care sunt cruciale pentru supraviețuirea lui fizică și psihologică, în proximitatea persoanei sale de referință,
- copilul va menține adesea aceste relații de proximitate în caz de pericol perceput, chiar cu prețul propriei perturbări funcționale (în cazul relației nesecurizante),

d) distorsiunile în modul de a simți și gândi care-și au originea în perturbările precoce în atașament survin cel mai frecvent ca răspuns la inabilitatea părinților de a răspunde nevoilor de confort, securizare și încredere emoțională a copiilor.

Eșecul mediului este *deschis* (evident) în traumele de *abandon* sau *pierdere* sau *abuz* și mai *închis* (ascuns) în caz de *rejectare*, *neglijare* sau absența *disponibilității emoționale* parentale și conduc la distorsiuni în gândirea și perceperea acestuia. Ele constituie originea unei psihopatologii care va implica necesitatea unei intervenții psihiatrice.

În ciuda faptului că Bowlby a fost descris (Storr, 1992) ca unul dintre cei mai bine cunoscuți psihiatri ai secolului XX teoria sa și ramificațiile sale clinice au fost catapultate în afara evidențelor psihanalitice. . . asemănător dizidenților din vremurile Staliniste” (Holmes 1995, p. 20).

Grotstein a numit expulzarea lui Bowlby drept “unul dintre cele mai rușinoase și regretabile capitole ale istoriei psihanalizei (1990, p. 62) dar o detaliere a acestor aspecte din perspectiva teoretică, istorică și politică se poate afla în descrierile lui Holmes (1993, 1995) și Karen (1997).

În orice caz din punct de vedere al posibilelor efecte ale acestei teorii asupra psihanalizei psihiatriei și psihologiei clinice, faptul că Bowlby fusese înlăturat din discursul curent pentru cel puțin 30 ani a avut consecințe nefericite nu numai din punct de vedere personal (al lui Bowlby).

În prezent, lucrările sale științifice referitoare la relația între teoria atașamentului și procesele clinice sunt în creștere și s-au extins ca funcție a dezvoltării la evaluarea atașamentului și la adult (Main, Kaplan & Cassidy 1985) iar interesul clinicienilor a crescut în mod dramatic).

În cea mai mare parte literatura actuală s-a concentrat asupra a trei domenii separate:

a) Relația între teoria atașamentului și psihanaliză (Diamond & Blatt 1994; Eagle 1995; Fonagy, Steele, Leigh, Kennedy, Matton & Target; Fonagy 1995 Osofsky 1988; 1995; Silverman 1991; Slade 1996; Zelnich & Bucholz 1990),

b) relevanța teoriei atașamentului în tratamentul sugărilor și părinților lor (Lieberman 1992; 1993; Zeanah, Mammes & Liebermann 1993),

c) aplicarea cercetărilor atașamentului în teoria și practica psihoterapiei (Biringen 1994; Byng-Hall 1991; Gunderson 1996; Hamilton 1985; 87; Holmes 1993, 1995, 1996; Mackie 1991 Rutter 1995; Sable 1983, 89, 92, 94 Sperling & Lyons 1994; West & Keller 1994 West, Sheldon & Reiffer 1989).

Coater & Wolfe 1997 au găsit o legătură între fenomenul disruptiv al atașamentului și sindroame clinice specifice. Ei au legat identitatea sexuală de fenomene de deraiere a atașamentului în primii doi ani de viață și au sugerat strategii specifice de tratament relativ la acest atașament între mamă și copil (Coates & Wolfe –in press).

Clasificarea atașamentelor copilului și apoi ale adultului au fost considerate în strânsă relație cu diagnosticul, și severitatea psihopatologiei (Dozier, Greenberg).

Mary Ainsworth a fost fără discuție cea răspunzătoare de impactul dramatic al teoriei atașamentului asupra psihologiei dezvoltamentale. Cercetarea sa empirică a pavat calea studiilor asupra sechelelor relațiilor de atașament ale copilului cu persoanele de îngrijire (Belsky & Cassidy 1994; Cassidy, Karen 1997).

Variațiile în calitatea responsabilității și sensibilității figurii de atașament în primul an de viață conduce la diferențe demonstrabile în modalitățile (patternurile) de căutare a securizării și confortului din partea copilului.

Acestea au confirmat ipoteza centrală a lui Bowlby că modalitățile de *căutare* a îngrijirii și nurturanței și ale exprimării afectelor emerge în *funcție de răspunsul mamei la copil*: În gândirea lui Ainsworth era centrală noțiunea că această responsivitate a mamei e direct legată de *modalitățile de comportament al copilului* în căutarea și menținerea confortului și de aici posibilitatea de a descrie prin procedura “Strange Situation” cele trei tipuri primare de atașament: *sigur*, *nesigur-evitant* și *nesigur-rezistent*.

Acestea erau legate de succesul sau eșecul matern de a răspunde nevoilor copilului. Cele care reușeau să răspundă în maniera senzitivă în primul an de viață reușeau să-și calmeze ușor copiii după separare (Acești copii au fost clasificați ca având atașament sigur).

Copii cu mame rejetante sau inconsistente în responsabilitatea lor aveau atașamente nesigure.

În cercetările ulterioare Main & Solomon 1986, 1990) au descris și al treilea tip de atașament nesigur cel dezorganizat/dezorientat, legat de comportamentul specific al mamei marcat de traume și disociere (Main & Hesse 1990).

Pentru Ainsworth și apoi pentru generații de cercetători ai atașamentului, comportamentul infantil în relații e predictibil și legat în mod clar de comportamentul matern din primul an de viață.

Capacitatea de atașament și dependența

La originea descoperirii noțiunii de atașament au stat o serie de cercetări asupra legăturilor și conduitei psihopatologice și situațiilor de carență maternă sau carență de îngrijiri personalizate (Levy, Bender, Spitz, Bowlby).

Colaborarea interdisciplinară Bowlby-Hinde a servit studiilor sistematizate și comparative între dezvoltarea umană și cea animală.

Preocupat de demonstrarea existenței permanenței atașamentului de-a lungul vieții, în aceeași măsură cu alte funcțiuni, Bowlby nu a dezvoltat modificările acestuia în sens developmental, ci numai în sensul „internal working models”.

Dacă pentru Bowlby conceptul de atașament este esențial descriptiv, ontogeneza acestuia ridică în mod necesar problema procesului de detașare prin care copilul accede la autonomia ființei sale.

Privit în dimensiune funcțională, atașamentul acționează de la originile sale prin interpunere între mamă și copil și se modifică progresiv în formă și structură în cursul dezvoltării sugarului.

Conform abordării lui Bowlby, unde tendința este de a recunoaște identicul, imuabilul, invariabilul, „matricea” de atașament se reproduce și se actualizează de-a lungul vieții prin reprezentare mentală.

Întrebarea care ni se pare esențială ar fi în ce mod această legătură schimbă natura relațiilor cu mama? Care sunt resorturile cognitive și afective care vor conduce copilul de la un atașament cvasiexclusiv față de un obiect, la o detașare progresivă care face deschiderea către o pluralitate de obiecte?

Dependența, indiferent de aspectele clinice sub care o considerăm, este relevantă pentru perturbarea funcției de atașament.

Funcția de atașament se modifică în cursul dezvoltării filogenetice - cu cât creștem pe scară filogenetică, cu atât devoțiunea mamei în primele luni crește în importanță și profunzime, supleanța mamei fiind extrem de elaborată, iar comportamentele de atașament ale sugarului față de aceasta apar destul de tardiv.

Winnicott a descris încă din 1956, într-un articol intitulat „Preocuparea maternă primară”, starea psihologică a mamei care se dezvoltă și ea gradat în timpul sarcinii, spre a atinge sensibilitatea maximă la sfârșitul acesteia și menținându-se câteva săptămâni după nașterea copilului. Această afinitate, „maladie normală”, le permite mamelor să se adapteze la

primele nevoi ale micuței ființe cu delicatețe și sensibilitate (De la pediatrie a la psihanalize, Payot, 1969).

Funcția de atașament se manifestă dintr-o dată ca relație de atașament, o relație în care partenerii sunt activi. La început, din cauza prematurității biologice a sugarului, mama pare mai activă. Copilul va manifesta rapid conduite de atașament din ce în ce mai semnificative cantitativ, pe măsură ce calitativ, atașamentul mamei crește.

Un aspect esențial al problematicii dependenței în relația mamă-copil, pe care o regăsim, de altfel, în psihopatologia adultului, mai ales în anumite cazuri de dezadaptare socială, se joacă în mod precis în jurul operatorului care angajează procesul de detașare.

Alte modalități de expresie a dependenței își găsesc originea în dezordinile din cadrul sistemului de atașament: și aici trebuie luate în considerare calitatea îngrijirilor materne, experiențele de separare trăite de copil și capacitatea constituțională și dobândită de a le integra.

Funcția de atașament, înainte de a deveni o funcție psihologică, este la origine o funcție biologică, la fel ca foamea și setea.

Conform teoriei etologice, membrii oricărei specii dezvoltă instinctual modele comportamentale care să asigure adaptarea și maturarea indivizilor tineri.

Pornind de la premisa evoluționistă de bază, Bowlby propune ideea că oamenii, ca și primatele, trebuie să participe împreună într-o relație instinctuală reciprocă la atingerea maturității de către copil. Funcția primară a acestei relații este protecția copilului. Participarea copilului la această relație este ghidată de sistemul său de comportament de atașament. În viziunea lui Bowlby, comportamentul de atașament se organizează în jurul scopului de a menține proximitatea față de figura de atașament atunci când copilul e amenințat, în pericol sau stresat. Comportamentul actual al copilului se schimbă în dezvoltare, dar nu și *scopul de organizare a sistemului comportamental - de proximitate și protecție* oferite de către părinte (Main & Cassidy, 1988; Marvin, 1977; Vaughn, Egeland, Sroufe & Waters, 1979).

De exemplu, un copil mic înspăimântat se târăște sau aleargă la părinte, căutând securizare și confort prin luare în brațe. În aceleași circumstanțe, un preșcolar de 6 ani privește către părinte spre a stabili contactul vizual. Important este faptul că actualul comportament poate varia în funcție de vârstă, dar rămâne organizat în jurul aceluiași scop al căutării protecției.

În mod similar, participarea părintelui în această relație este ghidată de propriul sistem comportamental de oferire a îngrijirilor. Acest sistem de comportament parental se schimbă în funcție de dezvoltarea copilului și, probabil, în funcție de propria dezvoltare continuă (George

TEORII ASUPRA DEZVOLTĂRII COPILULUI ȘI ACHIZIȚIILE

Perioada de vârstă	Săptămâni				Luni					
	0-2	2	4	8	3-6	6-9	9-12	12-18	peste 18	
Comportament de atașament observat	Nu diferențiază obiectele de oameni									
										Preferă vocea mamei
Teorii	Stadiul I									
Atașament	Diferențiază persoanele de obiecte									
	Atașamente nediscriminative				Atașamente discriminative		Separare gradată de mama și atașamente cu alții			
Atașament	Bowby									
Psihanaltică	Freud									
Psihosocială	Erickson									
Cognitivă	Piaget									
Faza orală										
Încredere vs. neîncredere										
Autonomie vs. rușine, îndoielă										
Începutul gândirii										
Reflexive			Reacții circulare primare		Dezvoltare senzorio-motorie		Reacții circulare secundare		Scheme terțiare	
Coordonarea schemelor secundare										

12

ACHIZIȚII PE ETAPE DE VÂRSTĂ

Perioadă	Săptămâni				Luni				
	0-2	2	4	8	3-6	6-9	9-12	12-18	peste 18
Achiziții în	Urmărește obiectul în mișcare								
	Atinge, se îndreaptă spre obiectul mișcător								
Achiziții	Se liniștește când e luat în brațe. Concentrat când i se prezintă fața sau vocea umană. Scurt contact din priviri, zâmbete la atingere.								
	Urmărește adultul, zâmbete cunoscuților și în oglindă								
	Răde participativ la jocul "cucu'badu"								
Achiziții	Are nevoie de a atrage atenția anturajului.								
	Trage o sfoară pentru a auzi clopoțelul de la capăt								
Achiziții	Găsește obiecte ascunse								
	Găsește în mod repetat obiecte ascunse								
Achiziții în	Mișcări de întoarcere a capului.								
	Mersul cu baza lărgită								
Achiziții de	Mișcări de răspuns la voce. Vocalize întâmplătoare								
	Orientat la numele său								
	Utilizează gesturi. Execută ordine scurte								

13

& Solomon, 1993), în timp ce scopul sistemului de îngrijiri - proximitate și protecție a copilului, nu se schimbă (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1972; Belski, Rovine & Taylor, 1984; Egeland & Farber, 1984; Grossman, Grossman, Spangler, Suess & Unzner, 1985; Solomon, George & Ivins, 1987).

În concluzie, teoria atașamentului evidențiază faptul că protecția copilului este scopul primar al dezvoltării, scop care depinde de calitatea legăturilor dintre părinte și copilul său, în sisteme comportamentale reciproce.

1.2 Modele internalizate de reprezentare a relației primare de atașament

Pentru a rămâne organizat în jurul unui scop specific, un sistem de comportament confruntat cu schimbările complexe din procesul dezvoltării descrise mai sus, trebuie să fie ghidat la nivel reprezentational (1969, 1952). În mod specific, Bowlby propune conceptul de „*model internalizat de reprezentare a relației de atașament*” („*internal working model*”). Reprezentarea care pornește de la abordarea cognitivă schematică a relației copil-părinte, are la bază comportamentul de atașament al adultului față de copil, cât și percepția precoce a experimentelor proprii ale copilului în acea relație primară specifică. Constituit pe baza experienței trăite până la 12-18 luni în relația cu părintele, Bowlby sugerează că sugarul utilizează propriul model intern reprezentational pentru a percepe și procesa informații referitoare la atașament și a planifica acțiunile viitoare. În etapele următoare, reprezentarea atașamentului de către copilul mic devine fundamentul dezvoltării personalității sale.

Bazat pe modelele internalizate de reprezentare a atașamentului primar specific, copilul mic, și mai târziu preșcolarul, școlarul, adolescentul și adultul, dezvoltă expectanțe despre sine și alții ca fiind dorit sau nedorit, demn de îngrijiri și protecție din partea altora, disponibili sau indisponibili spre a i-o oferi (Bowlby, 1973, 1982).

Pentru perioada de preșcolar, Bowlby (1969-1982) a propus noțiunea, tradusă din limba engleză („*goal corrected partnership*”), ca „*ajustare reciprocă pentru atingerea scopului stabilit în parteneriat*”. Aceasta presupune o relație în care copilul pune în cumpănă și integrează flexibil nevoia sa de atașament cu scopurile adultului de referință, cu care a desfășurat în interacțiuni maternante semnificative un sistem de discriminare situațională consistent și congruent. Devenit activ în parteneriat, copilul stabilește cu părintele și acceptă compromisuri și diferențe între planurile prealabile ale fiecăruia din membrii percepuți ai diadei (Marvin, 1977). Copilul se bazează acum mai mult pe reprezentările mentale ale

atașamentului decât pe prezența actuală a figurii de atașament (Crittenden & Ainsworth, 1989).

În final, *ajustarea reciprocă pentru atingerea scopului stabilit în diadă*, care debutează la vârsta de preșcolar, pregătește terenul pentru tipul de atașament expectabil pe care va tinde să îl formeze de-a lungul întregii vieți, după modelul matricei primare. La adolescent și adult, *modelele internalizate de reprezentare ale atașamentului primar*, vor reflecta o înțelegere crescută a motivațiilor părintelui, sentimentelor sale, planurilor și scopurilor de dezvoltare care au ca rezultat încrederea mutuală și înțelegerea în relație, obiectivată prin comportamente adaptative reciproce expectabile.

Teoreticienii atașamentului, mai ales Bretherton (1985), Main, Kaplan, Cassidy (1985) și Sroufe (1986), au încercat să delimiteze constructul „*internal working model*”. S-a ajuns în consens general la următoarele caracteristici ale acestuia:

1) derivă din experiențele cu figura primară de atașament;

2) constau în structuri mentale, reguli sau postulate care reprezintă abstractizarea unor experimentări anterioare comune interactive și de afect „*generalized event schemas*” (scheme generalizate de reprezentare a evenimentelor), „*generalized memory*” (amintiri cu semnificație generalizatoare), „*scripts*” (postulate cu valoare de mesaj în scris, normativ) pentru a explica structurile reprezentationale;

3) angajează procese defensive care influențează modul în care individul percepe și își reamintește experiențele sale precoce din sistemul stabilit cu adultul de referință (Bowlby, 1973; Main, Kaplan & Cassidy, 1985);

4) deși devin progresiv stabile, ele pot fi schimbate spre a se acomoda/ajusta în situația noilor experimente decelate afectiv a avea potențial semnificativ, corect pentru subiect.

În copilărie, în anumite limite de timp, modelele internalizate de reprezentare pot fi schimbate în funcție de experiența nouă corectată, cu figura parentală. La vârsta adultă pot fi schimbate doar la nivel cognitiv prin reflectarea/analizarea relației în sine și atribuire corectată, în funcție de scopul real perceput al sistemului de protecție și îngrijire.

1.3 Tipurile de atașament ale copilului

Unul din cele mai importante aspecte ale teoriei atașamentului este acela formulat de Bowlby (1969-1982) că, *dezvoltarea comportamentului de atașament este direct legată de experiența actuală cu părintele*.

Legătura între comportamentul matern și atașamentul sugarului a fost susținută de numeroase studii incluzând familiile cu risc crescut (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978; Aviezer, Van IJzendoorn, Sagi & Schengel, în press, 1996; Belski, Rovine & Taylor, 1984; Grossman, Grossman, Spangler, Svess & Unzer, 1985; Lyons-Ruth & Block, în press; Sagi, Van IJzendoorn, Aviezer, Donnel & Mayseless, 1994).

Diferențele *calitative* în atașament reflectă diferite modalități prin care copilul mic își organizează comportamentul, gândirea, sentimentele față de figura primară de atașament. Din perspectiva a 30 de ani care au trecut de la cercetările lui Bowlby și Ainsworth, tipurile de atașament stabilite prin observare comportamentală în diadă, au devenit prototipale și cu valoare prognostică. Asociem comportamentelor copiilor siguri, celor nesiguri, evitanți/ambivalenți și celor nesiguri/rezistenți cât și celor cu manifestări complet dezorganizate semnificații cu valoare de decizie, binecunoscute serviciilor clinice și de protecție a copilului din întreaga lume.

Aceste modele de răspuns standardizate, în culturi și societăți diferite până în prezent, au fost mai întâi identificate în situații de răspuns comportamental la separarea și reunirea cu mama într-un laborator necunoscut copilului, situație stresantă pentru ambii membri ai diadei. Această paradigmă devenită celebră este cunoscută sub denumirea de „strange situation“.

După reuniune, copiii *siguri* (grup B) caută contactul fizic, proximitatea cu părintele și sunt ușor de împăcat.

Copiii *nesiguri evitanți sau ambivalenți* (grup A) răspund la reuniune ignorând și evitând activ părintele.

Copiii *nesiguri rezistenți* (grup C) caută proximitate, confort, contact fizic cu părintele, dar în nici un caz nu sunt satisfăcuți și/sau sunt cu dificultate împăcați.

Cheia înțelegerii modelelor internalizate de reprezentare este examinarea semnificației și sistemului de atașament organizat ca rezultat al comportamentului și raționamentului pe care îl atribuie subiectul experimentărilor inițiale. Copilul mic trebuie evaluat în funcție de scopul suprem al sistemului comportamental de atașament, *protecția parentală*.

Evenimentele din „strange situation“ (loc necunoscut, prezența unei persoane străine, două separări de părinte/adultul de referință, incluzând separarea când copilul este lăsat singur) ar trebui, conform teoriei atașamentului, să activeze sistemul comportamental de atașament din timpul copilăriei. După activare, „strategia atașamentului primar“ ar trebui să conducă la căutarea securizării, siguranței și protecției din partea părintelui, asemănătoare celor experimentate anterior în diadă (Main, 1989).

Copiii siguri răspund părinților lor într-o manieră adecvată predicției teoretice. S-a demonstrat că abilitatea lor de a angaja această strategie primară de căutare a proximității și a contactului sunt legate de calitatea interacțiunii cu părinții care au oferit prompt și cu succes protecție și îngrijiri adecvate la semnalele copilului (Ainsworth și colab., 1978; Belski și colab., 1984; Egeland & Farber, 1984; Grossman și colab., 1985).

Copiii nesiguri ambivalenți / evitanți sunt incapabili de a căuta protecția necondiționată, pentru că au dezvoltat strategii secundare de atașament, care îi mențin în anxietate și insecuritate față de părinți. Singurul scop în care copiii evitanți au dezvoltat strategii secundare, este acela de a minimaliza activarea sistemului comportamental de atașament. Nevoia de a minimaliza suferința care urmează separării și evitarea părintelui după reuniune este legată de experiențele anterioare care au constat în neajustarea adultului la nevoile copilului sau chiar rejecție parentală în momentele când copilul s-a simțit stresat sau amenințat. Scopul principal pentru care copiii ambivalenți au dezvoltat strategii secundare este de a crește la maxim activarea sistemului comportamental de atașament spre a atrage și mai mult atenția părintelui. Această creștere este evidențiată prin sensibilitatea înaltă la separare și situația în sine de „strange situation“.

Mânia și opoziția *copiilor rezistenți* este corelată cu experimentarea unei inconsistențe, impredictibilități sau inexistențe a îngrijirilor parentale.

Cercetătorii în domeniul atașamentului au accentuat diferențele între atașamentul sigur și cel nesigur. Copiii atașați nesigur au fost portretizați în literatură drept copii cu deficite clare de adaptare, chiar pe loturi cu risc scăzut pentru patologie, apărând mai puțin abili în a se adapta la solicitările mediului decât cei atașați sigur (Sroufe, 1988). Cercetări recente sugerează că trebuie să ne îndreptăm atenția cu grijă și să ne întrebăm asupra semnificației atașamentului evitant sau ambivalent cât și a celui rezistent.

Important pare a fi faptul că acești copii și-au organizat comportamentul lor de atașament corelat cu scopul sistemului de atașament. Orientați de strategii primare sau secundare de atașament (sigur, ambivalent /evitant, rezistent), ei au dezvoltat un set coerent și organizat de „reguli“ bazate pe o experiență stabilită într-un sistem care le prezice și le ghidează viitorul comportament. Bowlby (1969-1982) afirmă că atâta timp cât sistemul reprezentational este organizat, indivizii sunt capabili să mențină relații funcționale cu ceilalți. Punctul important de marcat este că în ciuda anxietății lor, copiii evitanți sau rezistenți au fost capabili să se adapteze părinților lor, să-și selecteze, evalueze și să-și modifice comportamentul în așa fel încât să le permită înfăptuirea proximității și contactului atunci când a fost absolut necesar.

Recent, cercetătorii care au studiat loturi cu risc crescut, au identificat grupuri de copii al căror comportament de atașament nu este *nici organizat, nici adaptativ* și care nu par capabili să mențină o relație funcțională cu părintele/adultul considerat de referință, potrivit cu nivelul de dezvoltare globală atins. Modelul internalizat de reprezentare al acestor copii este incoerent și haotic. Formând grupul „D” sau *dezorganizat* (Main și Solomon, 1990) sau „A/C” (Crittenden, 1988), acești copii au un comportament ce sugerează că atunci când sistemul de atașament este activat, ei sunt prinși într-un conflict irezolvabil.

Părintele, care teoretic este sursa securizării și protecției, apare în același timp a fi sursa pericolului, rămirii sau eșecului protecției (George & Main, 1979; Main & Hesse, 1990).

După reuniune, acești copii manifestă comportamente dezorganizate, conflictuale, pline de teamă sau demonstrează semne de deprivare (Main & Solomon, 1990).

În mica copilărie, comportamentul copilului reprezintă singura deschidere (porțiță) pe care o avem către modelele internalizate reprezentationale ale atașamentului. În această perioadă nu putem examina aceste modele prin interviuri și evaluări proiective.

Preșcolarul mare, care a achiziționat limbajul și jocul simbolic cu păpușa, poate constitui un bun subiect pentru studiul acestor ipoteze.

Începând din anii 90, Solomon & George (1991), Solomon, George & De Jong (1995) au utilizat jocul cu păpușa pentru copii de 6 ani pentru completarea unei serii de povești despre evenimente legate de atașament (exemplu: copilul este rănit sau vede un monstru în momentele când trebuie să meargă la culcare).

Data fiind importanța separării și reuniunii în măsurarea comportamentală a atașamentului, în partea finală a acestei povești „*plecarea*” și *reuniunea* au fost de interes special.

În povestea despre plecare, copilului i se cere să arate ce se întâmplă în casă când părinții își părăsesc copiii peste noapte și ei rămân cu o altă persoană; iar în cea despre reuniune, i se solicită să relateze ce se întâmplă când părinții se întorc acasă în ziua următoare. Diferențele poveștilor în conținut și procesare, așa cum se reflectă în “*excluziunea defensivă*”, relevă informații importante în ceea ce privește modelele internalizate de reprezentare a atașamentului (Solomon & George, 1991, 1995).

Copiii siguri relatează istorii care reflectă activarea sistemului comportamental de atașament. Aceste istorii includ teme legate de evenimente înfricoșătoare ca tâlhărie, incendierea casei sau faptul de a fi pierduți în locuri periculoase și în care adulții de îngrijire care erau responsabili și disponibili, fie oferă imediat protecție, fie după reuniune rezolvă pericolul, angajându-se într-o căldă reintegrare comună, cei vinovați fiind „pe drept”

pedepsiți. Oricum temerilor „li se permite” să răbufnească și sunt în mod conștient aduse la nivel de problematizare, integrate în povești și rezolvate.

Copiii ambivalenți sau evitanți spun povești în care nu se sugerează deschis că sistemul comportamental de atașament ar fi activat prin situație. Istoria nu amenință securitatea copilului. În povestea pe tematica separării, copilul evitant de 6 ani relatează despre comportament, cu detașare, activități obișnuite (mâncat, privit la televizor), iar reuniunea era caracterizată prin indisponibilitate psihologică, părinții reveniți privind la televizor și mergând imediat la culcare.

Copiii evitanți își reglează atașamentul la nivel reprezentational prin procesul de *deactivare cognitivă*, un proces de apărare prin care copilul își reprimă temerile.

Povestirile sugerează că ei „imobilizează” sistemul de atașament, scanând, sortând și excluzând în mod sistematic teama, durerea și cruzimea la nivelul conștient.

Copiii ambivalenți relatează povești în care sunt „ocupați” sau “fericiți” în absența părinților, absență de care se lamentează, spunând că „le vor lipsi” în timpul plecărilor. În perioada absenței, frecvente relatări se referă în detaliu la curățenia în casă, pregătirea mesei sau a unei ceremonii aniversare. Reuniunea, însă, este plină de întârzieri și probleme care împiedică integrarea familială.

Rezultă după Bowlby (1980) și George (1996) că acești copii ambivalenți se folosesc de mecanisme defensive, de disconexiune, pentru a se putea despărți.

Mecanismul cognitiv al deconectării informațiilor pozitive și negative dau informației libertatea de a rămâne accesibilă raționamentului conștient. Rezultă că din teama de separare, sentimentele negative sunt conștientizate și păstrate separat, în măsura în care copilul poate să-și distragă atenția spre evenimente pozitive.

Chiar după reuniune, acești copii rămân nesiguri asupra modului în care să-și integreze teama, cruzimea, durerea, cu fericirea care aureolează evenimentul întoarcerii părinților acasă.

Important de reținut este că toate aceste istorioare ale jocului de păpuși, relatate de copiii atașați sigur, ambivalent/evitant, sunt ghidate de modele internalizate de reprezentare, organizate, care le permit adoptarea unor strategii clare, deși ultimele două categorii de copii experimentează conținutul anxietatea de separare (de a fi vulnerabil și lăsat neprotejat).

Absența strategiilor de a face față (mecanismelor de coping) și a reprezentărilor organizate în scop defensiv se notează la copiii având atașament dezorganizat. Aceștia se simt fără speranță, în afara posibilităților de a controla ceva din durerea, mânia, temerile și nefericirea în care plutesc și reprezintă riscul cel mai mare din punct de vedere developmental pentru psihopatologie (Bowlby și Solomon, 1995).

Rezultatele studiilor recente (Teti & Gelfand, 1995), arată că atât educatorii cât și părinții percep acești copii cu atașament dezorganizat ca având în mod semnificativ mai multe probleme de dezvoltare decât cei siguri, evitanți/ambivalenți și cei rezistenți care orientează spre devianță și tulburări de-a lungul întregii vieți.

1.4 Tipurile de atașament ale adultului

Evaluarea modelelor internalizate de reprezentare ale atașamentelor primare la vârsta de adult, se poate face utilizând tot măsura reprezentatională.

Interviul pentru atașamentul adultului „The Adult Attachment Interview“ (AAI) dezvoltat de Nancy Kaplan și Mary Main, împreună cu Carol George, ca parte a lucrării de doctorat (1985), solicită individul să reflecteze asupra relațiilor de atașament precoce și asupra experiențelor în acest sens.

Părerile părinților au fost comparate cu tipurile de atașament ale copiilor lor. Analiza interviului aplicat părinților a arătat că experiențele din copilărie raportate au o slabă predictibilitate pentru atașament. Acest fapt se datorează reprezentărilor mintale care nu sunt o simplă oglindire a experienței; ele relevă strategiile individuale de procesare a informației. Main a găsit că cel mai bun predictor pentru atașamentul față de copil este *coerența, coeziunea și credibilitatea* acestor amintiri (Main, 1990, 1984, 1985).

Adulții autonomi își explorează amintirile, sentimentele și raționamentele într-o manieră clară, coerentă. Ei pot descrie dificultăți cu părinții lor, inclusiv traumele și abandonul, dar ei își mențin o înțeleaptă balanță în integrarea trecutului cu experiențele lor actuale.

În timpul interviului, discuția este deschisă și ei dezvoltă noi puncte de vedere în același timp. În final, ei demonstrează un sens solid al sinelui (self) și stăpânirea relațiilor cu lumea (Main, 1990). Ca și copiii descriși anterior, adulții cu atașament sigur integrează sentimente și dubii legate de atașament în mod flexibil, fiind capabili să-și discute trecutul și experiențele prezente, fără a se baza pe excluziunea defensivă.

Adulții care devalorizează denigrând importanța sau efectele experiențelor și dificultăților întâlnite în cadrul sistemului de atașament, se autodefinesc ca *detașați*, puternici, independenți și neafecțați de alții („dismissing adults”). Ei tind să-și idealizeze copilăria, descriind-o ca sigură, minunată, dar imaginile evocate nu constituie suportul pentru protecție și îngrijire care, de fapt, reprezintă portretul actual al persoanei în cauză. Acești adulți pun accent în evocare mai mult pe obiecte și activități, decât pe descrierea relațiilor. Ei sunt

succinți sau își amintesc cu dificultate temeri, situații disperate sau de mânie și brutalitate (Main, 1985, 1990). Totuși, apare evident la cei ce au fost copii de tip evitant, că modelul internalizat de reprezentare al „*detractorilor adulți*“ este organizat special pentru a dezactiva atașamentul.

Cei ambivalenți („enmeshed adults”), ca adulți, se mențin *preocupați* de relații, sunt angajați în dificultățile familiei, ale experiențelor copilăriei și adesea sunt furioși când se dovedesc incapabili de a trece prin aceste experiențe din trecut. Le lipsește simțul puternic de sine și sunt contrariați de inabilitatea lor de a atinge expectanțele lor parentale. Ca și copiii ambivalenți, ei deconectează emoția de experiența sistemului lor de atașament. Această disconexiune la nivel reprezentational îi confuzează și îi fac incapabili să descrie coerent și integrat tabloul experienței legate de atașament.

Adulții având un atașament *dezorganizat* la nivel cognitiv („unresolved adults”), au suferit în copilărie traume. Main și Goldwyn (1991) definesc trauma în relație cu pierderea adultului de referință sau abuzul fizic, după DSM IV, iar Carol George a putut extinde domeniul, la abuz sexual cu molestare, viol, alcoolism parental.

Amintirile acestor adulți exprimă neîncrederea, neobișnuita atenție acordată detaliilor, confuzia legată de propriile experiențe. În anumite instanțe, sunt aproape iraționali, crezând că ei înșiși au produs trauma. În alte circumstanțe continuă să fie depășiți de aceste experiențe. În esență, acești indivizi nu și-au completat *procesul de doliu* și devine evident faptul că odată ajunși adulți, cu modele internalizate de reprezentare nerezolvate, ei sunt *dezorganizați* și nemodulați în reacții.

1.5 Modele psiho-neuro-biologice implicate în structurarea reprezentărilor cerebrale

Cercetările în domeniul micii copilării de la sfârșitul secolului XX așa cum afirma Alain Schore, de la universitatea din Los Angeles s-au focalizat asupra dezvoltării socio-emoționale a sugarului, a interacțiunilor acestuia cu persoana de îngrijire și referință, asupra influențelor social-culturale în dezvoltarea copilului mic și a familiei acestuia, cât și asupra condițiilor care plasează copiii și / sau familiile în dificultate și în categoria de risc pentru o dezvoltare optimă.

La începutul secolului XXI neuro-biologia se servește de modele psiho-neuro-biologice detaliate și integrate pentru a putea înțelege dezvoltarea umană normală și anormală.

Încorporarea acestor informații în modele psihologice developmentale poate demonstra legături apropiate între dezvoltarea optimă a creierului și sănătatea mintală a sugarului sau alterările cerebrale în context maladaptativ.

Un concept clinic împărtășit de interdisciplinaritatea clinică este acela de reglare biologică și psihologică care se aplică modelelor de structurare normală/anormală funcțională.

În științele neurologice, Damasio de exemplu susține că emoțiile sunt expresia directă de ordinul cel mai înalt al bioreglării complexe a organismelor (1998) și că reprezentările primordiale ale stărilor corporale reprezintă piatra de temelie I scheletul dezvoltării ulterioare. Brothers afirmă că emoțiile intervin în contextul unor sisteme evolute pentru reglare mutuală a comportamentului adesea, angajând schimbări corporale care acționează drept semnale (1997, p. 123).

Emoțiile și reglarea lor devin, prin aceasta esențiale pentru funcția adaptivă a creierului, descrisă de Damasio : „Funcția superioară a creierului include o bună informare asupra a ceea ce se întâmplă în restul corpului, corpul propriu-zis; despre ce se întâmplă în sine însuși (creier) despre mediul ambiental , deci și despre acomodările necesare care pot fi realizate între organism și mediu (1994, p. 90). Schore a descris ontogenia precoce a acestor funcții adaptive cerebrale și a argumentat faptul că există evenimente esențiale pentru emergența sistemelor reglatorii care controlează de asemenea funcții care survin în creșterea rapidă, specifică. Stadiile incipiente ale dezvoltării în primii trei ani reprezintă o perioadă precoce de maturizare a creierului drept care e dominant în acești ani de început ai vieții umane (Chiron, Nabbut, Lounes, Syrota & Dulac, 1997, Schore 1994).

Creierul drept este angajat nu numai în procesarea informației socio – emoționale, facilitarea funcțiilor de atașament și reglarea corporală și afectivă a stărilor (Schore, 1994, 1998) dar de asemenea în controlul funcțiilor vitale, care permit supraviețuirea, abilitarea organismului de a face față activ și pași la stres (coping Schweiger, 1993)

Maturizarea acestor capacități ale creierului drept depind de experimentare, iar aceasta este engramată în relația de atașament dintre sugar și figura constantă de atașament (persoană primară de referință – Schore, 1994, 1996, 2000). Este important de subliniat că această experiență, indiferent dacă este negativă sau pozitivă, influențează maturizarea structurilor cerebrale și ca atare, dezvoltarea psihologică a copilului. Acest model developmental psiho-neuro-biologic sugerează clar legăturile directe între atașamentul sigur – dezvoltarea creierului drept cu funcții eficiente și adaptive pentru sănătatea mintală, cât și referitor la atașamentul traumatic – reglarea funcțională inefficientă din creierul drept și stare mentală maladaptativă a sugarului.

Pentru a genera modele aplicative asupra modului în care factorii onto - genetici predispun indivizii cu risc crescut la psihopatologie tardivă sau sunt predictivi pentru modalități de ajustare individuală și adaptare trebuie să investigăm dezvoltarea precoce și sistemele individuale de a face față (coping – Cichetti, 1994).

Acesta ne permite într-o abordare interdisciplinară, evaluarea mecanismelor puse în joc pentru menținerea sănătății mintale, de-a lungul ciclurilor vieții. Un principiu esențial al psihopatologiei developmentale este acela că dezvoltarea atipică poate fi înțeleasă în contextul dezvoltării tipice, și astfel concentrarea asupra mecanismelor care o subîntind este comună. Aceste modele sugerează că orice înțelegere globală asupra dezvoltării precoce trebuie să integreze ambele: biologicul și psihologicul și să încorporeze atât adaptivul și maladaptativul în sănătatea mintală a copilului. Aceasta presupune că sănătatea mintală nu poate fi definită ca un construct psihologic și trebuie caracterizată precis drept psiho-biologic.

Prin aceasta trebuie să subliniem efectele stresului generat de figura primară de atașament (persoana de îngrijire și referință) și de interacțiunile psiho - biologice destabilizatoare (de reglare) asupra sistemelor de coping aflate în maturizare ale sugarului.

Din punct de vedere biologic, acestea se proiectează în circuite limbice aflate în dezvoltare și în emisferul drept, aflat și el în dezvoltare. „Îngrijirea maternă în primul an de viață servește spre a programa comportamentul răspunsul la stres de mai târziu.”

Neurobiologia atașamentelor nesigure

Transformarea interacțiunilor părinte-copil în temperament și personalitate se realizează prin intermediul construcțiilor sistemului orbito frontal. Natura reglărilor din acest sistem e reflectată în *comportamentele* precoce de atașament. Atașamentele sigure constau în echilibrul circuitelor simpatice și parasimpatice care au ca rezultat o reglare afectivă optimă. Un dezechilibru între aceste circuite reglatorii are ca rezultat ceea ce s-a descris ca atașamente nesigure. Dominanța parasimpatică are ca rezultat un stil *nesigur-evitant* în timp ce dominanța simpatice are ca rezultat atașamentul *nesigur-rezistent*.

Acest nucleu de interacțiuni afective interferează pozitiv sau negativ procesarea informațiilor și influențează modelul intern al imaginii de sine și asupra altora.

ATAȘAMENT NESIGUR-EVITANT DEZANGAJAT-INDIFERENT	ATAȘAMENT REZISTENT NESIGUR PREOCUPAT
I. PARINTE - FIGURA DE ATAȘAMENT	
<i>Emoțional inaccesibil</i> - Retragere / evitare nivel scăzut de exprimare a afectelor - Blocarea căutării proximității de către copil - Expresie obișnuită de tristețe, mânie, iritabilitate	<i>Prezent fizic dar inconștient sau nedisponibil emoțional</i> - Stimulare afectivă supradozată, inconstantă - Imatură sau cu slab control al impulsurilor - Ignoră și nu respectă gănguritul copilului - Mult mai interesată de propriile nevoi emoționale
II. INTERACȚIUNEA MAMA - COPIL	
- Descreșterea a aversiunii gănguriturii mutual - Dezorganizarea imputului vizual-afectiv - Independență defensivă (nepregătit pt.) - Reprimarea mâniei din nevoie în atașament - Nereglaarea afectelor în copil (disruptiv)	- Nefericire, mânie, descărcare la separare - Mama incapabilă să netezească reacțiile copilului la "reuniune". - Mânie crescută la reîntâlnire - Mama înspăimântată și/sau "paralelă" față de reacțiile copilului, fragmentată - Strategii care "dau greutate" hiperactivează legătura din partea copilului
III. DEZVOLTAREA NEUROBIOLOGICĂ	
<i>Dominanța parasimpatică atunci când e singur</i> - Inervare tegmento-laterală crescută - Descreșterea inervării ventro-tegmentale - Tendința de a răspunde la prag maxim la nivele minime de stres. - Nereglat, hipersimpatic și hiperparasimpatic când e în prezența mamei	<i>Dominanță simpatică</i> - Creșterea nivelelor de Dopamină la nivel Mezolimbic - Scăderea dezvoltării tegmento laterale - Descreșterea căilor inhibitorii către nucleul ventromedian - Nereglat sau subreglat în stimularea simpatică.
TEMPERAMENT ȘI PERSONALITATE ÎN DEZVOLTARE	
<i>"Îndepărtate de lume"</i> - Conservarea nereglată (fugă, retragere) - Scăderea ritmului și activității cardiace - Creșterea sentimentului de neajutorare - Stimulări minore care declanșează răspunsuri socio-emoționale - Descreșterea modularii în stări de alertă - Descreșterea toleranței afective - Dependență emoțională - Eșec în dezvoltarea funcționării autonome - Incapabil să caute suport emoțional	<i>"Pornit contra lumii"</i> - Mânie și nefericire nereglate - Ostil sau maladiv de "temperat" - Abilitate săracă de a-și reveni după experiențe stresante - Histrionic - Impulsiv - Plin de resentimente - "Copil exploziv" - Temeri de abandon

Ca răspuns la un mediu de îngrijiri substimulat se înregistrează o scădere a căilor excitatorii și se stabilește un echilibru în dezvoltarea căilor neuronale către cortexul frontal. Sensul este în creștere dinspre nivelele inferioare expansive către cele superioare represive.

Balanța autonomă înclină spre partea parasimpatică (inhibitorie) ca dominantă. Această cale se manifestă la sugarul care temperamental poate să nu exprime foarte pozitiv

sau negativ afectul (un sugar mai mult pasiv, depresiv latergic) și interferează în direcția dezvoltării unei patologii care se internalizează. Acești sugari au înclinația de a facilita prin răspunsurile lor o calitate a atașamentului față de persoana de îngrijire definit ca "nesigur evitant".

De partea cealaltă, o mamă suprastimulantă sau un mediu precoce perceput ca impredictibil, traumatic, care asaltează violent copilul se caracterizează drept stresant și supraîncărcat față de sugar. SCHORE susține existența conexiunilor neurologice cu dezvoltarea cortexului frontal în direcția:

1. Parcelării sau (pierderii selective de conexiuni) parasimpatice (inhibitorii) ale inervației nonadrenargice în cortexul frontal.

2. O expunere a inervării simpatice (excitării) dopaminergice în cortexul frontal.

Cu alte cuvinte ca răspuns la un mediu de îngrijiri suprastimulant, căile excitatorii cresc iar cele inhibitorii scad și echilibrul în dezvoltarea căilor către cortexul frontal se face în direcția expansiunii centrilor superiori și reprimării celor inferiori. Echilibrul autonom e de partea dominanței simpatice (excitatorii). Această deviere se manifestă la copilul care dezvoltă un stil impulsiv, necontrolat și afectează în direcția perturbărilor sub-reglării.

Acești sugari sunt înclinați să dezvolte o calitate a atașamentului față de persoana primară de îngrijiri și sunt definiți ca "nesiguri - rezistenți".

În cartea lui Allan Schore "Reglarea afectelor și originea *selfului*: "Neurobiologia dezvoltării emoționale" (1994) ca și în lucrările publicate în jurnalul Asociației mondiale de sănătate mentală a sugarului, din anul 2000 se consideră că lobul frontal mediază aspectele executive și funcțiile reglatorii ale self - ului controlând astfel:

1. Starea de conștiință. Atenția și concentrarea
2. Acțiunile cu scop. Începerea, oprirea și susținerea activității
3. Rezolvarea problemelor complexe
 - a) Planificarea și anticiparea
 - b) Secvențierea
 - c) Procesarea mentală
 - d) Schimbarea poziționării în timpul operării cu concepte
 - e) Calitatea controlului. Monitorizarea și filtrarea manifestării self - ului

4. Conceptualizarea. Capacitatea de abstracție

5. Aptitudini organizaționale

6. Reglarea afectelor

7. Coordonarea motricității fine.

8. Conștiința de sine, reflectivitatea asupra sinelui

9. Limbajul interior înăscut.

1. Starea de alertă.

Reglarea atenției/concentrare.

Tulburările în funcțiile amintite pot fi manifestate printr-un grad înalt de distractibilitate, copiii care nu pot participa la acțiuni devin într-un fel visători-plutitori greu de acroșat.

2. Acțiunea cu scop

Reglarea activității fizice și verbale; capacitatea de a iniția, opri și susține o activitate după dorință.

3. Rezolvarea problemelor complexe

a) *A planifica și a anticipa.* Atingerea acestei funcții creează o calitate de a trăi în lume care cognitiv și dinamic înseamnă „a te arunca cu capul înainte” fără a putea anticipa consecințele sau finalul. Afectarea abilității de a planifica și anticipa interferează ajustarea și înseamnă “a trăi pe moment”, prin încercare și eroare, care se opune capacității de a face o strategie; copilul impulsiv e caracterizat prin faptul că “trăiește intens clipa” fără a anticipa riscul.

b) *Procesarea nu e simultană este secvențială* (în special secvențierea vizuală). Gândirea secvențială angajează etape (pași) ca parte integrantă a procesului. Logica, cauză-efect, testarea ipotezelor și construirea altora sunt de natură secvențială. Științele exacte (matematica) se bazează pe procese secvențiale. Procesarea simultană presupune o cuprindere imediată a problemei, “luarea deciziilor e rapidă” Exemplul jocului de șah e ilustrativ pentru procesarea secvențială.

c) *Procesarea mentală* (cugetarea). Menținerea unei informații în minte și prelucrarea acesteia. Jocul cu ideile, lucrul asupra problemelor la nivel mental.

d) *Schimabarea poziționării* - înseamnă a avea perspectiva și a încerca abordarea din noi unghiuri, capacitatea de a-și schimba poziția anterioară în fața argumentelor. Flexibilitatea în rezolvarea problemelor prin încercarea diverselor abordări. Afectarea capacității de a schimba atitudinea poate fi manifestată prin stilul de a rămâne blocat în gândire sau în rezolvarea unei probleme.

e) *Calitatea controlului, filtrarea exteriorului și monitorizarea pe sine însuși*

A găsi nivelul adecvat de abstractizare. A pune lucrurile la punct, a le ordona opus procesului de supraînglobare. Calitatea controlului e vitală în rezolvarea eficientă a problemelor, în filtrarea esențialului și sortarea față de secundar în informare.

4. Conceptualizarea

Superpoziția și concluzionarea din concret spre abstract. Cel mai înalt nivel de gândire.

5. Capacitățile organizatorice

A asambla coerent ideile, limbajul, producția, activități, informație. Nivelele de bază ale procesării informațiilor trebuie să fie intacte la acest nivel care angajează integrarea noului într-un întreg coerent.

6. Reglarea afectelor

Reglarea internă a stării emoționale. Afectarea capacității de abordare și soluționare a afectelor se poate manifesta emoțional fie prin “rupturi emoționale” fie prin hiporeactivitate stil plat, insensibil.

7. Coordonarea motorie fină

Reglarea și acordajul mișcărilor fine motorii.

8. Conștiința de sine, autoreflexia și conștiința

Abilitatea de a-ți da seama de tine însuși în relația ta cu mediul înconjurător. Abilitatea de a reflecta asupra oricărui proces în sine. A fi conștient reflectând asupra ta.

9. Limbajul înăscut

Verbalizarea internă a acțiunilor. Reglarea verbală a răspunsurilor motorii.

„*Conexiunile umane creează conexiuni neuronale, din care emerge spiritul*” – Siegel, 1999.

Este vorba despre maniera în care experiențele interpersonale structurează mintea umană direcționată genetic. Cercetările din domeniul atașamentului asupra intervențiilor colaborative interpersonale demonstrează că acestea (și nu o excesivă stimulare senzorială) pot fi considerate cheia unei dezvoltări sănătoase. Dezvoltarea nu se referă la cantitatea excesivă a sinapselor cerebrale, ci la crearea unor circuite specifice.

Regiunea orbito-frontală, care e zona centrală pentru procesele de reglare a emoțiilor, empatie și memorare autobiografică pot să aibă o dezvoltare care să fie influențată de experiența care depinde de natura comunicării interpersonale în perioadele timpurii ale vieții. Interacțiunile cu „cei mai în vârstă” (cu figurile noastre de atașament) sunt esențiale în acest

timp pentru a crea comunicarea contingentă-colaborativă necesară pentru o dezvoltare emoțională și socială corectă a copilului.

Nu se pune doar problema „îmbogățirii excesive” a mediului sau stimulării excesive necesare, ci asupra acordajului afectiv între adult și copil.

Aceste căi colaborative de comunicare în acordaj sunt instrument prin care persoana de îngrijire ca „figură de atașament” poate regla stările negative și pozitive ale copilului. Aceste interacțiuni emoțional-reglatoare sunt cerințele pentru o maturare, influențată experiențial, a dezvoltării creierului social.

Abordarea interdisciplinară, care se focalizează asupra experiențelor din cadrul sistemului de atașament și efectelor acestora asupra structurilor reglatorii și funcțiilor acestora pot să ofere modele comprehensive asupra unei dezvoltări normale. Această concepție derivă din liniile de bază ale teoriei atașamentului: John Bowlby (1969) afirmă că procesele developmentale pot fi cel mai bine înțelese ca produs al interacțiunii între zestrea genetică unică și un mediu de viață particular.

Integrând deci datele biografice cu conceptele psihanalitice de dezvoltare, el a propus formula „mediul adaptabilității” („environment of adaptativeness”) care are consecințe „vitale pentru supraviețuirea speciilor” și că „relațiile de atașament influențează direct capacitatea copilului de a face față stresului (coping)” prin impactul pe care îl are cu maturarea „sistemelor de control” din creierul copilului, care reglează funcțiile de atașament. Încă de la început, Bowlby a afirmat că a înțelege în profunzime dezvoltarea normală în toată complexitatea ei presupune integrarea psihologiei developmentale, psihanalizei, biologiei și neuro-fiziologiei (Schore).

Maturarea sistemului orbito-frontal reglator

În „Reglarea afectelor și originea self-ului” Schore arată că cortexul orbito-prefrontal intră în perioada critică de creștere (care subîntinde ultimul trimestru al primului an, până la mijlocul celui de-al doilea an) într-un interval care corespunde cu începuturile socializării umane.

Perioada critică a conducerii de la sistemul limbic la cel orbito-frontal se maturează și mediază ceea ce Stern (1985) a denumit în termeni de reușită a dezvoltării ca „self subiectiv”.

Această structură reprezintă vârful ierarhic al sistemului limbic. Brothers (1995, 1979) descrie circuitul limbic al cortexului orbito-frontal, girusul anterior cingulat, amigdala și lobul temporal ca pe un „editor specializat pentru procesarea interacțiunilor sociale ale celorlalți, luând cunoștință de gesturile și expresiile semnificative” (Brothers, 1997, p.27) și

„încurajează restul creierului să raporteze trăsături de acest fel din mediul înconjurător social”.

Acest editor acționează ca sistem unitar „specializat spre a răspunde la semnalele sociale de toate felurile, un sistem care se va constitui până la urmă ca reprezentare a stării de spirit (mind).

Mesulam atrage atenția că ariile prefrontale angajate în modularea emoțiilor și funcțiilor de atenție ajută la creerea unei reprezentări a lumii editate într-o manieră extrem de subiectivă (1998, p. 1013). Această funcție emergentă subiectivă e rezultatul atașamentului sigur.

Cavada și Schatz, în 2000, în „Cerebral Cortex” conchid, în articolul „Misteriosul cortex orbito-frontal” că acest „cortex orbito-frontal e angajat în mod critic în funcțiile umane legate de ajustarea socială și responsabilitate, trăsături cruciale în definirea personalității individului”.

Concepțiile lui Cramer și Brazelton asupra reorganizării developmentale a sistemelor de control neurobiologic reprezintă cortexul orbito-frontal matur acționând la „cel mai înalt nivel al controlului comportamentului, în special cel aflat în relație cu emoția”. (Price, Carmichael and Drevets, 1996, p. 523).

„Cortexul orbito-frontal e cunoscut a juca un rol esențial în procesarea semnalelor interpersonale necesare pentru inițierea interacțiunilor sociale între indivizi” – Schore, 1994. Cortexul, cu lobul temporal (sulcus) și amigdala formează circuitul care mediază gânguritul social (Emery, 2000). Neuronii orbito-frontali procesează specific informații vizuale și auditive asociate cu emoționalitatea expresivă a fețelor și vocilor (Scalaidhe, Wilson, Goldman-rakic 1997, Romanski, Tian, Fritz, Mishkin, Goldman-rakic 1999) dar este implicat și în integrarea superioară a informațiilor despre starea corporală (Tucker, 1992).

Sistemele care reglează biochimic toate stările cerebrale și corporale sunt localizate în grupuri discrete de neuroni dopaminergici care reglează starea de alertă din formațiunea reticulată subcorticală care manevrează o largă arie cerebrală prin proiecții difuze (Lydic, 1987).

Ariile prefrontale reglează alerta dopaminergică (Iversen, 1977) pe calea conexiunilor directe reciproce cu neuroni dopaminergici din zona ventrală tegmentală a formațiunii reticulate anterioare. De asemenea, proiectează către striatul ventral și centrul nucleului ambiguu, o structură bazală ganglionară, încărcată de neuroni dopaminergici și angajată central în comportamentele motivate (Haber, Kunishio, Mizobuchi and Lynd-Balta, 1995. Mogenson, Jones, 1980) în coordonarea non-verbală a expresiilor pozitive faciale (Morris.

Robinson, Raphael, Hopwood, 1996) și mecanismele plăcerii din recompensare și motivație (Robins, Veritt, 1996).

Nucleul ambiguu drept și aria cingulată dreaptă sunt activate în encodarea stimulilor emoționali plăcuți (Hamann, Ely, Graffton, Kilts, 1998).

Dezvoltarea creierului și memoria

Circuitele de bază responsabile pentru procesarea mentală a emoției, memoriei, comportamentului și relațiilor interpersonale se formează în timpul primilor ani de viață (Schore, 1994, 1996, 1997). Aceste procese includ generarea și reglarea emoțiilor, capacitatea unui "răspuns flexibil" și a unui comportament reflectiv al stării de spirit (în acordaj cu) (Siegel, 1999) sensul autobiografic al self-ului și construcția „self-narativului”, capacitatea de a înțelege și avea grijă de starea de spirit a mea și a altuia, abilitatea de a angaja comunicarea interpersonală. Cassidy și Shaver, 1999, Toth, Cichetti, Macfie, Emde, 1997, în studii independente au sugerat că modalitățile de interacțiune între persoana de îngrijire și copil au un impact important în dezvoltarea acestor procese mentale. Memoria e calea prin care experiența trecută e encodată în creier (structurează) funcționarea prezentă și viitoare (McClelland, 1998, Milner, Squir și Kandel, 1998). Pentru primul an de viață, sugarul are la dispoziție o formă de memorie „implicită”, care include forme de memorie emoțională, comportamentală, perceptuală și somato-senzorială. Memoria implicită include și generalizarea experiențelor repetate, numite „modele mentale” sau „scheme” (Johnson, Laird, 1983). Când amintirile implicite sunt activate, ne dau senzația că ceva a fost evocat. Ele influențează emoțiile, comportamentul sau percepțiile în mod direct, fără să ne dăm seama de conexiunea lor cu experiența trecută. La mijlocul celui de-al doilea an, copiii încep să dezvolte a doua formă de memorie, „explicită” (Baver, 1996). Tulving, Kapur, Craic, Moskovitch și Hovle, în 1994, vorbesc de faptul că memoria explicită include două forme majore: factuală (semantică) și autobiografică (episodică). Pentru ambele tipuri de memorie explicită, reamintirea e asociată cu senzație internă de „îmi reamintește de ceva acum”. Pentru memoria autobiografică în dezvoltare mai târziu există de asemenea un sens al self-ului în trecut. E cunoscută „amnezia micii copilării” care a fost atribuită perioadelor de dezvoltare necesare pentru memoria explicită, și care sunt genetic determinate (Nelson și Carner, 19989). În mod particular, maturarea hipocampusului în lobul mediu temporal nu survine decât după împlinirea primului an de viață și se consideră a fi esențială pentru encodarea explicită. Mai târziu, partea frontală a lobului frontal al neocortexului (partea superioară a creierului), zona numită cortex prefrontal se va maturiza suficient pentru a permite începutul reamintirilor autobiografice. Deși nu ne reamintim „explicit” ce ni s-a întâmplat ca sugar, experiențele pe

care le-am avut cu persoana de îngrijire au avut impact puternic asupra proceselor implicite. Aceste experiențe pe care le-am avut au angajat emoțiile noastre, comportamentele și percepțiile noastre mentale de reprezentare a lumii altora și a noastră înșine.

Memoria implicită encodează formele noastre precoce de învățare despre lume. Memoria implicită structurează experiențele de „acum și aici” fără a ne da seama de originea lor în evenimentele trecutului. Cercetările în atașament, combinate cu rezultatele studiilor moderne de genetică și neurobiologia dezvoltării sugerează că relațiile specifice cortexului emoțional în cadrul comunicării conectate în relație par să ofere cea mai interesantă și importantă lume experiențială în care spiritul se poate dezvolta.

Rezultatele cercetărilor asupra cauzelor care determină un anumit tip de atașament arată importanța rolului experimental al relațiilor umane, mai degrabă decât un locus pentru atașament și includ următoarele concluzii :

1. Tipul de atașament care reușește să-l formeze copilul e independent corelat cu fiecare dintre părinți și în strânsă legătură cu tipul de atașament al adultului de referință, așa cum demonstrează rezultatele din *Interviul de Atașament al Adultului* (decă poate avea două tipuri de atașament specifice fiecăruia dintre părinți, depinzând de trăsăturile acestuia).
2. Temperamentul copilului, care se credea că e determinat genetic, nu e predictibil pentru un anumit tip de atașament al copilului.
3. Factorii individuali cum ar fi inteligența, memoria, personalitatea (evaluate cu MMPI) nu au putut fi corelate cu rezultatele *Interviului de Atașament al Adultului*. Studii recente arată că acesta reprezintă o măsură a experiențelor de atașament.
4. Rezultatele *interviului de atașament* la o gravidă și soțul ei, de exemplu, pot prefigura predictibil tipul de atașament pe care-l va manifesta copilul la 18 luni sugerând că acesta nu este o măsură a răspunsului parental la acest copil în particular ci invers.

Cercetările asupra atașamentului au stabilit că unul din cei mai puternici factori predictivi ai atașamentului copilului față de părinte ar fi coerența narațiunii auto-biografice (Hesse, 1999). Coerența narațiunii poate fi determinată prin aprecierea flexibilității și fluentei informațiilor în momentul când indivizii spun povestea vieții lor, începând cu amintirile pe care le evocă asupra experiențelor lor precoce. Instrumentul de cercetare este *Interviul de Atașament al Adultului* (Hesse, 1999; Main 1995). *Interviul* reprezintă o trecere în revistă narativă efectuată de părinți prin evocările experiențelor cu propriul părinte. Această povestire relevă capacitatea spiritului de a atinge un anumit nivel de integrare și funcționare. Un asemenea proces poate fi numit „auto-noesis-coerent”. Această integrare pare să permită individului accesarea la sensul intern al conexiunii cu trecutul, să trăiască din plin și

semnificativ prezentul și să se pregătească pentru viitor, informat fiind de trecutul și de prezentul său. În această manieră auto-noesistul coerent permite curgerea fluentă a trecutului, prezentului și viitorului. Asemenea reflecții fluide și flexibile asupra trecutului, prezentului și viitorului sunt emblematice pentru narațiunile autobiografice coerente ale adulților autonomi.

Studiile longitudinale asupra copiilor atașați sigur arată că acesta poate conduce la achiziții pozitive în dezvoltarea lor (Cassidy & Shaver, 1999).

Acestea include facilitarea flexibilității emoționale, funcționarea socială și a abilității cognitive. Securitatea atașamentului pregătește o formă de reziliență în fața viitoarelor adversități.

Studiile sugerează că diferitele forme de atașament nesigur pot fi asociate cu rigiditatea emoțională, dificultatea în relații sociale, afectarea atenției, dificultăți în înțelegerea stării de spirit a celorlalți și comportamente riscante.

Experiențele sub-optimale de atașament pot predispuce copilul la vulnerabilitate psihologică, în parte și prin alterarea răspunsului neuro-endocrin al creierului la stres (Liu și Colab, 1997, Rosenblum, Caplan, Freidman, Bassof, Gorman & Andrews, 1994)

Forma de atașament dezorganizat/dezorientat a fost asociată cu o marcată afectare în domeniile emoționale, sociale și cognitive. Indivizii care au această formă de atașament de asemenea au demonstrat predispoziție pentru episoade clinice de disociere în care capacitatea de a funcționa în manieră organizată și coerentă este afectată (Carlson, 1998, Liotti 1992, Main & Morgan, 1996, Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson & Egeland 1997)

Studii recente au demonstrat că tinerii care au în istoria de viață un atașament dezorganizat au un risc crescut de exprimare a ostilităților în relațiile cu cei de aceeași vârstă și, pe măsură ce se maturizează, au un mare potențial de violență interpersonală (Lyons – Ruth, Alpern, Repacholi 1993, Lyons, Ruth & Jacobwiy, 1999)

Această formă de atașament a fost propus să fie asociată cu comportamentul amenințător al adultului față de copil (Main & Hesse, 1990).

1.6 Sisteme de afiliere cu scop protectiv

Sistemul parental de acordare a îngrijirilor și atașamentul pare a fi, după George și Solomon (1996), un sistem comportamental distinct.

Părinții gândesc despre copil și interacționează cu acesta oferindu-i protecție și îngrijire nu în termeni de căutare a protecției pentru ei înșiși. În mod normal, sistemul de îngrijiri primit în copilărie devine prin transformare, la maturitate, sistemul de atașament

procesat, interiorizat și promovat după acest prototip, însă cu alt scop, schimbat, de la nevoia individului de a fi protejat, către cel de a oferi protecție.

Descriindu-se pe sine în interviuri structurate și/sau semistructurate și descriindu-și copiii sub aspectul relațiilor lor afective, adultul percepe asemănări și deosebiri în modalitățile în care își rezolvă fiecare problemele de atașament (referitoare, de exemplu la separare).

Stilurile de procesare a informației și excluderea diferențiată sunt diferite în funcție de modelele reprezentationale ale procesului de oferire a îngrijirilor.

Conform celor stipulate de Bowlby referitor la balansul relației prin ajustare reciprocă pentru atingerea scopului în parteneriat (goal corrected partnership), cea mai mare flexibilitate o dovedesc mamele copiilor descriși ca având un atașament sigur - ele constituie pentru copiii lor o „baza sigură“ de unde aceștia pot începe explorarea.

Mamele se descriu pe ele însele și pe copiii lor în mod realist, înfățișând aspectele pozitive, potențialele amenințări ca disciplina, pedeapsa, siguranța, explorarea și separarea în contextul personalității lor și al nevoilor de dezvoltare ale copilului lor. Aceste mame au imaginea clară a riscului și au dezvoltat strategii pentru a asigura în etape securizarea copilului.

Mamele copiilor evitanți dezactivează sistemele de îngrijiri. Supranumite „rejetante“, acestea exclud din propria evaluare și a copiilor lor aspectele pozitive, evidențiază doar aspecte de nedorit și neplăcute ale relației, portretizându-se ca stricte, nerăbdătoare, imperative, inconfortabile în rolul matern. Copiii sunt prezentați cu portrete similare, dureroase, nedisponibile pentru răspuns la îngrijiri, uneori monstruoase și greu de suportat, de nedorit.

Aceste evaluări negative ale mamelor și ale copiilor lor sunt rezultatul minimalizării și desconsiderării nevoilor de atașament ale copilului, mamele menținându-și situația de neangajare în procesul de îngrijiri.

În termenii protecției, scopul ultim al funcției sistemului de îngrijiri de a forma un atașament, a fost limitat. De exemplu, o mamă rejetantă, înspăimântată de faptul că înotând, copilul său ar putea avea un accident, descrie cum s-ar odihni în interior (casă), convinsă fiind că ar auzi dacă afară copilul ar fi în pericol.

Stilul defensiv al mamelor ambivalente a fost *disconectarea cognitivă*. Ele au fost numite „nesigure“. Acestea își descriu „cu mânuși“ copiii, ca fiind manierați, onești, corecți, sensibili și altruști, iar relația lor este descrisă ca plină de mulțumire, dar în timpul interviului izbucnesc brusc emoții negative când își descriu copiii ca imaturi, furioși sau schimbători, situație în care mamele sunt confuze și nesigure asupra cauzelor comportamentului copilului.

Mamele „nesigure“ oferă protecție limitată. Ele eșuează în a recunoaște evenimente negative sau cu potențial pericol, iar în procesul de supraveghere al copilului intervin cu întârziere și trec la acțiune numai când sunt forțate de împrejurări să o facă.

Mamele copiilor cu atașament dezorganizat relevă modele reprezentative de îngrijiri dezorganizate și au fost descrise ca „neajutorate“. Simțindu-se neajutorate sau incapabile de control, acestea se descriu ca lipsite de resurse în a manevra copilul, pedepsindu-l grav și reacționând isteric sau depresiv. Copiii sunt evaluați de mamele lor drept haotici, imposibil de a fi ajutați, cu crize de opoziție și enurezis/encoprezis și după vârsta de 6 ani, sau cu abilități deosebite de „artiști“. În relațiile cu copiii lor, aceste mame sunt depășite de situație, invocă puteri supranaturale sau conexiuni cu strămoșii. Reprezentările mentale au un puternic dezechilibru, reflectând fie natura haotică, fie inversarea de rol („role reverse“), care pun copilul în ipostaza de a avea grijă precoce de mama sa / adultul de referință (George și Solomon, 1994).

Spitz (1945) a descris în detaliu impactul negativ asupra dezvoltării pe care îl are separarea precoce a sugarului de mama sa și instituționalizarea acestuia.

Bowlby (1958) a surprins efectul separării temporare a copilului de persoana de referință în îngrijire. Teoria lui Bowlby constituie o îndepărtare radicală de la teoria psihanalitică clasică.

Atașamentul reprezintă o relație specifică cu o persoană de referință în îngrijiri (preferată) și a fost destinată biologic pentru a proteja ființa fragilă, tânără în procesul supraviețuirii prin căutarea proximității și nu prin satisfacerea plăcerii orale, sexuale sau a nevoilor de hrană.

Odată format atașamentul sigur față de mamă, copilul își utilizează mama drept *bază sigură (securizantă) de unde poate explora lumea* (Ainsworth, 1982).

Interacțiunea cu figura primară de atașament dezvoltă la copil „modele internalizate de reprezentare a atașamentului primar“ - „internal working models“ (Bowlby, 1980). Acestea sunt modele complexe ale relației dintre sine însuși și figurile de atașament. Ele se mențin în afara conștiinței și sunt actualizate doar pentru a selecta și interpreta noile informații despre alte figuri de atașament.

Modelele reprezentative lucrative interne sunt formate în cursul interacțiunilor cu persoanele de îngrijire având semnificație maternantă toată viața (Biringen, 1994).

Copiii care constituie subiectul unor îngrijiri intrusive sau abuzive din partea unor părinți biologici, introduși într-un alt mediu percep adulții ca „nepăsători, indiferenți, imprevizibili și nedisponibili“, iar ei se consideră ca fiind de mai „mică valoare și nedemni

de atenția și căldura suportivă“ (Zcanah și Anders, 1987). Acest model de relație distorsionată de atașament antrenează dificultăți în situațiile de plasament familial sau instituțional.

Copiii maltratați sau neglijați de proprii părinți au o atitudine neîncrezătoare, „la pândă“, bazată pe modelele lucrative de reprezentare internă ale unor îngrijitori incapabili să satisfacă nevoile lor de apartenență. Atașamentul lor față de familiile de plasament rămâne o problemă pentru perioade îndelungate de timp sau se permanentizează fără o monitorizare și susținere specializată în cunoștință de cauză.

Goldstein și colaboratorii (1979) evidențiază faptul că acești copii plasați au nevoie de stabilitate emoțională și modele parentale stabile. Autorii menționați se pronunțau în favoarea unor plasamente de scurtă durată cu reintegrare familială rapidă în familia biologică sau adopție promptă, a copiilor abuzați, pentru întreruperea precoce a relației patologice, deoarece chiar atunci când acești copii reușesc să formeze un atașament cu noua familie suferă efecte catastrofale când aceste noi atașamente sunt amenințate.

1.7 Alte modele de abordare a dezvoltării umane

Modelul tranzacțional

În modelul tranzacțional dezvoltarea copilului este văzută ca fiind produsul unei acțiuni dinamice continue, interacțiune oferită copilului de familia sa într-un anumit context social.

Modelul tranzacțional este inovativ prin focalizarea efectului pe care îl are copilul asupra mediului, acesta nefiind independent de copil. Prin comportamentul său, copilul a putut fi un puternic determinant al experiențelor sale curente.

Tranzacțiile pot fi cauzate de comportamente atipice ale copilului, pe care părinții nu le înțeleg, sau de cele normative, pe care părinții le înțeleg dintr-o perspectivă distorsionată.

Pentru ca o tranzacție să survină, părinții trebuie să fie influențați de comportamentul copilului, să facă ceva ce altfel nu ar fi făcut în cazul în care copilul s-ar fi comportat altfel.

În multe cazuri părinții răspund cu dragoste și afecțiune la orice acțiune a copilului, dar uneori răspunsul este furios și abuziv, indiferent de acțiunea copilului.

Acestea nu sunt exemple de tranzacție, pentru că stilul interacțional al părinților nu s-a schimbat prin comportamentul copilului.

În cazul gemenilor, Mindle, Corter, Goldberg și Jeffers (1990) au observat că în situațiile menționate mai sus, mama își păstrează de-a lungul celor 4 ani de studiu, preferința

pentru unul din copii, care nu este neapărat cel mai ușor de temperat. Unele preferă pe cel mai puternic, altele pe cel mai liniștit, iar altele pe cel mai sănătos etc.

Observarea familiilor în locurile obișnuite de viață oferă evidențierea unor posibile secvențe cauzale în dezvoltare, dar probele definitive sunt date de expectanțele în manipularea variabilelor dezvoltării (Bronfenbrenner, 1977).

Burgental și Shennum (1984) au evaluat credințele despre rezultatele îngrijirilor într-un grup de mame care apoi erau puse în situații de interacțiune cu copiii, pregătiți să fie mai puțin responsivi și asertivi. Au fost identificate tranzacții pe termen scurt, unde mamele răspundeau diferit în funcție de combinația între atribuțiile lor și comportamentul actual al copilului.

Alte cercetări au fost direcționate spre aspectul de tranzacții pe termen lung care rezultau din programe de intervenție masive.

Zeskind și Ramsey (1978-1981) au examinat efectele unui program intensiv într-o intervenție precoce asupra unui grup de copii malnutriți din perioada fetală. Intervenția a început la vârsta de 3 luni și includea componentele următoare: asistență socială, medicală, nutrițională și educațională.

Un alt grup a fost supus aceluiași tip de intervenție, exceptând componenta educațională.

Comparația a fost făcută mai târziu asupra funcționării ulterioare într-un statut socio-economic scăzut (SSES) a celor ce au participat sau nu la programul educațional.

Grupul fără suport educațional a prezentat o scădere a indicelui de dezvoltare (Developmental Quotient, DQ) de la 3 la 18 luni și a continuat și la 36 de luni să realizeze un scor mai scăzut. Acest QD scăzut a fost asociat cu nivele scăzute de angajare a mamelor în interacțiune. Prin contrast, familiile având educația necesară, deși au avut copii cu greutate mai mică decât restul la 3 luni, erau la fel de bine situați ca și ceilalți la 18 luni.

În 1981, autorii au tras concluzia că programul educațional a întrerupt tranzacția negativă constatată la grupul de control.

În mod obișnuit, mamele având SSES sunt depășite de caracteristicile copilului malnutrit fetal și aceasta contribuie la înrăutățirea rezultatelor. Intervenția care a permis și încurajat relații optime între mame și copii, a condus spre rezultate aproape de medie în acest lot.

Modelul tranzacțional este o îmbunătățire a modelului interacțional pentru că include influențele reciproce între copil și mediu.

Un exemplu de continuitate conferită de consistența mediului înconjurător

Multiple studii longitudinale au evaluat continuitatea dezvoltării copilului, corelând comportamentele precoce cu cele de mai târziu, extrem de puțini preocupându-se însă de consistența mediului înconjurător în timp.

„Rochester Longitudinal Study” reprezintă una dintre aceste cercetări. Studiul cuprinde câteva sute de copii, urmăriți de la naștere până la vârsta de adolescent și tânăr, care au avut în același timp cu evaluarea competențelor lor cognitive și sociale și o evaluare a mediului înconjurător (Sameroff, Seifer & Zax, 1982).

Autorii menționați, împreună cu Barocas și Greenspan, în 1987 (când copiii RLS aveau 4 ani), au analizat și setul de 10 variabile de mediu, respectiv:

- 1) istoric de boală mentală a mamei,
- 2) nivel crescut de anxietate maternă,
- 3) scorul perspectivelor parentale, derivat dintr-o combinație care reflectă rigiditatea atitudinilor materne, credințe și sistem de valori legat de dezvoltarea copilului lor,
- 4) puține interacțiuni observate în perioada de sugar,
- 5) prestarea de către capul familiei a unei munci necalificate,
- 6) educație minimă,
- 7) statut de minoritate dezavantajată,
- 8) suport familial redus,
- 9) evenimente de viață stresante,
- 10) familii de dimensiuni mari (mulți copii).

La testare acești copii, în perioada de preșcolar aveau o dezvoltare cognitivă și socio-emoțională scăzută în aceste medii cu risc (SSES).

Scorurile relative la competențele socio-emoționale și cognitive înregistrau diferențe mari, crescând în funcție de numărul factorilor de risc pe care îi acumulasă.

Din punct de vedere al inteligenței, copiii fără factori de risc datorat mediului („environmental risk”) aveau QI cu 30 de puncte mai mare decât copiii cu 8 sau 9 factori de risc.

În cadrul lotului RLS, atenția autorilor s-a îndreptat asupra sursei continuităților și discontinuităților în performanța copilului la vârsta de 13 ani (Sameroff, Seifer, Baldwin & Baldwin, 1993). O atenție specială a fost acordată copiilor cu multipli factori de risc familiali, care au reușit de vreme să depășească dificultățile, atingând niveluri medii de competență

socio-emoțională și intelectuală și păreau să facă parte din grupa copiilor invulnerabili (*rezilienți*).

La 13 ani, având același scor de risc, cu puternice adversități în mediu, comportamentul lor dovedea cele mai joase scoruri în competențe.

Corelația între performanța timpurie și cea recentă (la 4 și la 13 ani) era de 72 la inteligență și de 43 la competența socială.

Interpretarea unor astfel de cifre este aceea că există *continuitatea competențelor sau incompetențelor în copilărie*.

În RLS au fost evaluați atât factorii de mediu, cât și copilul. Referitor la corelația factorilor de risc de mediu luați în aceleași perioade, 76 a reprezentat cea mai mare continuitate, mai mare decât orice corelație găsită la copii.

Concluzia ar fi că acei copii care au avut medii familiale și sociale sărace la 4 ani și continuă să le aibă la 13 ani, în viitor, au șanse mai scăzute să atingă nivele crescute de competență dacă mediul nu oferă suportul necesar.

Oricare ar fi capacitățile individuale oferite de factorii individuali și dacă mediul limitează oportunitățile de dezvoltare, performanțele sunt greu de anticipat.

Sisteme care intervin în reglarea dezvoltării

A explica în ce mod individul și experiența contribuie la producerea modelelor adaptative sau maladaptative de funcționare, înseamnă a sugera în ce măsură trecutul sau prezentul vor influența viitorul.

Primul principiu care rezultă dintr-o asemenea teorie a dezvoltării este că indivizii nu pot fi considerați în afara contextelor în care trăiesc.

Scopul este ca înțelegând conexiunile cauzale, prevăzând anumite rezultate sau conturând intervenții, să nu considerăm ca soluție scoaterea individului din condițiile care i-au reglat dezvoltarea.

S-a acordat o mare atenție influențelor biologice asupra dezvoltării, supraestimându-se la noi nutriția și îngrijirile igienico-sanitare în mediul medical și s-au constatat efectele dezastruoase.

A devenit necesară acordarea unei atenții cel puțin egală influențelor mediului.

Dezvoltarea individuală este constrânsă de sistemele reglatoare care acționează la diferite nivele de organizare, cele mai importante sisteme fiind cel biologic și cel social. În

studiul dezvoltării embriologice există un continuu de tranzații între fenotip și genotip (Ebert & Sussex, 1970; Waddington, 1957).

Waddington descria influențele sistemelor genetice reglatorii drept „canalizatoare“.

În interacțiunile complexe genotip-fenotip, sistemele reglatorii monitorizează schimbările developmentale și le asigură rămânerea între anumite granițe în procesele care au survenit de-a lungul generațiilor și care asigură acum un anumit rezultat.

Schimbările în starea actuală a organismului embrionar (fenotipul) ținesc genotipul și oferă o serie diferită de experiențe biochimice noi. Acestea reglează pozitiv sau negativ, activând sau dezactivând anumite gene ale embrionului uman.

Procesele continuă mai puțin „dramatic“ după naștere, cu anumite excepții (instalarea adolescenței și posibil a senilității).

Perioada de la naștere la cea de adult este dominată de interacțiunile cu sistemele sociale.

Statutul de copil are în vedere procese reglatorii, care țin de mediul ambiental. Exemple de astfel de schimbări codate sunt reacțiile părinților la abilitatea copiilor de a merge sau vorbi și schimbările în locurile respective, oferite când copilul atinge vârsta de preșcolar și școlar.

Aceste reglări schimbă experiența copilului și o pune în acord cu dezvoltarea fizică și dezvoltarea comportamentală.

Rezultatul acestor schimburi reglatorii este creșterea capacităților pentru autoreglarea biologică și dezvoltarea autocontrolului comportamental.

Progresele în dezvoltarea neuromotorie permit copilului controlul temperaturii și nutriției, care la început depind doar de îngrijitori. Capabili să se îmbrace singuri și să ajungă la dulapul cu mâncare, ei își câștigă independența, dar nu sunt niciodată în afara unui context intern și extern.

Uneori uităm conexiunea și este suficientă o boală sau o transgresiune socială pentru a ne reaminti de constrângerile fizice sau instituționale care sunt exercitate asupra comportamentului nostru.

Mediul ambiental (ambianța)

Cercetările având la bază teoria tranzacțională referitoare la dezvoltarea copilului evidențiază utilizarea de către copil a capacităților biologice pentru a câștiga experiență. În

mod reciproc se evidențiază rolul experienței în modelarea competențelor copilului, dar s-a acordat extrem de puțină atenție modului în care este organizată experiența.

Educatorii au acordat o foarte mare atenție dezvoltării curriculum-ului educațional: psihologii s-au concentrat pe planurile comportamentale și modificarea lor, dar organizarea acestor experiențe a fost lăsată în seama sociologilor și antropologilor.

Așa cum organizarea biologică reglează rezultatele fizice ale fiecărui individ (genotipul), organizarea socială reglează căile prin care ființa umană se integrează în societatea ei. Această organizare operează prin intermediul familiilor și modelelor de socializare culturală și au fost postulate spre a constitui „tipul ambiental” analog genotipului biologic (Sameroff, 1985; Sameroff & Fise, 1990).

Acest „tip ambiental” este compus din subsisteme care intră în tranzație nu numai cu copilul, ci și fiecare între ele. Astfel, la fiecare moment de timp, acesta poate fi conceptualizat independent de copil. Schimbările în abilitățile copilului în dezvoltare sunt ținte importante pentru schimbări reglatorii de-a lungul întregii vieți care contribuie la evoluția unei „agende de dezvoltare” în care fiecare cultură situează limite în timp pentru achizițiile cruciale.

Pentru copilul mic, organizarea mediului conține factori culturali, familia și părintele ca figură de atașament, fiind reglatori majori, așa cum pentru copiii mai mari, grupurile de aceeași vârstă și școala le reglează comportamentele.

Aceste coduri sunt în interrelație ierarhică aflate în evoluție și care influențează copilul.

Experiența în dezvoltarea copilului este parțial determinată de:

- credințele, valorile și personalitatea părinților,
- stilurile de interacțiune a familiei și istoria transgenerațională a acesteia,
- socializarea credințelor, controlului și suporturile culturii.

Reglarea dezvoltării la fiecare nivel se realizează în cadrul codurilor care direcționează dezvoltarea cognitivă și socio-emoțională, astfel încât, în final, copilul va putea să intre în roluri definite în cadrul societății respective.

1.8 Predictibilitate și transformare în procesul dezvoltării

Încercările de intervenție în dezvoltare s-au bazat inițial pe modele stabile de dezvoltare a copilului. De exemplu, dacă un copil avea rezultate bune sau mai puțin bune în perioada timpurie a vieții, era de așteptat să fie la fel și mai târziu.

Cercetări longitudinale au demonstrat că majoritatea copiilor care au avut suferințe biologice nu aveau probleme intelectuale sau sociale mai târziu. S-a lansat astfel conceptul de copil invulnerabil.

Pe de altă parte, intervenționiștii credeau că determinând copiii la obținerea unor performanțe timpurii, aceasta va conduce la rezultate bune în toată copilăria și mai târziu în viața adultă.

Mișcarea pentru educația timpurie este exemplificată de programul federal al Statelor Unite ale Americii („Head start”) destinat să îmbunătățească la preșcolari competențele de învățare și cele sociale, cu expectanța că acestea vor fi menținute și mai târziu în viață.

Evaluarea (Ziegler și Trickett, 1978) într-un studiu de urmărire a găsit doar minime câștiguri în domeniul inteligenței care s-au păstrat în adolescență, dar a constatat formarea unei nevoi de participare în programe educaționale speciale pentru îmbunătățirea atitudinilor materne față de performanțele școlare (Lazar, Darlington, Murray, Royce & Shipper, 1982).

În ambele domenii, caracteristicile precoce ale copilului sunt frecvent supraestimate față de factorii de context ambiental ai dezvoltării.

Când familia și variabilele culturale au promovat creșterea și dezvoltarea sănătoasă, copiii cu complicații perinatale severe au fost greu de distins de ceilalți, fără complicații.

Când aceleași variabile au afectat dezvoltarea, copiii din programele de intervenție preșcolare excelente au prezentat ulterior deficite severe cognitive și sociale.

Competențele comportamentale sunt produsul unui individ (nu luat singur, ci) în combinație cu experiențele sale. Pentru a fi predictivi cu privire la rezultate, nu trebuie să ne centrăm pe caracteristicile individului, ci trebuie să adăugăm analizând și evaluarea experiențelor oferite copilului.

Factorul cultural

Componentele codului cultural au diferite caracteristici care organizează sistemul societății respective de creștere a copilului, încorporând elemente ale socializării și educației.¹¹

Aceste procese sunt înscrise în seturile controlului social și a suportului social, bazate pe credințe care diferă ca pondere în comunitatea ce le susține, le ordonează ca norme și moravuri, mode și curente.

A elucida întreaga gamă a procesului reglator cultural relevant pentru dezvoltare nu face obiectul acestui capitol, ca urmare încercăm doar ceea ce literatura și însuși Sameroff oferă ca exemplu.

În general specia umană are caracteristici biologice asemănătoare, dar multe culturi ignoră statusul biologic. În cele mai multe culturi educația formală începe la 6-8 ani (Rogoff, 1981), când copilul are abilitatea cognitivă de a-și structura experiențele și a învăța din ele.

Educația informală poate începe la vârste extrem de diferite, în funcție de ceea ce atribuie cultura respectivă copilului.

Digo și Kikuyu sunt două culturi din Africa de est care au credințe diferite despre capacitățile copilului (De Vries & Sameroff, 1984).

Cei din tribul Digo cred că sugarul poate învăța de la câteva luni după naștere și inițiază socializarea în această perioadă, în timp ce celălalt trib așteaptă până în cel de-al doilea an de viață, când consideră că educația serioasă poate începe. În unele zone din America de Nord părinții cred că experiențele prenatale au consecințe în dezvoltarea cognitivă ulterioară a copiilor.

Tendința unor programe americane de a combate sarcina la adolescente este criticată de Sameroff pentru că vine în contradicție cu factorii individuali și cu codul cultural care definește maturitatea, relațiile de familie și modurile de socializare având maternitatea ca ingredient. În asemenea instanțe, a focaliza problema ca având originea doar la nivel individual, pare o mare eroare de interpretare.

Factorul familial

Ca și codurile culturale care reglează ajustarea între indivizi și sistemul social, codul familiei organizează indivizii în cadrul sistemului familiei.

Codurile familiei oferă o sursă reglatoare care permite grupului de indivizi să formeze o unitate colectivă în relație cu societatea ca întreg.

Asemenea codului cultural care reglează dezvoltarea individului spre a-i permite încadrarea într-un rol social, codul familiei reglează dezvoltarea spre a produce membri care să îndeplinească roluri în cadrul familiei, iar în final să fie capabili să introducă noi membri într-un sistem de împărțire a acestora. În mod tradițional, noii membri sunt încorporați prin naștere, căsătorie sau, mai recent, recăsătorire.

Familia reglează dezvoltarea copilului printr-o varietate de forme care diferă ca grad de reprezentare explicită. Familiile au ritualuri care prescriu roluri; istorii care transmit orientări pentru fiecare membru al familiei ca și pentru oricine se supune; împărtășesc mituri care influențează interacțiunile indivizilor și paradigme comportamentale care schimbă comportamentul indivizilor în prezența altor membri ai familiei.

Reiss (1989) a comparat gradul în care aceste forme reglează comportamentul familiei prin recomandări explicite (cunoașterea regulilor familiei pe care în mod conștient le are fiecare membru) cu gradul în care comportamentul fiecărui membru este reglat de o practică comună (comportamentul membrilor familiei când aceștia sunt împreună). Cele mai frecvent reprezentate normative sunt exemplificate prin ritualurile familiei și paradigmele acesteia. La nivel intermediar sunt miturile și istoriile.

Eforturile de cercetare au fost făcute doar pentru a explora natura exactă a acestor forme și modul în care sunt transmise comportamental printre membrii familiei și modul de reprezentare la nivel cognitiv.

Factorul individual

Indivizii operează ca parte din familie fără a avea conștiința că orice schimbării ale comportamentului lor în contextul sistemului familial poate schimba interacțiunea familială.

Datorită multiplelor nivele complexe determinate, părinții își aduc contribuția mai mult decât copiii la funcționarea sănătoasă a sistemelor și la procesul de schimbare în dinamică.

În cadrul reglementărilor socializării încorporate în codurile culturale și familiale, interpretările individualizate pe care le face fiecare figură parentală sunt condiționate de participarea fiecăruia dintre aceștia în trecut, în propriile familii la interacțiunile encodate, dar ele sunt reținute în mod unic de către fiecare membru al familiei.

Aceste influențe individuale anticipează răspunsurile fiecărui părinte pentru fiecare copil. Gradul de sănătate mintală sau patologia încorporate în aceste răspunsuri sunt bine descrise de literatura clinică. Amintim aici doar exemplul de referință în literatura de specialitate, de orientare psihanalitică discutate în cartea "The ghost in the nursery"

În termenii dezvoltării, Selma Freiberg și colegii ei au oferit descrierea atribuțiilor pe care le aduc cu ei părinții din experiența lor în familia de origine. Aceste „fantome“ ale unor conflicte nerezolvate s-au dovedit a fi „în mod specific dăunătoare, în funcție de momentul istoric sau conținutul topic al achizițiilor abilităților care se referă la arii ca hrănirea, somnul sau obținerea controlului sfincterian și disciplinării, fiind dependente de vulnerabilitățile și trecutul parental“ (Freiberg, Aderson & Shapiro, 1975, p. 46).

Psihopatologia parentală a fost de mult recunoscută a fi un important factor cauzal care contribuie la un statut de dezvoltare precară al copiilor.

Deși suntem conștienți de această influență, trebuie să fim plini de grijă în atribuirea efectelor contextului în care comportamentul parental își are rădăcinile, ținând cont de codurile familiale și culturale.

Este important să recunoaștem părinții ca agenți reglatori majori ai dezvoltării copilului, dar este de importanță egală să recunoaștem că acest comportament parental este el însuși înscris în contextele reglatorii.

1.9 Abordarea sistemică a reglării și dezvoltării

Înțelegerea procesului dezvoltării presupune aprecierea tranzacțiilor între indivizi, aspectele biologice innăscute și rezultatul interacțiunii continuu cu socialul. Continuitățile și discontinuitățile reprezintă o întâlnire funcțională a trei sisteme numite de Sameroff (1985) genotip, fenotip și ambientip.

Genotipul reprezintă un sistem organizat și reglat biologic.

Sistemul ambiental reprezintă codul familial și cultural care reglează oportunitățile de dezvoltare aflate la dispoziția individului.

Fenotipul sau, în acest caz, persoana ca individ, se află în tranzație pentru dezvoltarea sa atât cu genotipul cât și cu ambientul pentru determinarea statusului individual în orice moment din timp.

Presupunând că cele trei sisteme sunt în stare de echilibru, putem avea expectanța continuității performanțelor.

Atunci când sistemele sunt supuse reorganizărilor, acest fapt are drept corespondent reorganizarea dezvoltării în sine.

Definiția dezvoltării ca model al adaptării la perturbări este conținută în teoria generală a sistemelor.

Perturbarea este ubicuitară, atât în procesele normale, cât și în cele anormale de creștere. În dezvoltarea normală, sub aspect biologic se cer reorganizări adaptative ca răspuns la schimbările fizice, cum ar fi achiziția mersului sau adolescența.

Din punct de vedere ambiental, asemenea reorganizări încep cu adaptări relativ simple, care se cer a fi efectuate de câte ori mama părăsește încăperea și progresează spre depășirea unor perturbări mai serioase, produse de faptul de a fi școlar și apoi absolvent.

Aspectele innăscute individuale și cele achiziționate de la „celălalt“ sunt luate în considerare cu mai mult sau mai puțin succes, fie în căutarea oportunităților de a-și utiliza capacitățile, fie în alimentarea capacităților de a întâlni oportunitățile.

Într-o dezvoltare care nu corespunde normelor, clinicianul trebuie să aprecieze care sunt părțile care lipsesc, capacitățile sau oportunitățile.

Plasticitatea mediului ambiental, permite compensări reglatorii în domeniul fizic (scaun rulant pentru mers), în domeniul cognitiv (limbajul semnelor pentru surzi sau pentru retardații mintal), iar în domeniul socio-emoțional, învățând părinții să fie responsivi față de copilul mic.

Pe de altă parte, aceeași plasticitate a mediului ambiental poate interfera dezvoltarea, lăsând loc de „adaptare“ și părinților abuzivi, în condiții de absență a resurselor în îngrijirea copilului, nerecunoașterii nevoilor educaționale datorită situației lor la un nivel economic, sexual sau rasial dincolo de limitele considerate admisibile umane.

Din perspectiva dezvoltamentală descrisă aici, trebuie să privim progresele copilului încorporate în relație cu contextul fizic și lumea socialului în care clinicienii pot juca un rol important. Oricum, pentru a fi de succes în această poziție, cei ce intervin trebuie să înțeleagă că nu numai încorporarea, dar și multiplele surse de reglare afectează procesul dezvoltării.

1.10 Integrarea conceptelor asupra dezvoltării

Conceptele discutate până acum pot să pară la prima vedere a fi separate. La o privire mai atentă, ne dăm seama că ele interacționează în mod direct. A devenit evident că atașamentul este un aspect important pentru dezvoltarea unui copil. Se poate spune că un atașament sigur stabil devine baza sigură de la care un copil poate începe să exploreze lumea. După mai mulți autori, abilitățile cognitive ca și alte arii de dezvoltare sunt corelate cu stabilirea unui atașament sigur (Morison al., 1995; Fahlberg 1976, 1991).

Acest atașament sigur nu doar permite unui copil să evolueze în procesul vieții, dar și să se întoarcă la persoana de care e atașat în timpul unor perioade sau evenimente stresante "prezența sau absența figurii de atașament face o mare diferențiere în perceperea intensității fricii" (Fahlberg, 1976, p. 3). Fahlberg afirmă că nesiguranța disponibilității figurii de atașament duce la creșterea susceptibilității și cel mai înspăimântător lucru devine separarea de figura de atașament. Când cineva e convins că o figură de atașament e disponibilă oricând el dorește, va fi mai puțin predispus la indispoziție și iritare cronică și de durată după separare.

Deși relația dintre dezvoltare și stres e mai puțin importantă aici, acestea se corelează cu performanțele la nivel școlar, de învățare, comunicare, fizică, adaptativă ulterior și la

rândul lor se poate aștepta în mod normal să coreleze în anumite circumstanțe, în mod negativ cu experiențele stresante în timpul separării.

Copilul poate folosi mai multe strategii pentru a depăși problema separării. Acestea pot avea conținuturi fizice (de exemplu merge spre persoana de atașament în loc să aștepte), sau îmbunătățite prin comunicare (solicită explicit prezența adultului în loc să se exprime doar prin plâns).

Aceasta ne conduce spre un alt concept: "responsivitatea senzitivă". Acest concept este unul din cele mai importante ale teoriei atașamentului (Ainsworth și al. 1971; Fahlberg 1991). Responsivitatea senzitivă se referă la calitatea comportamentului mamei sau a persoanei de referință față de copil. Comunicându-și nevoia, copilul influențează abilitatea mamei sau a îngrijitorului de referință de a reacționa senzitiv. "Sistemul de îngrijiri senzitive, în care figura parentală (de obicei mama) reușește să înțeleagă corect semnele copilului și să-i răspundă adecvat nevoilor lui de liniștire a stărilor de stres, într-un continuu de îngrijiri pline de afecțiune structurează în diadă un sistem de atașament sigur" (V.Stan, *Atașamentul-de la teorie la practică*-1998, p. 59).

CAP. II UN NOU MOD DE ABORDARE A MICII COPILĂRII PRIN PRISMA TEORIEI ATAȘAMENTULUI

2.1. Influența factorilor de mediu asupra dinamicii formării sistemului de atașament

Stimulul element primordial

Nevoia de atașament face parte dintre nevoile de bază ale ființei umane, este înăscută și are drept scop supraviețuirea. Ea intră în competențele destinate adaptării nou născutului, incluzând capacitatea de reacție la mediul animat și inanimat, care constituie premiza dezvoltării sale emoționale ulterioare.

Reflexele arhaice, imitarea mimicii, în combinație cu factorii de mediu conduc la structurarea primelor scheme de "a fi în lume" și a fi "cu celălalt". Dezvoltarea din viața intrauterină a capacității de a recunoaște vocea mamei, de a reacționa sincron cu mama la stres și de a recunoaște senzorial stimuli din mediul extern constituie competențe ale nou-născutului.

Interacțiunea genotipului cu factorii de mediu: stimuli, persoana discriminată și nișa de protecție duc la formarea matricei primare de atașament.

Stimulii pozitivi: miros specific al mamei, gustul laptelui matern, vocea umană modulată recunoscută, figura umană (linii ondulate, punct, expresivitatea mimico-posturală, contactul tegumentar și temperatura corpului uman), sunt stimuli purtători de mesaj în comunicarea nonverbală, având o importanță maximă în perioada primelor 5 săptămâni. Unii vin ca răspuns la semnalele, la început nedirecționate, ale copilului către persoana care acordă în mod preferențial îngrijiri, transformând-o astfel în figură discriminată. Aceasta la rândul ei, îi confirmă aspectul pozitiv, de liniștire și asigură confortul copilului, starea de seninătate, calm și plăcere resimțită alături de sugăr. De la 6 luni, odată cu posibilitatea de a se târî sugărul devine parte activă în căutarea proximității cu persoana care îi validează trăirile, în mod senzitiv. Astfel persoana discriminată a devenit o referință constantă și are semnificația de bază sigură de atașament la care copilul revine în caz de percepere a necunoscutului ca un potențial pericol.

Nișa securizantă s-ar defini prin asigurarea unui spațiu în care nivelul de stres perceput de copil e minim atât prin faptul că-i permite o explorare interesantă stimulativă, cu stimuli pozitivi, interesanți pentru constituirea unei matrici de atașament sigur. Prin repetări și experiențe succesive, se structurează în scheme comportamentale, care asigură formarea unui sistem coerent, cu semnificații clare pentru partenerii în interacțiune, generând la copil un tip de atașament clasificat drept *sigur*.

Stimulii negativi: mirosul de nerecunoscut (transformat de parfumuri diferite), gustul mereu schimbat al formulelor de lapte praf, vocea umană nemodulată la frecvențe prea înalte, alarmante sau extrem de joase înfricoșătoare sau percepute prin instrumente audio, figura umană imobilă, cu privire direcționată "alături" (absența contactului din priviri) contact uman interferat (de geamuri de protecție, măști, mănuși, instrumente de explorare medicală), obiecte (jucării) complicate interpușe în interacțiune, alcoolemia mamei (transferată transplacentar și apoi prin lapte) sau drogurile distorsionează modalitatea de a reacționa, de a percepe și decoda semnalele copilului de către adult și invers limitând capacitatea copilului de a-și da seama de el însuși și de alții.

Absența fizică a persoanei care acordă îngrijiri sau incoerența și inconsistența stimulilor, impredictibilitatea cu care îl invadează sau îl lasă în așteptare, oscilațiile de intensitate, imprevizibile ale stimulărilor, bruschețea manipulărilor sau absența oricărei atingeri, creează un haos în interpretări care nu lasă loc sistematizărilor și decodărilor necesare conducând la formarea unei matrici de atașament nesigur sau dezorganizat. Răspunsul haotic, nestructurat, negativ crește sistemul de alertă și stresul resimțit de copil.

Spațiul de mișcare limitat și resimțit ca restrictiv, are drept consecință diminuarea posibilităților de explorare, și va conduce la întârzierea în achiziția deprinderilor de a se târî și a veni în contact cu alți stimuli.

Nișa de habitat neinteresantă pentru explorare include și absența culorii, formelor, texturilor și gusturilor diferite. Monotonia acestei nișe, persistența dezorganizării, în fața mării nevoi de stimuli *determină îndreptarea atenției copilului spre propriul corp într-un mod repetitiv pentru autoexplorare, în distonanță și neselectiv*. Concomitent pe măsura creșterii deprinderii și a nevoi de stimuli în acest spațiu care barează drumul spre explorare se ajunge la comportamente stereotipe de autostimulare, cum ar fi *offensa capitis* sau alte stimulări dureroase care par să interfereze sistemul de apărare individual.

Absența unei figuri umane de feedback emoțional sau modalități haotice de producere a stimulilor, nu determină pentru copil nici căutarea proximității, nici interpretarea corectă a

pericolelor, fapt care conduce la o matrice de atașament de tip nesigur sau dezorganizat, în funcție de durata și intensitatea cu care acționează acești stimuli.

Pentru supraviețuire și adaptare e necesară prezența unor stimuli care la început sunt nespecifici, indiferenți. În caz de repetare a acestora cu o anumită constanță, sugarul reușește să discrimineze între stimuli care răspund pozitiv nevoilor lui de confort și liniștire și cei negativi cu semnificație de disconfort.

În caz de percepere a unor semnale de pericol (amenințare) și stres se declanșează căutarea proximității cu figura de atașament, care printr-un proces de codificare devine monitor care confirmă sursa de semnale de alarmă sau dezamorsează starea prin semnale liniștitoare, în funcție de experiența câștigată anterior în diadă.

Prima fază de înțelegere (codificare) a informației presupune:

- a) Proximitatea față de figura de atașament
- b) Existența semnalelor de pericol
- c) Răspunsul predictibil (probabil) al figurii de atașament
- d) Competența Eu-lui

Competența Eu-lui presupune în comportamentul din sistemul de atașament *sigur*, faptul că semnalele adultului au fost în concordanță cu senzațiile proprii ale copilului, deci adultul a avut capacitatea de a "citi", de a decoda corect semnalele copilului și a reușit să se situeze adecvat în locul acestuia spre a percepe nișa și stimuli din ea din perspectiva copilului. Vorbim astfel de un transfer de competență a *eu-lui* dinspre adultul autonom, către copil, într-un sistem comprehensibil, cu sens. Adultul demonstrează că e disponibil spre a răspunde în mod coerent și consistent copilului.

Daniel Stern utilizează termenul de acordaj afectiv spre a descrie comportamentul adultului senzitiv, care folosește mimica și gestică în comunicarea empatică și o dublează sonor, cu vocalizări adecvate tonusului copilului în situația respectivă, spre a-l ajuta pe copil în primul rând să își repereze, să pună un nume, să-și clasifice și să își ordoneze trăirile proprii, ținând cont de faptul că adultul le-a perceput drept concordante sau discordante cu situația. Are loc astfel o oglindire, o captare tip monitor cu transmitere mimico-gestuală și sonoră în același timp pentru a da semnificație stimulilor, apoi o redare către copil.

A doua fază, de restabilire a scopurilor proximității față de figura de atașament se poate face direct prin *interacțiune* constantă care consolidează până la 2 ani un anumit tip de comportament.

Faza a treia presupune valorizarea acelor alternative care au fost de succes în atingerea scopurilor stabilite (de securizare și confort) în fazele anterioare.

Faza a patra se caracterizează prin selectarea comportamentelor optime cu răspuns planificat care vor rămâne revizibile prin feed-back și prin exersări ale matricei de atașament în cadrul nișei *percepută* ca securizantă sau la polul celălalt insecurizantă.

Atașamentele care se stabilesc în cadrul interacțiunilor oferite de figura de atașament accesibilă sau nu, localizată într-un spațiu securizant sau insecurizant, ne permit să afirmăm că pornind de la nevoia de a se atașa a copilului pentru o proximitate protectivă, sugarul în funcție de factorii de mediu învață să decodeze și să treacă prin filtrul propriei discriminări stimuli și interacțiuni cu semnificații care să confirme sau să infirme justetea propriilor senzații.

Comportamentul de căutare a proximității (atunci când capacitățile, abilitățile și calitățile copilului o permit) se diversifică, are răspunsuri din partea adultului și se structurează pe baza matricei primare de atașament în atașamente clasificate drept: A) sigure, B) nesigure-evitante și C) nesigur-rezistente sau D)dezorganizate.

Capacitatea de atașare în funcție de factorii de mediu

Teoria atașamentului stipulează căutarea proximității adultului protectiv și presupune prin definiție, o diadă adult-copil aflată în *interacțiune*.

Ei formează în această interacțiune o legătură, numită *legătura de atașament* asupra căreia ne îndreptăm atenția. Calitatea acestei legături/relații este dată de modalitățile ei de formare și are tendința de a se permanentiza în cadrul cuplului amintit, pentru securizare când devine *sistem de atașament*.

Relațiile de atașament sunt inițiate de adultul care percepe atât stimulii din mediu (în semnificația lor) cât și efectul lor asupra copilului prin semnalele acestuia. Prin capacitatea de a se pune în locul copilului (empatie) dă semnificație și ("explică", "traduce", "decodează" într-o comunicare nonverbală dintr-un sistem senzorial în altul uneori) caracterul pozitiv sau negativ al acestora pentru sugar și îi redă informația procesată.

Pentru crearea unui sistem de atașament însă cei doi parteneri trebuie să participe activ în mod comprehensibil unul pentru altul.

Interacțiunea, necesitând *acordaj* afectiv (la început mai ales din partea adultului), presupune integritatea senzorială a celor doi (comunicare din priviri, atingeri, poziții confortabile în contact strâns, recunoaștere reciprocă prin mirosuri, gusturi) care legate de prezența reconfortantă dă sensul "împărtășirii" (sharing / plaisir partage) și deconectează sistemul de alertă (de perceperea pericolelor).

Repetarea experiențelor de acest tip în condiții de stres minim, în același context ambiental care să permită celor doi o reală stare de bine, permite conținerea temerilor (senzația ambilor de a fi în controlul situației) și permite din punct de vedere afectiv explorarea unor noi domenii. Sugarul dă semnificație discriminativă persoanei ca "monitor de încredere" a ceea ce simte prin toate simțurile și ordonează senzațiile fiind mereu asigurat că percepțiile sale pot intra cu gradele de intensitate "măsurate" prin expresia mimico-gestuală a acestuia. Pentru a înțelege specificitatea relației facem apel la o situație extremă. Dacă unul din partenerii relației de atașament are de exemplu afectate unul dintre sistemele senzoriale (auz, văz, miros, gust) dar motivația de a-l face pe celălalt să împărtășească același lucru e suficient de puternică, respectând nevoile *celuilalt*, timpul necesar ajustării poate crește sau modalitățile diferă de cele "clasice" dar confortul emoțional, găsit cu răbdare, după eforturi comune și cu specificitate crescută dă amprenta specială acestei relații, făcând-o *unică*.

Această unicitate resimțită se imprimă în ceea ce regăsim sub numele de matrice de atașament. Matricea de atașament prin rolul ei de a da repere stabile în stabilirea strategiilor pentru atingerea stării de confort în caz de pericol (noutate, stres, etc.) devine punctul de orientare în mediul înconjurător. (A-ți da seama de tine însuși și de alții din jur).

Este necesar un cumul de stimuli care să se exercite într-o anumită nișă prevăzută cu elemente de securizare și scădere a stresului dar suficient de interesantă pentru explorare motivată, ca în interacțiune mediată securizant copilul să-și valorizeze alternativele comportamentale pentru atingerea scopurilor stabilite.

Un adult, el însuși cu un sistem de atașament sigur dobândit în interacțiune cu proprii părinți într-o nișă stabilă are toate șansele să transmită același tip de atașament copilului (vom reveni la transmiterea intergenerațională a tipurilor de atașament).

Atunci însă când condițiile de mediu sunt anxiogene, stimulii din jur obiectiv pun în pericol copilul sau adultul și îi amenință cu separarea (nașterea cu probleme, prematuritate sau boală cu nevoile de a interpune instrumente dureroase, incubator, accidente sau răniri în catastrofe), îl pun pe copil în situația de pericol fără a mai putea găsi prezența figurii de atașament, care să facă explicită avalanșa de stimuli sau nu poate percepe confortul din cauza lucrurilor și evenimentelor care se interferează între ei. Adultul el însuși simte și exprimă autentic pericolul iminent pe care îl percepe pentru copil. Atunci și mecanismele de liniștire puse în joc sunt eficiente doar parțial pentru că el însuși se află în dificultate și "nu în controlul situației". Dacă reușește să le comunice corect copilului, acestea au potențialul de a-l reconforta parțial doar pe copil, în sensul că prezența persoanei de atașament îi confirmă că ceea ce simte e real dar pericolul din mediu îi alarmează pe amândoi, nu îi lasă să-și

2.2 Matricea primară de atașament

Este după cum rezultă din cele de până acum cea care amprentează copilul în modul de a interpreta lumea.

Secvențierea, orientarea în spațiu, atenția și concentrarea direcționată, răspunsurile motorii reglate în funcție de afect, integrarea și organizarea interioară a stimulilor în relație cu rezoluția stării de alertă percepută în condiții de stres, toate sunt demonstrate ca făcând parte din circuitul orbito-prefrontal și mai târziu în dezvoltare vor fi procesate cognitiv către nivelul superior al funcțiilor mediate de cortex frontal și responsabil de procesarea funcțiilor *eu-lui*.

Bazele neurobiologice ne îndreptătesc să afirmăm că funcționalitatea matricii primare de atașament e absolut necesară pentru integrarea individului într-un sistem, numit sistemul de atașament.

Pentru funcționarea sa în social, individul are nevoie de un sistem de a se raporta la sine și la alții care prin evoluția speciei, existențial și biologic derivă din sistemele primare de apărare. Acestea presupun prezența celui alt, a persoanei de atașament în care se poate sau nu avea încredere pentru securizare în măsura în care individul face experiența afectivă de a fi securizat sau nu în raport cu ea.

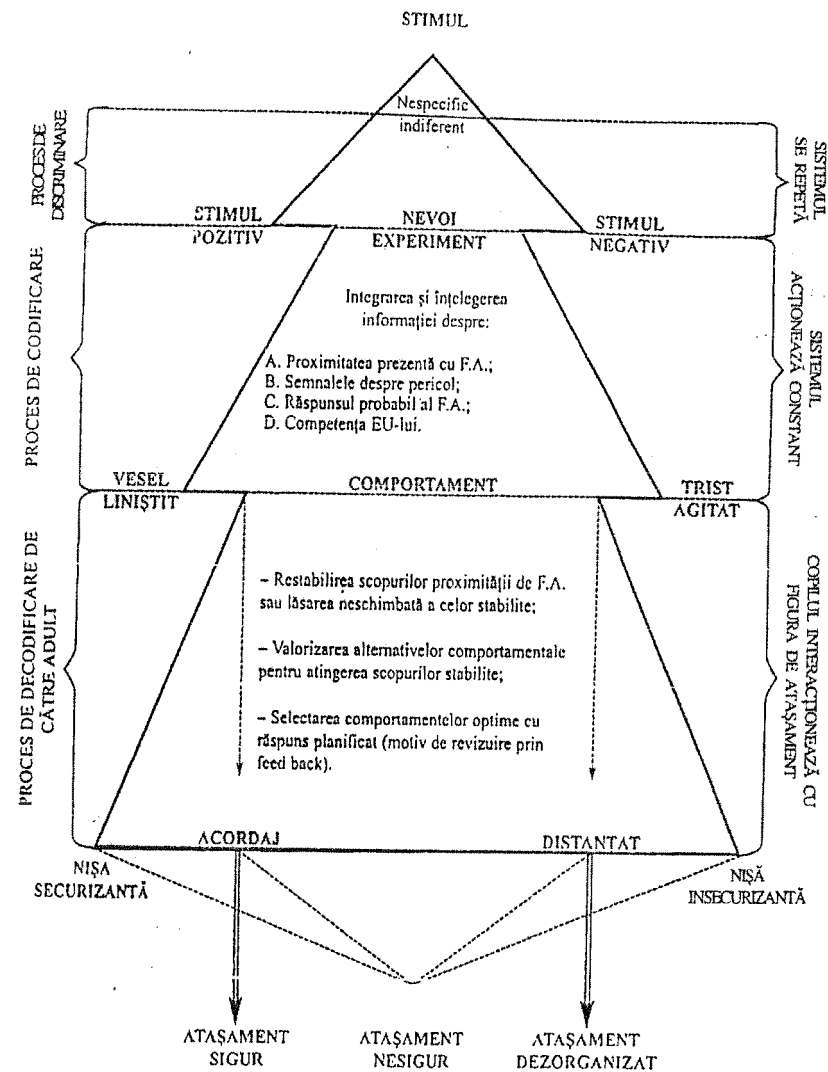
După acest "tipar" al relației se vor croi în viitor relațiile cu cei de aceeași vârstă apoi cu partenerul de sex opus (care presupune un grad de intimitate și satisfacție securizantă) și din nou (poate cel mai important pentru domeniul de care ne ocupăm), se va transmite în generația următoare prin relația cu copilul.

Exprimarea matricii de atașament ajunge să se exteriorizeze, după cum spuneam, în situații de stres în mod evident. Atunci căutăm proximitatea protectivă prin țipăt, plâns, agitație motorie sau când ne putem deplasa prin târâre, mers sau alergare către figura de atașament care suntem încredințați că are capacitatea să detensioneze situația (devenită alarmantă, îngrijorătoare). Odată realizată proximitatea, deci odată atins țelul se poate deconecta dintr-o stare devenită insuportabilă. Pentru aceasta avem însă nevoie de înțelegerea conceptului de stres în relație cu atașamentul.

Conceptul atât de popular în zilele noastre a îmbogățit diagnosticile DSM-IV cu formularea Sindromului de stres post-traumatic care grevează nonvulnerabilitatea și a declanșat cercetări în biochimie, medicină care complică și mai mult definiția.

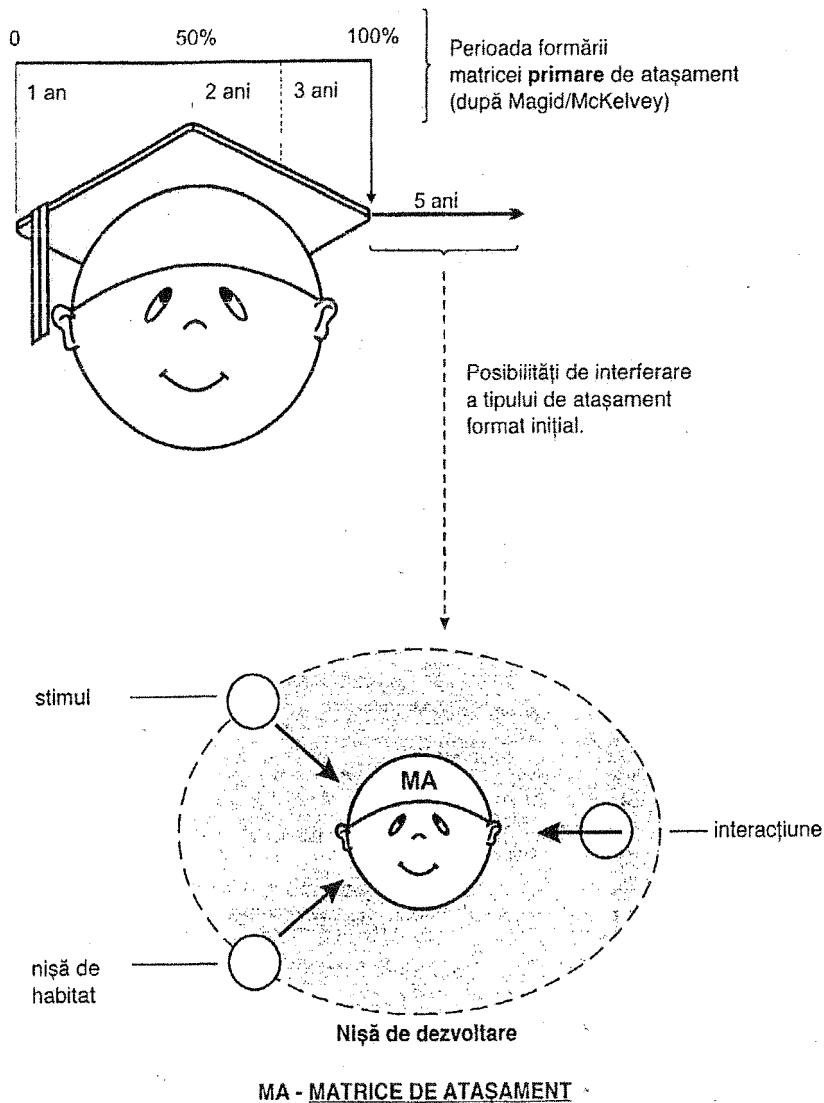
Din punctul de vedere care ne interesează trebuie să-l descriem ca pe un proces cu 4 stadii care poate fi urmărit schematic în figură (adaptată după Mitchell 1992):

Prima fază: mediul social sau fizic adresează niște cerințe obiective individului.



MATRICEA PRIMARĂ DE ATAȘAMENT

PERIOADA FORMĂRII MATRICEI DE ATAȘAMENT



Faza a II-a este cea a receptării, în care individul percepe, apoi, recunoaștesemnalulsau situația și se alertează, acceptă nivelul cerinței (cerințe subiective).

Al III-lea stadiu este cel al *răspunsului* individual la o cerință subiectivă care i se pare normală sau străină, stranie. Acest răspuns angajează domeniul fiziologic (vegetativ simpatic și parasimpatic cu modificări respiratorii, cardiace, psihologice cuantificabile prin metode specifice, (vezi capitolul de metodologii moderne cu Strange Situation Q sort, Adult Attachment Interview).

În final în stadiul IV, *consecințele* răspunsului individual și ale mediului sunt receptate procesate, interpretate în contextul experienței și servesc prin feed-back la selectarea comportamentelor optime cu răspuns planificat care se revizuiesc mereu prin feed-back.

2.3 Rolul nișei de dezvoltare în formarea atașamentului la copil

Primele experiențe ale copilului depind de modul în care este structurat mediul său înconjurător.

Pentru a conferi specificitate acestui mediu (cultural, în particular), Super și Harkness (1986) au folosit conceptul de „nișă de dezvoltare“.

Conceptul este descriptiv și oferă un cadru de analiză care permite diferențierea proceselor de dezvoltare într-un mediu dat. Mediul face referință aici la obiecte și locuri la care copilul are acces, la răspunsurile și reacțiile anturajului, la activitatea autonomă sau efectuată la cererea adulților. Acest ansamblu de elemente variază sistematic în funcție de vârsta copilului și de ceea ce se așteaptă de la acesta de către cei din anturaj.

Orice nișă de dezvoltare se definește prin:

- mediul fizic, climatul și mediul social
- reprezentările și etnoteoriile asupra competențelor, inteligenței, dezvoltării și educației
- obiceiurile și tehnicile de creștere a copilului, modalitățile de interacțiune între adult și copil în cursul activităților cotidiene.

Conceptul pune accent pe interferența diferitelor aspecte, conferind specificitate mediului unde se organizează experiențele copilului. Nișa permite sublinierea aspectului evolutiv al acestui mediu de viață ale cărui componente (în funcție de diferite criterii, ca: vârsta apariției competențelor, momentul propice începerii unei învățări și încrederea în posibilitățile copilului de a influența anumite aspecte din procesul învățării) se pot transforma pentru a răspunde progresiv acestor nevoi.

Mediul fizic și social al copilului grupează:

- caracteristicile materiale, fie că sunt naturale, fie construite (geografice, de habitat, obiecte disponibile),
- organizarea socială-familia nucleară sau lărgită, regruparea pe criterii de vârstă sau sex etc.

Toate aceste date vor structura experiențele copilului.

Etnoteoriile sau reprezentările culturale ale competențelor, influențează semnificativ comportamentul adultului în fața copilului și, în consecință, comportamentul copilului însuși. Cronologia practicilor educative va fi larg definită prin modalitatea în care adultul își reprezintă copilul și expectanțele pe care le are de la acesta.

Studii conduse în acest sens au arătat că există diferențe între culturi după tipul de competențe pe care adulții le încurajează la copil, vârsta la care ele trebuie achiziționate și nivelul de stăpânire pe care copilul trebuie să-l atingă (Hess & colab., 1980; Ninio, 1979; Keller & colab., 1984) în normele de dezvoltare ale acelei culturi date.

Metodele de creștere și educație legate intim de elementele precedente, organizează direct situațiile de învățare și condițiile de exersare.

Whiting (1981), într-o analiză a repartițiilor geografice ale modului de a purta sugarul și copilul mic, a arătat că ele depind și de condițiile climatice.

Purtatul în leagăn corespunde statistic zonelor unde temperaturile iarna, coboară sub $10^{\circ} C$. indiferent de continent (american, european sau asiatic).

Purtatul într-o pânză, de tip african, se situează în zone unde iarna temperaturile depășesc $10^{\circ} C$, deși se pot cita excepții în nordul Africii sau la eschimoșii din nordul Canadei.

Simplul fapt de a utiliza un mobilier ca masa înaltă (Europa), sau lucrul direct pe sol (Africa sau Asia) conduc în viața cotidiană la orientarea unui număr de experiențe posturo-motrice ale copilului, care presupune primordialitatea acordată nevoilor adultului sau ale copilului !!

Multe obiceiuri culturale care privesc mica copilărie sunt legate de caracteristicile mediului fizic natural sau artificial: nișa de habitat, mobilierul domestic, obiceiurile vestimentare, modalitățile de deplasare etc.

Describe adesea de etnologi, aceste elemente intervin indirect, facilitând experiențe specifice pentru copilul mic.

Interesată de aceste aspecte, am urmărit direct în diferite țări europene și state ale Americii, cât și în montaje video oferite de Institutul pentru Dezvoltarea Copilului și

Bibliotecile de Cercetare ale Universității Minnesota, Columbia și la un muzeu al copilului în Olanda într-o manieră comparativă, modul de acordare a îngrijirilor corporale (baia, suptul), obiceiuri și tradiții în creșterea copilului: modul de a purta copilul, învățarea controlului sfincterian sau situații de joc, pentru a putea extrage parametrii de mediu cu rol în orientarea copilului. Am acordat o atenție specială experiențelor de împărtășire a intimității, de construire a siguranței de sine și încrederii în celălalt și favorizării capacităților exploratorii, care să faciliteze ajustarea reciprocă, atunci când copilul ar fi adoptat dintr-o cultură în alta.

În funcție de epocile istorice, nivelul tehnologiei, organizarea socială a societăților sau, mai ales, sistemul de valori (concepțiile legate de etichetarea de „succes“ și de „intelligență“), autori precum Ogbu (1981), Dasen (1985), Bril (1989, 1990, 1992), au punctat caracteristicile mediului care „orientează“ experiențele copilului.

Ilustrarea acestui fapt o găsim pertinentă în studiile lui Devreux (1949), citat de Fergusson (1964), care raportează faptul că Mohavi presupunea că încă de la naștere copilul înțelege limbajul, deci nu există „limbajul stălcit, al bebelușului“. Totuși, în cvasitotalitatea societăților, adultul își modulează nu numai discursul, dar și înălțimea, intensitatea vocii, în funcție de competențele lingvistice ale copilului (Blount, 1982).

Interesul studiilor culturale comparative este dublu: a studia, pe de o parte, variațiile experiențelor precoce ale copilului și, pe de altă parte, consecințele posibile ale acestor variații asupra dezvoltării pentru a extrage acel nucleu comun, absolut necesar unei dezvoltări sănătoase.

Fie că accentul este pus pe diversitatea contextelor și experiențelor copilului (Rabain-Jamin, 1991; Super, 1981 etc.), fie pe universalitatea experiențelor precoce (Papousek & Papousek, 1989), culturile constituie un extraordinar „laborator natural“, deși, în același timp, trebuie diferențiat cu rigoare.

Studiul comparativ sistematic al nișelor de dezvoltare a permis nu numai specificarea diversității experiențelor posibile ale copilului, dar și diferențierea în evoluția comportamentului, relevată de organizarea mediului sau de procesul însuși de dezvoltare.

O astfel de abordare ar putea evita anumite afirmații sau idei de cauzalitate care sunt emise „de la sine“ fără o bază științifică demonstrată.

Luând exemplul somnului și al controlului sfincterian, Harkness (1980) observă copiii din Kenya, punând în discuție ideea general acceptată în anumite medii americane, că mărirea duratei somnului continuu de la 4 ore la 1 lună la 8 ore la 8 luni, ar fi un bun indicator al dezvoltării neurofiziologice a creierului.

La copiii Kikuyu, datorită obiceiului de a dormi în același pat cu mama și de a fi alăptați la cerere, (obicei păstrat până târziu ca vârstă), nu poate fi observat același fenomen, cel puțin în primele 8 luni.

Această nișă de dezvoltare arată că există în alte contexte culturale, alte căi de dezvoltare, fără a se putea sugera diferențe în dezvoltarea fiziologică.

În ceea ce privește controlul sfincterian, în anumite societăți occidentale este admis ca „lege“ implicită a dezvoltării că se obține controlul înainte de 18 luni. În alte culturi, această învățare trebuie să se termine în momentul stăpânirii mersului autonom (Brill școlab., 1989; DeVries & DeVries, 1977; Jo, 1990). În aceste culturi metodele de învățare a defecării și micțiunii controlate încep din primele luni de viață. Deși merită a fi amplu discutate, exemplele sunt date aici cu scopul de a menționa că nu trebuie să considerăm copilul european sau din America de Nord drept „normă“ sau martor al singurei traiectorii posibile a dezvoltării.

Nu abordăm problema efectelor pe termen lung ale experiențelor inițiale, pentru că nu face obiectul acestei cărți, ci subliniem că în etapa actuală a cunoștințelor pe care le avem trebuie să abordăm orice intervenție precoce în domeniul miciei copilării în contextul cultural din care face parte nișa de dezvoltare. Există o mare probabilitate ca individul să-și continue desfășurarea ciclurilor vieții în aceeași zonă și cultură, care să-i ofere în același timp criterii de adaptabilitate ulterioară, având un sistem de referință de la care poate porni explorarea.

Mica copilărie constituie în majoritatea grupărilor culturale, un domeniu care nu se explică, nu se povestește. De aici și dificultatea de a formula verbal concepții pe care le putem avea despre „copilul în cotidian“, adică în afara obiceiurilor sancționate social, de ritualuri sau de medicina specifică miciei copilării.

Țările Europei și Americii de Nord „compatibilizează“ vârstele de dezvoltare cu aspectele anilor exprimați numeric. În alte culturi distingem „vârsta developmentală“. Acest termen a fost definit de Colette Sabatier într-un studiu asupra mamelor din Haiti și Vietnam, unde vârsta nu are valori numerice, ci este legată anumitor comportamente cheie ale perioadei considerate, ca de exemplu vârsta posturală (a menținerii în șezând, a primilor pași, sau vârsta apariției dentare—achiziții sau evenimente din primul an).

Stimularea posturală și motorie în cursul primului an, conceptele de „handling“ și „holding“, au fost larg dezbătute în literatură.

„Handling“ s-ar traduce în termenii lui Hopkins (1976) ca manipularea copilului în situații cotidiene: manipularea proximală senzorială a unui sugar din punct de vedere postural, motric și răspunsurile comportamentale ale corpului acestuia prin juxtapoziția celui aflat în

măinile îngrijitorului. „Stimulările formale“ sunt legate de noțiunile și obiceiurile de creștere a copilului, luând forma masajelor și gimnasticii, percepute diferit în diverse culturi (Bril, 1989; Jo, 1990; Hopkins, 1976; Reissland & Burghart, 1987; Stork, 1986).

Analiza fină a acestor manipulări face să rezulte niște principii comune: a lucra la extensia articulațiilor și buna lor funcționare, a încuraja copilul să-și învingă teama prin suspensie, să achiziționeze posturile motrice de bază ca șezând sau mergând, reprezintă concretizarea etnoteoriilor parentale referitoare la dezvoltarea motorie.

Dacă în grupul sociocultural se consideră că la prima aniversare copilul trebuie să meargă, nișa de dezvoltare va fi organizată mai mult sau mai puțin conștient, în așa fel încât să ofere copilului situații de antrenare directă, dar mai general indirectă, în vederea acestei achiziții.

Manipulările informale fac referință la maniera de a interacționa în situații cotidiene ale practicii îngrijirilor (alimentație, somn, purtatul copilului, învățarea controlului sfincterian) sau în situații de joc (interactiv, de balansare, de legănare, cântat). Aceste manipulări sunt mai larg dependente de mediul ecologic și economic al societății.

Ideea „utilizării timpului postural“ face referință la organizarea zilnică a pozițiilor unui copil de către un partener (în special în primele luni) sau poziții adoptate de el însuși.

Observațiile de tip etologic utilizând „serii temporale“ permit analiza anumitor comportamente și frecvența apariției lor.

Noțiunea de „contact“ între copil și partener acoperă realități diverse, mergând de la „contactul suport“, mai frecvent în primele luni, la un „contact de proximitate“ (copil și partener așezați alături), trecând printr-un „contact de ajutor al posturii“, care poate lua forme diferite în funcție de situațiile de interacțiune și poziții de somn.

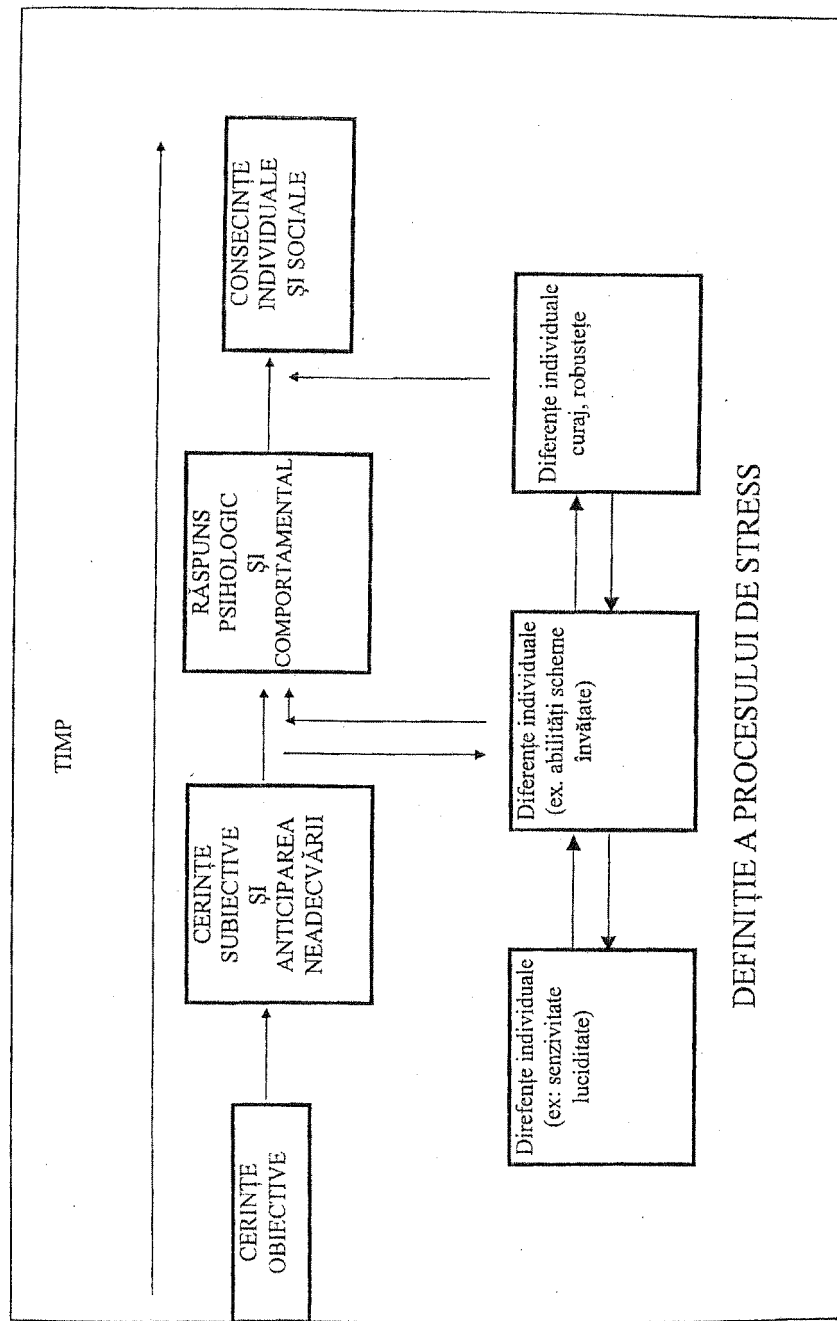
Putem constata deci o mare diversitate de experiențe ale copilului depinzând de cultura căreia îi aparține, de necesitatea gândirii experiențelor copilului în funcție de constrângerile socio-economice, climatice și subculturale ale grupului căruia îi aparține.

Problematica pusă aici în discuție se datorează cazurilor de copii confrunțați momentan sau definitiv cu dificultăți sau cu un handicap și a căror nișă de dezvoltare se găsește modificată mai mult sau mai puțin față de cea a copilului sănătos de aceeași vârstă, din aceeași cultură.

Cercetări în acest sens par indispensabile, pornind de la ipoteza că o disabilitate, indiferent care, nu numai că modifică capacitățile copilului, dar și maniera în care anturajul său va percepe acest copil, nevoile lui, dezvoltarea sa etc.

O organizare diferită a nișei de dezvoltare ar putea duce la restrângerea experiențelor din cotidian, cu repercursiuni asupra dezvoltării copilului care s-ar adăuga handicapului propriu-zis (prin supraprotecție sau stimulare subliminară sau dimpotrivă supraliminară).

Pare astfel necesar și esențial, atunci când abordăm dezvoltarea senzorio-motorie, cognitivă, socială sau afectivă a copilului, de a-l situa într-un cadru global, lărgind noțiunea de cultură la grupuri având anumite trăsături comune, ca cei din mediul instituțional (creșe, spitale) sau mediul familial cu un copil handicapat.



Transmiterea intergenerațională a tipurilor de atașament

COPIL		ADULT		PĂRINTE
ATAȘAMENT SIGUR	Fotoșește părintele ca bază sigură pentru explorare (detășare, autonomizare) (* Reconfirmat de reînțalinirea cu figura parentală e gata să repare refacă o legătură temporar interuptă/ cotează în îmbrățșare"	ATAȘAMENT AUTONOM	Asimilează în mod coerent și poate descrie experiențele proprii de atașament Flexibilitate în interacțiune Capabil de relăcerea sistemului cu scop adaptativ Procese de atașare/ detașare le face cu ușurință	Se poate descurca fără sprijin: • Independent • Autonom • Creativ în relația cu copilul
ATAȘAMENT ANXIOS AMBIVALENT (EVITANT)	Nesigur în explorare, revine sau nu, se desprinde de mamă; fără inițiativă exploratorie, rezervat, timid (* Se calmează greu, vigilent, după reînțalinire păstrează o mică barieră (mână, cot) între corpul mamei și al său *	ATAȘAMENT DEZINTERESAT (INDIFERENT DETAȘAT)	Idealizează sau ignoră experiențele cu părinții; persistă obsesiv în afirmațiile despre aceste relații Contrariat și inflexibil Evită intrarea în interacțiune Nu știe să se atașeze, nu reacționează empatic	Are nevoie de consiliere
ATAȘAMENT ANXIOS REZISTENT	Hiperkinetic, nu explorează sau o face inconsistent	ATAȘAMENT PREOCUPAT	Invađați de amintiri dureroase, supradimensionate, inconstante; incoerent Interacționează imprevizibil cu stări de frustrare și agresivitate, mânie, histrionism Nestructurat în sistemul de atașament Potențial abuziv în relația de intimitate	Are nevoie de consiliere
ATAȘAMENT DEZORGANIZAT	Explorare haotică, fără scop (* Comportament adeviziv față de străini, indiferent față de figura parentală (nu pare să le diferențieze)	ATAȘAMENT DEZORGANIZAT ("CU DOLIU ȘI TRAUME NEREZOLVATE")	Impredictibil și dezorganizat în relație Face experiențe nerealiste Face speculații fără suport Dezadaptat, potențial adictiv la drog, alcool, predispus la prostituție Personalitate "border line", psihopatic, tulburări, schizofreniformă	Nu își asumă rolul parental

* în "Strange situation"

CAP III. PERSPECTIVE ȘI METODE DE CERCETARE CLASICE ȘI MODERNE ÎN PERIOADA MICII COPILĂRII

3.1. Introducere

Specificul metodei de cercetare în psihologia micii copilării

Specificul metodei de cercetare în mica copilărie este determinat în primul rând de absența sau insuficiența dezvoltare a vorbirii. Acest factor devine într-o oarecare măsură un obstacol în cunoașterea științifică a copilului.

Înainte de 3 ani, practic, copilul nu poate fi investigat verbal. Sau trebuie să recunoaștem ca este dificil să acordăm o valoare precisă răspunsurilor verbale pe care le furnizează copilul. Datorită acestui fapt, principalele teste de inteligență, de limbaj, de maturare afectivă și de motricitate sunt etalonate și se aplică după vârsta de 3 ani.

Nou-născutul, sugarul și copilul mic trebuie studiat altfel. Cercetătorii au trebuit să dea dovadă de multă imaginație pentru a găsi metodele, căile adecvate în vederea descrierii și explicării dezvoltării copilului mic.

Un alt factor relevat de G. Malcent și A. Pomerleau este cel constatat de cercetătorii interesați de studiul capacităților perceptive sau cognitive ale sugarului și anume că în perioada micii copilării nu există decât un număr restrâns de unități de răspuns pentru a le măsura. În felul acesta, absența comunicării verbale și a unui repertoriu redus de comportamente observabile diferențiate, face impracticabile mijloacele tradiționale pentru a determina ceea ce copilul reușește să perceapă și să distingă.

Toate funcțiile psihice grupează și structurează psihomotricitatea care este în același timp și cogniție (percepție, reprezentare, inteligență), motricitate, dar și afectivitate. Din psihomotricitate se diferențiază net după trei ani funcțiile cognitive, afective, volitive, motrice.

Starea de imaturitate neuromusculară a sugarului și chiar a sugarului mic, nu-i permit să organizeze comportamente motrice coordonate ca mijloace de răspuns.

În aceste condiții cercetătorii au început să utilizeze o serie de unități de răspunsuri fiziologice relativ funcționale de la naștere. Astfel, variația ritmului cardiac, de exemplu, capătă pentru numeroși cercetători, valoare de indice a manifestării proceselor psihologice altfel inaccesibile. În felul acesta sunt studiate răspunsurile sistemului cardio-vascular la

schimbările condițiilor externe precum și la stările psihologice interne. Se studiază, astfel, manifestările adaptative ale organismului la influențele mediului extern.

Relația mamă-copil, dominant prezentă mai ales în primul an de viață, creează necesitatea investigării nu numai a copilului, ci și a relației. Copilul este integrat în această relație și nu poate fi separat fără să apară consecințe negative. La început este relația și de aceea orice metodologie am utiliza, ea trebuie să fie modelată pe relația mamă-copil. Această relație, care exprimă de fapt nevoia înăscută de celălalt, determină specificitatea metodelor și tehnicilor de cercetare în mica copilărie.

Inventarul metodelor de cercetare și clasificarea lor

Constatăm că *observarea* longitudinală și / sau transversală, în situații "naturale" a comportamentelor "spontane" a constituit mult timp singura noastră sursă de informație. Paralel cu observația au fost utilizate și o serie de alternative, printre care amintim *jurnalele* cu notații din viața cotidiană.

Cu toate că cercetătorii de azi recurg sistematic la tehnici de înregistrare și la metode experimentale uneori destul de sofisticate, totuși nu au renunțat la observație. Ea permite ca în cursul experimentelor să releve situații neprevăzute care ridică probleme noi. Legat de metoda observației s-au dezvoltat în ultimele decenii, metodele și tehnicile ethologice de investigare a micii copilării.

Plecând de la observația clasică, J. Piaget a elaborat și fundamentat "metoda clinică" care, așa cum vom vedea, combină în mod fericit observația cu experimentul.

Un loc important în rândul metodelor de cercetare și mai ales de evaluare a nivelului dezvoltării psihomotrice, îl ocupă *scările de dezvoltare* sau baby-tests, care-și propun să asigure prin validarea, fidelitatea și standardizarea probelor, caracterul obiectiv al cercetării și să introducă cuantificarea și în studiul micii copilării.

Experimentul în cercetarea micii copilării, cu întreaga tehnică electronică modernă, nu a început să fie utilizat decât în ultimii cincisprezece ani.

În mare, metodele clasice de cercetare în domeniul micii copilării pot fi grupate astfel:

- metoda observației cu alternativele sale de tipul jurnalelor zilnice;
- metode ethologice;
- metoda clinică elaborată de J. Piaget;
- scările de dezvoltare (0-3 ani);
- metoda experimentală de investigare a copilului până la 3 ani.

3.2. Metoda observației

Definire și caracteristici

Metoda observației este metoda de cercetare cea mai veche și, totodată, cea mai utilizată în studiile de psihologie a copilului mic. Aceasta utilizează în investigație *procesul observării*, care este un proces de *urmărire atentă și sistematică* a unor obiecte și fenomene propuse să fie studiate. Ea constituie, de fapt, *procesul de percepere* în activitățile de cercetare în vederea cunoașterii și este prezentă în orice metodă de colectare a datelor în cercetare.

În primul rând observarea științifică se aplică, de regulă, în mod *planificat* în funcție de scopul urmărit. Ea este *întreținută* în sensul că se repetă și se insistă în perceperea obiectului și fenomenului propus. Mai mult, ea este *lărgită* urmărind să cuprindă la maxim contextul în care se găsește obiectul sau fenomenul urmărit.

Observarea științifică este *perfecționată* prin diferite tehnici și instrumente de înregistrare cât mai obiective, în funcție de interesul cercetătorului.

Procesul de observare științifică furnizează cercetătorului o serie de observații. Ce este o observație? Este un *rezultat* al activității, al procesului de observare, este o *cunoștință* dobândită printr-o activitate de observare, este în ultimă analiză, o *constatare*.

Observațiile pot fi "pasive", "spontane" când se ajunge la ele în mod întâmplător, sau pot fi "active" când cercetătorul este preocupat să obțină informații.

În concluzie, cu ajutorul metodei observației ca metodă științifică în psihologia copilului, se obțin în mod nemijlocit informații, cunoștințe, constatări despre obiectivul propus cercetării.

Fiind o metodă de cunoaștere bazată pe perceperea directă a realității, nivelul la care se realizează depinde de scopul urmărit, variind de la simple constatări și impresii, până la descoperiri și valorificări ale noului.

Formele observației

Observația ca metodă de investigare și cercetare prezintă o serie de forme:

Măsurarea este forma de observație cu cel mai mare grad de "obiectivitate" sau cum spun unii autori de "caracter științific". Evenimentul nu este numai observat, ci este și "măsurat sau înregistrat" cu ajutorul unui aparat.

Observația ascunsă a dus la cele mai multe descoperiri în psihologie. Pentru a evita comportamentul neautentic, sunt folosite dispozitive cu ajutorul cărora psihologul urmărește

subiectul fără a-l incomoda. (exemple: paravane, camere video ascunse, „one-way-mirror” etc.).

Observația activă în care observatorul participă activ la activitatea care preocupă subiecții, fără a exista diferențe între statutul observatorului și cel al subiectului.

Observația de grup folosește un număr mai mare de subiecți, studiind în special relațiile interumane.

Supervizarea care implică participarea unui supervisor în calitate de observator, în special în procesul învățării.

Valabilitate și limite

Valabilitatea rezultatelor obținute cu ajutorul metodei observației depinde de experiența observatorului, de claritatea scopului, de gradul de organizare, sistematizare și fixare a datelor, de analiza și interpretarea lor pe baza unei ipoteze, de confruntarea mai multor observații.

Observația utilizată de observatori riguroși, perspicace și ingenioși ca: Gesell, Wallon, Guillaume sau Piaget, a oferit date fundamentale în domeniul cercetării micii copilării.

Trebuie să arătăm că și azi când cercetătorii recurg sistematic la tehnici de înregistrare și la metode experimentale, uneori destul de sofisticate, totuși ei nu au renunțat la metoda observației. Observarea permite în cursul experimentelor să sesizeze situații neprevăzute, forme variate de răspuns și să contribuie la descoperirea unor aspecte noi.

În ceea ce privește limitele acestei metode, François Bresson [] arată că observația simplă nu este suficientă mai ales din două motive:

- observațiile - ca rezultate ale procesului de observare, nu au întotdeauna valoare probatorie, și aceasta pentru că nu putem izola ușor variabila independentă;
- observarea ca metodă nu poate crea condițiile de apariție a fenomenelor din mediul natural, pe care dorim să le cercetăm.

Putem să mai adăugăm că în multe cazuri intervine subiectivismul observatorului și relativismul criteriilor de apreciere.

Centre de cercetare a micii copilării în care metoda observației a fost utilizată sistematic

Un centru important, a cărui metodă generală a fost observația sistematică a comportării spontane a copiilor mici a fost cel condus de Ed. Claparede de la Geneva. În

școala geneză apar studii temeinice asupra limbajului, gândirii, reprezentării copilului, elaborate de J. Piaget, Descoendres, Loosli-Usten, Doltrens, Baudouin, Walther, Godin etc.

Cercetările au avut ca teren vestita școală de aplicație “La maison des petits” care funcționa sub egida Institutului J.J.Rousseau – înființat în 1912 și afiliat Universității din Geneva în anul 1929.

Un alt centru în care metoda observației s-a bucurat de o atenție deosebită este *Centrul vienez* condus de profesorul K. Bühler și continuat cu succes de soția acestuia, Charlotte Bühler. Ea a încercat să depășească stadiul jurnalului și pe cel al observației sistematice (fără însă să renunțe la observație) sub influența cercetărilor experimentale inițiate în SUA de Gesell. Spre deosebire de centrul genez, care era preocupat de interpretarea lumii copilului, cercetările vieneze se orientau spre o direcție nouă și anume aceea a determinării obiective și cantitative a nivelului de dezvoltare a copilului mic.

În SUA, cele mai importante centre de cercetare a micii copilării au fost conduse de J. Anderson și A. Gesell.

În centrul condus de J. Anderson la Universitatea din Minnesota, se organizează o observație sistematică condusă în familie, observație care urmărește să completeze metoda experimentală care începe să primeze. Printre colaboratorii lui J. Anderson amintim pe Goodenough, Foster, Shirley, Olson, Atkinson.

A. Gesell, directorul “Clinicii de dezvoltare a copilului” de pe lângă Universitatea din Yale, utilizează metoda observației alături de alte metode în scopul decelării factorilor care determină evoluția și dezvoltarea copilului privit în contextul său natural de viață.

Unde trebuie să observăm copilul mic?

Mulț timp s-a considerat că observarea tulburărilor unui copil mic trebuie făcută în afara mediului familial, pledându-se pentru observația în spital sau în instituție. Dacă copilul mic nu suportă separarea, atunci consultația sau testarea se face în prezența mamei care securizează copilul.

Se justifică această poziție prin perspectiva clinică datorată faptului că, de regulă, copilul adus spre examinare provenea dintr-o situație psihopatogenă sau dintr-o familie în care copilul era fie supraprotejat, fie abuzat sau neglijat.

Există autori care susțin că observarea copilului mic trebuie făcută la domiciliu de educatoare și infirmiere specializate, de asistentele sociale, rar de psiholog și psihiatru de copii.

Numeroși cercetători susțin că observarea copilului trebuie să se realizeze în mediile naturale în care trăiește copilul; această tendință de a observa copilul mic în mediul său natural devine terenul de elecție al etnologilor. Amintim aici pe B. Malinowski care a fost primul etnolog care a aplicat analiza psihologică și mai ales observația psihologică la creșterea și educarea copiilor mici în mediile lor naturale. Bazat pe teoria sa funcționalistă el publică două lucrări de referință în domeniu: "The family among the Australian Aborigines" (1913) și „Argonauts of the Western Pacific" (1922). Pe baza observațiilor sale el formulează teza că nevoile creează cultura iar elementele culturale sunt interdependente.

M. Mead studiază legătura dintre diferitele nivele de educație ale copilului și dezvoltarea personalității. Astfel, în lucrarea "Coming of Age în Samoa" (1928) Mead explică absența crizei de adolescență a fetelor din insula Samoa – contrar a ceea ce se întâmplă în Occident – prin maniera în care ele sunt crescute.

A. Kardiner în lucrarea "The Individual and His Society" (1939) studiază raporturile dintre dezvoltarea personalității și instituțiile sociale. El demonstrează pe bază de observații că "personalitatea de bază" depinde de atitudinile parentale care la rândul lor depind de societate și cultură.

În structuralismul său C. Levi-Strauss consideră, individul, deci și copilul mic, sau mai precis copilul mic, că devine într-un anumit sens obiectul sistemului său cultural. În felul acesta etnologia a devenit antropologie socială și culturală. Este momentul în care se ivește interesul pentru psihiatrică. Apare școala de la Palo-Alto, impulsionată de etnologul G. Bateson și psihanalistul D. Sackson, care studiază comunicarea interumană.

Mai amintim, în fine, Școala ortogenică a lui Bettelheim, care face observații mai multe zile în familiile copiilor autiști. În felul acesta se culege un bogat material faptic antropologic care distinge relații interpersonale cu caracter și potențial psihopatologic.

Toate aceste lucrări și studii, care se bazează în mare măsură pe metoda observației permit să definim mai precis ce este mediul natural al copilului și din ce este el alcătuit. Copilul mic crește între oameni și lucruri cu atitudinea antropologică de a nu schimba nimic din materialul ce-l înconjoară.

Cine trebuie să facă observația?

Metoda observației ca metodă de cercetare trebuie utilizată întotdeauna în mod profesional. Observarea copilului trebuie făcută de psihologi competenți.

Putem să dăm câteva exemple de lucrări elaborate dominant cu ajutorul metodei observației și care au rămas și astăzi lucrări de referință.

Cităm, în primul rând două lucrări ale lui H. Wallon, una publicată în 1925 "L'enfant turbulent", alta apărută în 1949 "Origines du caractère chez l'enfant". Cităm, în al doilea rând observațiile făcute asupra celor 3 copii ai săi, observații care constituie pentru J. Piaget sursa principală pe care se bazează "La représentation du monde chez l'enfant" (1926) și "La naissance de l'intelligence chez l'enfant" (1936).

Amintim de asemenea sistematizarea observațiilor cu privire la dezvoltarea copilului mic pe plan motor, verbal și adaptativ făcută de A. Gesell care i-a permis să elaboreze un atlas al comportamentului copilului mic: "How a Baby Grows" (1945) și "The Child From Five to Ten" (1946).

În zilele noastre, metoda observației a dobândit și o altă dimensiune – cea a etnologiei. Această știință a studiului comportamentului animal (Lorentz, Tinberger) a început să fie aplicată azi și la activitățile spontane ale copilului. Cartea lui H. Montagner (1978), ilustrează posibilitățile observării în acest gen de lucrări.

T. Brazelton (1981), utilizând metoda observației, studiază comportamentele nou-născutului încercând să le diferențeze după cum ele se adresează mamei, tatălui și unui străin, chiar în primele săptămâni de viață.

Toate aceste lucrări, unele dintre ele devenite fundamentale pentru psihologia micii copilării, s-au bazat pe metoda observației. Toate aceste exemple devin pentru noi argumente pentru susținerea importanței și demonstrării posibilităților pe care le are metoda observației ca metodă de cercetare. Adăugăm, însă, că totul depinde de profesionalismul și competența cercetătorului, a celui care observă.

Jurnalul de dezvoltare al copilului, expresia utilizării permanente a metodei observației

Unul din rezultatele aplicării metodei observației zi de zi, a fost elaborarea unor jurnale de dezvoltare a copilului – biografiile copiilor. Una din primele tentative de observare sistematică a dezvoltării copilului este aceea a lui Ludovic al XIII-lea. Jurnalul este redactat de J. Herduard, medic de curte, între anii 1601 și 1628. Acest jurnal nu a fost publicat decât în secolul al XIX-lea.

Daniel Stern, unul dintre creatorii psihologiei moderne a copilului, a întreprins împreună cu soția sa, Clara Stern, cercetări sistematice, notând zi de zi observații asupra

dezvoltării psihologice a propriilor copii. Observațiile cuprinse în acest jurnal au fost prezentate și comentate în lucrările lor de sinteză.

În 1907 apare celebrul jurnal al lui E. G. Scupin ("Bubi's Erste Kindheit", Leipzig) urmat de numeroase studii asupra individualității copilului mic, care utilizează tehnica jurnalului. Jurnale de o valoare evidentă pentru cunoașterea copilului mic ne oferă Neuzebauer, Humphrey și Guillaume etc.

Tehnica jurnalelor a fost criticată mai ales de centrul vienez care reproșează unor părinți lipsa lor de obiectivitate și de profesionalism, deoarece ei notează anumite comportamente, într-o ordine determinată subiectiv, care pot interfera realitatea achizițiilor copilului.

Totuși, se recunoaște că cercetările bazate pe notarea zilnică a comportării copilului "au o valoare incontestabilă, mai ales pentru mica copilărie unde dificultățile cercetării sunt extrem de pronunțate" (D. Tudoran, p. 243)

Jurnalul, ca tehnică a notării observațiilor zilnice asupra dezvoltării copilului mic, nu și-a pierdut actualitatea nici astăzi. Ținerea jurnalului intră în obligația profesională a personalului care se ocupă cu îngrijirea și educarea copiilor mici din instituțiile de profil (la noi, în centrele de plasament, Casa cu Ferestre Deschise, creșe, în familiile de asistenți maternali, în spitale etc.)

Echipa de la Institutul Pikler-Loczy, Budapesta, acordă o mare importanță jurnalului ținut de puericultori, elaborând o întreagă tematică și metodologie pentru acest tip de înregistrare scriptică pentru copilul instituționalizat, ca modalitate de monitorizare a copilului și de pregătire continuă, cât și de supervizare.

Reguli de bază în scrierea jurnalelor, ca aplicare a metodei observației în mica copilărie:

- observațiile trebuie făcute regulat și repetate în mai multe reprize,
- pentru a putea să le utilizăm și să le analizăm, observațiile trebuie notate cu acuratețe,
- observațiile notate trebuie să fie: *concrete* și să corespundă faptelor,
- trebuie să notăm ceea ce face și ceea ce zice copilul,
- nu trebuie să substituim faptele cu aprecierile noastre,
- trebuie să notăm astfel ca la o recitare să putem reconstitui, să "vedem" ca la un mic film, imagini care se derulează în fața noastră; fiecare cititor trebuie să-și poată imagina ceea ce s-a întâmplat

Când trebuie să notăm observațiile

Observațiile vor fi exacte, dacă observatorul le notează imediat. Observațiile notate câteva zile după, sunt deja lapidare, doar cu elemente care au impresionat memoria noastră, pot fi deformate și, de regulă, își pierd din autenticitate. Dacă avem un scop precis pentru observarea noastră, atunci trebuie să fim cu creionul și hârtia în mână notând ceea ce vedem și auzim.

Utilizarea observațiilor

Observațiile notate pot fi analizate și comparate în vederea formulării unor concluzii cu privire la un copil sau grup de copii.

Analiza faptelor concrete ne permite să apreciem comportamentul copilului. De asemenea, putem să ținem cont de ceea ce copilul a făcut sau știe să facă și de ceea ce urmează și trebuie să facă.

Ghid pentru cei care fac observații și în jurnalul individual al copilului

Prezentăm acest ghid după documentele echipei Dr. Emmi Pikler-Loczy, Budapesta, deoarece ni se pare cel mai apropiat de concepția noastră cu privire la jurnalul individual al copilului.

Ghidul Pikler-Loczy nu este un chestionar, ci este o tematică orientativă pentru observatori, pentru ca afirmațiile notate să fie susținute de anumite observații concrete.

Planul observațiilor

Introducere: evenimentele importante din viața copilului (boală, izolare, schimbare de personal, schimbare de hrană, schimbare de program, un nou pat, un nou loc de joacă, relații cu alte persoane necunoscute etc.)

1. Starea afectivă

2. Relația cu adulții

- cu figurile constante,
- cu alte persoane.

3. Comportamentul în timpul îngrijirilor

- în timpul mesei,
- în timpul băii, îmbrăcării etc.

4. Motricitatea

5. Dezvoltarea intelectuală

- atenția, interesul,
- înțelegerea vorbirii, vorbirea,
- observarea mâinii, manipularea, jocul,

- participarea la programele organizate,
- creșa,
- plimbare,
- excursie.

6. Relații cu alți copii

7. Somnul

8. Mișcări ritmice, sugerea degetului, manipulări ale altor părți ale corpului

9. Control sfincterian

10. Manifestări individuale, voința, identitatea personală, obișnuințe.

Recapitulare

În continuare vom lua fiecare punct al planului și vom da indicațiile corespunzătoare.

1. Starea afectivă

Expresia feței: Cum își exprimă bucuria? În ce condiții este el mai trist? Când plânge?

Frecvența stării de plâns. Durata plânsului (înainte de a adormi, noaptea, la deșteptare, în cursul unor îngrijiri etc.) Ce facem pentru încetarea plânsului? Rezultatul.

Caracteristicile plânsului (furios, afectat, disperat)

Cum se ajunge să fie calmat copilul?

Cum își exprimă oboseala? (își sugerează degetul, plânge, se leagăna etc.)

Are unele frici? De ce anume îi este frică? Cum își manifestă frica? (plânge într-un fel sau altul)

Cum reacționează la eventualele schimbări intervenite? (schimbarea echipei de lucru, a camerei, a patului etc.)

2. Relațiile cu ceilalți

a) cu echipa de lucru

Cum este comportamentul său față de persoanele constante de atașament (privește, surâde, răspunde la provocări etc.) Reacția sa în caz de schimbare a acestui personal.

Cum reacționează dimineața când se trezește? Arată bucurie că se întâlnește cu "bunica", în timpul îngrijirilor? Caută contactele? Cum reacționează la inițiativele personalului din echipa de lucru? Cere ajutor în unele contexte și cum? (plânge, sau în alt fel) Cum se separă seara când trebuie să se culce? În ce moment este mai disponibil cu personalul din echipa de lucru?

Face diferențe față de diferite persoane din echipa de lucru? Cum?

Este gelos? Cum se manifestă?

b) cu alți adulți

Care sunt reacțiile sale cu alte persoane?

Care sunt relațiile sale cu alți adulți străini care vin să viziteze instituția sau se întâlnesc în timpul plimbării?

3. Comportamentul în timpul îngrijirilor

a) Mesele. Probleme generale

Comportamentul său înainte de masă. Este calm, nerăbdător, indiferent, tensionat?

Își dă seama și știe că se pregătește masa? Dacă da, cum se manifestă?

Care este comportamentul în timpul mesei? (mănâncă cu plăcere, cu aviditate, cu indiferență etc.)

Are preferințe particulare cu privire la calitatea mâncării? (mai mult sau mai puțin caldă, mai mult sau mai puțin dulce etc.) Cum se manifestă?

Are el o manieră particulară când refuză mâncarea? (întoarce capul, nu mai deschide gura etc.)

Mănâncă el în același fel cu fiecare din personalul din echipa de lucru?

Cum se face el înțeles că vrea unele avantaje (arată cu degetul și privirea, pronunță etc.)

Are preferințe, are aversii? Cum se manifestă?

b) Suptul

Tehnica de a sugere, cum sugere? (lent, avid, regulat, cu întreruperi etc.)

Comportamentul său înainte de supt? (face mișcări ale capului, se întoarce către sticlă etc.)

Comportamentul său în timpul suptului? (este nerăbdător, relaxat, se uită la persoana care-i dă sticla etc.)

Cum termină suptul? (scoate suzeta din gură, sau altfel, este mulțumit, surâde, adoarme etc.)

c) Modul de a bea

Bea din pahar?

Tehnica de a bea: buzele pipăie paharul, bagă limba în pahar etc. Cum își îmbunătățește tehnica sa după dificultățile de la început?

Cum îi place să bea? (lent, repede, dintr-un pahar mare etc.)

Ține să țină cu mâna paharul? Cum îl ține? (singur sau ajutat) Ține singur și bine paharul? Îl ține înclinat?

Cum bea când stă la masă? Își ia singur paharul care este în fața lui? Pune paharul înapoi pe masă, singur?

d) Masa

Îi place să mănânce cu lingurița?

Cum acceptă lingurița și cum se servește de ea? Deschide gura când este atinsă de lingurița? Cum își ia hrana din lingurița (sorbind, trăgând cu limba înapoi etc.)?

Care este reacția sa la vederea linguriței? (deschide gura de fiecare dată, uneori, scoate degetul din gură etc.) Închide gura? Poate să se hrănească singur cu lingurița?

Cum reacționează la gustul necunoscut al unei mâncări noi date cu lingurița? Prezintă probleme? Cum le rezolvă?

Mănâncă repede sau lent? Care e comportamentul său între două lingurițe? Este nerăbdător? Cum indică că nu mai vrea?

Până la ce punct se interesează de masă? (urmărește pregătirile mesei, privește masa sau fața personalului de îngrijire)

Cum își manifestă dorința de a mânca singur?

Cum mănâncă la masă? Unghiul de dirijare al linguriței către gură este bun? Ajunge să bage lingurița în gură?

Mănâncă curat?

Cum acceptă alimentele consistente? (pâinea, legumele, fructele) Le mestecă? Le înghite? Le refuză?

Se servește singur dacă punem în fața lui un coș cu pâine sau fructe?

Cum le mănâncă?

e) Baia, îmbrăcarea

Cum reacționează copilul când este pregătit pentru baie?

Se simte în siguranță în brațele "mamei" sau "bunicii" în drum spre baie? Plânge sau este tensionat? Este relaxat?

Este el interesat de operațiile de îngrijire și de vorbele ce i se spun? Urmărește mișcările personalului care-i face baie, îi privește fața, îi ascultă vorbele? Care sunt schimbările sale în raport cu lunile precedente?

Cum cooperează în timpul băii și îmbrăcatului? (întinde mâna, piciorul, închide ochii, se întoarce pe o parte etc.) Care sunt hainele care-i plac? Ajută la îmbrăcat? Se spală singur? Pe ce parte a corpului? Ce îi putem cere în timpul băii și îmbrăcatului? Ce poate să facă singur? Are inițiativa de a se juca în timpul băii? Cum?

Execută el unele mișcări necesare în timpul băii? (se întoarce de pe spate pe burtă) Are o poziție preferată în timpul îngrijirilor?

Comportamentul său în apă? Se bălăcește? Bate cu mâna?

Care e comportamentul său la schimbarea temperaturii sau cantității apei? Are obișnuințe particulare în timpul băii sau îmbrăcării? (ia în baie anumite jucării, alege anumite culori pentru haine etc.)

Dacă au fost unele probleme care s-au pus cu privire la baie sau la îmbrăcare? În ce perioadă și cât au durat? Cum au fost depășite aceste probleme?

Se spală singur pe mâini? Dacă utilizează dușul? Cum este comportamentul său la duș?

4. Motricitatea

Poziția de bază a nou-născutului? (cum ține capul, trunchiul, membrele)

Nivelul motricității sale și progresele făcute: ce mișcări face el pentru a schimba poziția? (se întoarce pe o parte, pe burta, pe spate, în șezut etc.) Cum își schimbă locul? Care este distanța parcursă?

Cât timp îi trebuie până ce noile mișcări achiziționate să devină curente? Care sunt noile mișcări ale copilului?

Cum utilizează instrumentele de joc pentru dezvoltarea mișcărilor? Cum se deplasează pe scară sau pe o pantă?

În ce poziție se joacă? Și dacă sunt mai multe, care sunt cele mai frecvente?

Care sunt caracteristicile mișcărilor sale și de la ce poziții statice le obține? (se răstoarnă întotdeauna pe spate și apoi se răsucește pe dreapta etc.) Care sunt, în general, caracteristicile motricității sale? (mișcări rapide sau lente, execută mișcări noi cu ușurință sau cu dificultate etc.)

5. Dezvoltarea intelectuală

a) Atenția, interesul

Este el fixat pe o persoană? E interesat de un obiect? Când?

Privirea sa urmărește mișcarea? De la ce distanță?

În starea de veghe este el tot timpul activ? Cât timp? Cât timp petrece într-un parc, sau pe un teren de joacă? Dacă privește copiii, jucăriile, dacă unul-două minute se joacă și el?

La ce activități este mai atent? Ce-l interesează mai mult?

Remarcă schimbările care intervin în jurul său? (o nouă mobilă, o nouă jucărie etc.) Cum ne putem da seama că el remarcă unele schimbări? Care este reacția sa?

Există obiecte la care el este atent de fiecare dată? Cum își manifestă interesul?

Își recunoaște camera sa? În afara camerei sale, care sunt părțile casei pe care el le cunoaște? Știe el care sunt persoanele care lucrează în jurul său?

b) *Înțelegerea limbajului. Emiterea de sunete. Limbajul verbal*

Înțelegerea limbajului

Cum reacționează dacă este strigat? Își recunoaște numele? Cum răspunde?

Ce îi putem cere și ce acceptă să facă?

Ce înțelege el din tot ce zicem în jurul lui? Cum manifestă el că a înțeles? (întoarce capul, se uită la lapte sau la paharul cu apă etc.)

Cum este comportamentul său când îi interzicem unele lucruri? În ce situații înțelege el tabuurile și când le respectă?

Numele persoanelor și obiectelor sunt cunoscute de el?

Înțelege propoziții mai complexe? ("Dacă vrei să mergi la plimbare, trebuie să-ți iei paltonul" etc.)

Poate el fi dirijat prin vorbe? Până la ce punct înțelege el explicațiile?

Emiterea de sunete. Limbajul verbal

Își mișcă el buzele când personalul i se adresează verbal? Cum începe și el să emită sunete? Frecvența și sporirea frecvenței? Când emite sunete? (în brațe, la plimbare etc.) Frecvența "răspunsurilor" sale în timpul îngrijirilor? Cui "vorbește" el mai frecvent în afara îngrijirilor?

Care sunt sunetele emise? Un sunet singur sau mai multe sunete legate? Pronunță silabe? Care? Emite un adevărat "monolog" silabisit?

Se adresează verbal adulților din jur? În ce condiții? Prin ce sunete? Aceste sunete se schimbă?

Imită el inflexiunile vocii celorlalți copii sau ale adultului? Încearcă să imită cuvintele adulților? Sunt unele imitări care apar mai frecvent?

Există unele silabe pe care le utilizează numai în anumite situații? Face el și alte semne care acompaniază sunetele pentru a exprima dorințele sale?

Care sunt cuvintele sau părți din cuvinte utilizate în situații cu sens? Le utilizează corect sau le personalizează?

Care este vocabularul său? Care sunt cuvintele noi utilizate în cursul lunii? Care sunt persoanele pe care le cheamă pe nume? Cum pronunță cuvintele?

În ce măsură comunică verbal cu adulții sau cu copiii? A făcut progrese în cursul lunii? Poate să exprime dorințele sale, voința sa, prin cuvinte? Cum? Răspunde la întrebări în

timpul îngrijirilor sau în afara lor? Întreabă? Cum? Care sunt întrebările noi utilizate în cursul ultimei luni?

Ce categorii de cuvinte utilizează? (verbe, substantive, etc.) Încearcă conjugarea verbelor? Ce adjective utilizează? Întrebuințează articolele, numerele? Cum le pronunță?

Întrebuințează fraze?

Povestește evenimente? (din timpul unei plimbări etc.) Cum? (răspunzând la întrebări sau spontan?)

Limbajul său este înțeles de cei apropiați sau pentru alți adulți? Cum reacționează dacă nu este înțeles? Caută să se facă înțeles? Care sunt sunetele pe care nu le pronunță încă bine?

c) *Observarea mâinilor, jocurilor, manipularea*

În ce poziție se găsește când își privește mâna sa? Care este poziția mâinii? Își observă mâna din întâmplare sau el își caută mâna pentru a o observa? Își privește ambele mâini deodată? Cum?

Cât timp își privește mâinile? Această durată sporește sau scade în ultima lună? Cât timp își privește mâna fără întrerupere?

Observă jucăriile care se găsesc în parc sau curte, în proximitatea sa? Are tendința de a le prinde în mână? Cum le ține? (le privește mai întâi, le pipăie timid sau accidental înainte de a le prinde) Face mișcări precise?

Cum manipulează jucăria pe care o ține? Face mișcări noi cu jucăriile? Cum manipulează un obiect?

Cât timp se joacă? Cât timp se joacă cu același obiect? Alege dintre toate obiectele pe care le are la dispoziția sa, sau prinde jucăria care se află cel mai aproape de el? Are o jucărie preferată? Are un mod particular de a se juca?

Se joacă cu același obiect împreună cu alți copii? Ia jucăriile cu care se joacă alți copii? Cum reacționează dacă un copil nu-i dă jucăria? Cum reacționează dacă alt copil îi ia jucăria cu care se joacă?

Ce jocuri de mișcare se joacă? Se joacă singur cu alt copil sau cu un adult?

Se joacă jocuri cu roluri? Cu care obiecte și cum? Singur sau cu alt copil?

Care sunt jucăriile preferate? (jocuri de construcții, jocuri de mișcare, de roluri etc.)

Preferă jucăriile mari sau pe cele mici?

Cum profită de posibilitățile oferite de anotimpuri? (apă, zăpadă, nisip etc.)

d) *Participarea la programele organizate*

La creșă

Cât timp rămâne la creșă de fiecare dată? Această durată variază? Este mulțumit că merge? Este atent? Care sunt raporturile sale cu personalul?

Cum își alege jucăriile? (ezitând, într-o manieră decisă) Revine la aceeași jucărie în timpul mai multor zile?

Modul de a se juca la creșă cum e? Utilizează jucăriile și obiectele după funcționarea lor? (construiește, împinge etc.) Sau după fantezia sa? Este ingenios? Inventează noi posibilități?

Până la ce punct este absorbit de activitățile din creșă? Cât timp se joacă cu fiecare jucărie? Care este jucăria cu care s-a jucat cel mai mult timp?

Joacă jocuri cu rol? Cum?

Care este comportamentul său cu ceilalți copii? (se joacă în grup, ia sau nu ia jucăriile altora)

Observă regulile? Cunoaște regulile unor jocuri? Respectă la masă anumite reguli? Ascultă ceea ce i se spune?

Creșă îl influențează în activitățile zilnice? Cum?

Plimbarea

Care este durata fiecărei plimbări?

Îi place la plimbare? Cunoaște ora plimbării? Cum se pregătește pentru plimbare?

Și-a însușit regulile plimbării? Cum? (vine când este chemat, ascultă ce i se spune, nu coboară de pe trotuar fără să dea mâna etc.) Respectă toate aceste reguli în toate cazurile?

Propune un traseu anume sau un scop pe care dorește să-l atingă? Cum? Acceptă și inițiativa altora?

Ce lucruri noi îi atrag atenția în timpul plimbărilor? Ce privește de regulă? De ce îi este frică?

Pune întrebări în timpul plimbărilor?

Curiozitatea sa sporește?

Preferă plimbările lente sau rapide?

Care este obiectul care-l interesează la plimbare? Face colecție de anumite obiecte? (frunze, castane etc.)

Care este comportamentul său față de ceilalți copii? (îi ajută, îi împinge, îi trage etc.)

Ce face când întâlnește persoane cunoscute sau necunoscute? (se oprește, salută, plânge, e indiferent etc.)

Acceptă ușor să se reîntoarcă de la plimbare?

Ce povestește el la întoarcere?

Excursia

Cum se comportă în prima sa excursie? Cum se pregătește pentru excursie? Cum e comportamentul său în timpul plecării?

Comportamentul său în autocar? Îi este frică? Este interesat în timpul mersului?

Excursiile au o influență asupra comportamentului său cotidian?

6. Relațiile cu alți copii

Care este comportamentul cu vecinul de pat? (se ocupă de el, îl observă, îi surâde, îi „vorbește”, îi sugerează jocuri etc.)

Care este comportamentul lui față de un copil întâlnit în parc? (rămâne indiferent, îl observă, îi vorbește, se joacă cu un obiect comun etc.)

Se joacă cu alți copii? Cum? Ce face dacă alți copii se asociază la jocul lor? Preferă să se joace singur sau cu alți copii?

Obişnuiește să facă rău altor copii? Cum? Maltratează alți copii? Cum? Printre copii, el este cel „bătăuș”? De ce?

Este în grup un copil pe care este gelos? Cum se manifestă? Care poate fi cauza?

Are față de ceilalți copii un comportament care vrea să imite adulții? Cum? (îi ajută, îi consolează, îi întreabă, le vorbește etc.)

7. Somnul

Care este poziția sa de bază când doarme? (pe spate, pe burtă etc.)

De câte ori doarme ziua? Cât timp?

Cum se manifestă când este obosit? (se agită, își sugde degetul etc.)

Cum adoarme? (ușor, fără tranziție, relaxat, plângând, agitat, sugându-și degetul, sugând suzete etc.)

Are obiceiuri particulare pentru a adormi? (trage cuvertura peste cap etc.)

Cum se trezește? (singur, vesel, plângând etc.)

Este repede treaz sau rămâne mult timp în stare tranzitorie?

8. Mișcări ritmice (stereotipe), supt, onanism

Își sugde degetul? Când? În ce ocazii îl sugde mai des? (când este obosit, când îi este foame, după boală, când se mută într-o cameră nouă, când se schimbă personalul)

Se constată unele mișcări care acompaniază suptul? Care? (își pipăie capul, urechile, se joacă cu părul etc.)

Face mișcări ritmice, stereotipe? (mișcări ale capului, ale corpului, se balansează etc.) Unde face aceste mișcări? (în pat, în parc) Când? (înainte de a adormi, când se trezește) Le face regulat și intens? Cât timp? Care sunt motivele întreruperii?

Atinge organul său sexual? În ce situație? Cu ce frecvență?

9. Controlul sfincterian

Ținând seama de ceilalți copii, utilizează olița în cameră?

Se manifestă când este ud sau murdar?

Cum începe să ceară olița? Se scoală singur după două, trei minute? Cere olița când îi trebuie? Prin ce mijloace: cuvinte, semne?

La ce moment al stării de veghe putem să-l lăsăm fără scutec? Înțelege acest lucru? Rămâne curat? Putem să-l lăsăm fără scutec în timpul plimbării? Utilizează toaleta?

Este curat noaptea? Se scoală dacă are nevoie de pipi sau caca?

10. Manifestări individuale, voința, identitatea personală, obișnuințe

Manifestă voința sa? Cum? (prin cuvinte, gesturi) Care sunt dorințele sale? Cum acceptă faptul că unele din dorințele sale nu pot fi satisfăcute?

Care sunt obișnuințele sale? (cu privire la masă, la baie, la plimbare, la somn) Cu ce regularitate se manifestă dorințele sale?

Care sunt jucăriile lui personale? Cum au devenit ele personale? (au fost primite la aniversare, el le-a ales etc.) Cum a fost primul contact? Până la ce punct simte el că unele jucării îi aparțin? (le distinge din alte jucării asemănătoare, le numește etc.) Cum se joacă cu aceste jucării? Cunoaște el jucăriile personale ale altor copii?

Cum vorbește despre el însuși? (spune numele său, utilizează cuvântul "eu", "al meu") Care este comportamentul la zilele de aniversare ale celorlalți copii.

Cum distinge lucrurile sale? (hainele, încălțările etc.) Spune el că acestea îi aparțin? Cunoaște lucrurile celorlalți copii? Le respectă?

Cum își exprimă aprobarea sa, dezaprobarea sa, bucuria sa, tristețea sa și ce zice dacă lui i se face un tort?

3.3. Metode ethologice în investigarea micii copilării

Kummer ne oferă un cadru conceptual de bază care regrupează diferitele perspective de analiză a comportamentului în ethologie după cinci criterii: *structură, cauzalitate, funcție, dezvoltare, evoluție*.

Primul aspect regrupează toate problemele care se referă la organizarea comportamentului. O parte importantă a contribuției ethologiei la înțelegerea activităților copilului se situează la nivelul descrierii "schemelor" comportamentale. Elaborarea unei ethograme sau a unei liste descriptive detaliate a diverselor "scheme" comportamentale

observabile este o pre-schiță a întregii cercetări în ethologie. Utilizând acest *inventar comportamental*, ethologul trebuie să abordeze problemele relativ la *cauzele și funcțiile* imediate ale diverselor tipuri de activități. Dacă aceste două variabile explicative au fost întotdeauna importante în psihologie, ele au un rol suplimentar în ethologie.

Pentru etholog, unul din principalele obiective este de a furniza un criteriu de clasificare în vederea reorganizării inventarului de "scheme" observate într-un sistem descriptiv compus din categorii mai largi utilizând definiții în termenii factorilor cauzali sau după funcțiunile lor imediate.

Celelalte două perspective explicative, care sunt situate pe un continuu temporal istoric, examinează dezvoltarea și adaptarea individuală în cursul vieții și evoluția activităților specifice și comune speciilor.

Acest cadru conceptual se aplică și în ethologia umană. Ținând seama de interesul său pentru probleme cu privire la organizarea grupului și a comunicării în grup, ethologia socială pune un accent particular pe analiza structurală.

Analiza organizării sociale distinge patru nivele de descriere a activităților:

1. "schemele" comportamentale
2. interacțiunile diadice
3. relațiile sociale
4. structurile grupului.

În perspectiva ethologică, observarea directă a comportamentului presupune a priori observarea și descrierea comportamentului în termeni de mișcări și activități observabile.

Faza descriptivă în ethologie poate fi divizată în trei etape succesive care vizează elaborarea descrierii cele mai exhaustive și coerente posibil al repertoriului comportamental al subiecților studiați. Este vorba de:

Observarea naivă – prima etapă a fazei descriptive; ea implică o observare informală, în care observatorul identifică și descrie comportamentul indivizilor luați în studiu. Observarea este informală pentru că scopul vizat nu este măsurarea comportamentului, ci intrarea în contact cu subiecții și mediul lor. Diversele comportamente sunt identificate și descrise în termeni de gesturi motorii – este vorba de o descriere morfologică – care, ulterior, se regrupează în mișcări elementare care compun scheme de acțiuni. Acest proces de identificare a comportamentelor furnizează o listă descriptivă de activități evocate în termeni morfologici.

Elaborarea unei liste descriptive, care reprezintă, de fapt, o validare a descrierii făcute în perioada naivă. În validarea descriptivă optimală, flexibilitatea observației ne permite să

descriem diverse activități comportamentale în contexte specifice, în care subiecții se dezvoltă (grup școlar, instituție rezidențială, mediul familial).

Organizarea listei descriptive – în final se elaborează o grilă de cercetare evaluativă în care elementele listei descriptive sunt astfel regrupate în categorii de scheme comportamentale. Această regrupare este efectuată după una sau mai multe din cele cinci perspective biologice deja discutate: *morfologică, cauzală, funcțională, ontogenetică, filogenetică*.

O listă organizată după un criteriu unic de clasificare este calificată de taxonomia comportamentală, în timp ce un catalog de comportamente este definit prin utilizarea mai multor criterii de regrupare. O taxonomie exhaustivă constituie ethograma speciei. În elaborarea ethologică, o taxonomie sau un catalog constituie produsul finit al fazei descriptive și furnizează baza empirică esențială pentru a organiza o cercetare care să determine influența diferitelor variabile asupra comportamentului.

3.4. Metoda clinică

J. Piaget, creatorul metodei clinice, încă de la începutul activității sale științifice, a fost preocupat de metode de cercetare.

J. Piaget nu era străin de metoda liberei asociații atunci când a elaborat ceea ce s-a numit “metoda clinică”, deoarece în lucrarea *La representation du monde chez l'enfant* (1926) găsim descrisă metoda directă inspirată din examenul psihiatric, metoda “care pretinde să reunească posibilitățile testului cu observația directă, evitând inconveniențele pe care le are fiecare metodă în parte”. Clinicianul ține cont de întreg contextul mintal, în loc să fie victima “erorilor sistematice”, ca atunci când el rămâne simplu experimentator.

Această metodă cere din partea psihologului o înțelegere subtilă și necesită un lung antrenament. Trebuie să observi, să lași interlocutorul să vorbească, iar tu, ca psiholog, să ai timp să construiești ipoteze pe care să le poți controla. E necesară o mare finețe de interpretare, pentru că ceea ce zice copilul nu se situează întotdeauna pe același plan de conștiință. Trebuie să ținem seama permanent că pot apărea confuzii între imaginația copilului și realitate, între fabulație și scăderea interesului.

În acest moment al elaborării sale, metoda clinică constă în a angaja cu copilul o conversație liberă pe o temă impusă, urmărind să sesizăm toate mișcările gândirii sale și să obținem justificări.

În această epocă, în care Piaget scrie cinci cărți (*Le langage et le raisonnement chez l'enfant* – 1924, *La representation du monde chez l'enfant* – 1926, *La causalité physique chez l'enfant* – 1927, *Le jugement moral chez l'enfant* – 1932), el investighează copiii din Paris în localul de pe strada Grangeaux-Belles, acolo unde Binet își instalase Laboratorul său de Pedagogie. Paralel cu această muncă, Piaget citește din Biblioteca Națională toate cărțile de logică, pregătindu-se astfel, pentru o nouă abordare a metodei clinice.

În *Esquisse d'autobiographie intellectuelle* (1959), Piaget scrie: “Primele mele lucrări serioase debutează cu observațiile asupra propriilor mei copii, care mi-au atras atenția asupra rolului acțiunii și mi-au determinat să nu mă încred în gândirea verbală”.

Singuri, cei trei copii, Jacqueline, Lucienne și Laurent, furnizează materialul de observare și experimental pe care se bazează descrierea și teoria stadiilor de dezvoltare a inteligenței senzorio-motrice, care nu a putut fi contestată, ci doar îmbogățită, prin contribuțiile ulterioare ale altor cercetători.

Deci, progresiv, Piaget abandonează metoda clinică pur verbală, constatând că limbajul are o logică proprie, care nu este logica reală a copilului. Limbajul este un mijloc de comunicare care nu poate traduce structurile reale ale gândirii infantile.

În continuare, Piaget utilizează o tehnică bazată pe teza că în ultimă analiză, la originea inteligenței este *acțiunea*. Metoda devine semi-verbală și semi-concretă în scopul sesizării dinamicii copilului, dinamică pusă în evidență prin interacțiunea permanentă între examinator și examinat. Copilul furnizează materialul înțelegerii sale, pe care psihologul trebuie să-l aprofundeze.

Prin urmare, metoda clinică evoluează către o metodă “directă”, care utilizează mici experiențe cu ajutorul unui material variat. La acest nivel limbajul cedează locul manipulării și nu servește decât să explice și să justifice experiența. În felul acesta, manipularea devine suport al dialogului. Piaget trece progresiv la înțelegerea logicii copilului analizând limbajul construcției logicii în acțiune.

Metoda clinică va deveni treptat o metodă de diagnostic. Există persistența conversației libere cu subiectul, dar întrebările și răspunsurile nu intervin decât după manipularea obiectelor. Manipularea obiectelor este, de fapt, cea care relevă structura logică.

Copilul acționează înainte de a explica acțiunile sale. Examinatorul poate contesta această judecată, fără însă să o considere ca falsă, dar evocând motive diferite (“în aceleași condiții, un alt copil mi-a zis că ...”)

Modul de abordare devine în final “critic” în scopul de a sesiza activitatea logică profundă a copilului și structura corespunzătoare stadiului de dezvoltare la care el a ajuns.

Nevoia standardizării mai precise a probelor pe care Piaget le-a utilizat pentru a verifica ipotezele sale, s-a resimțit din ce în ce mai mult în cursul ultimilor ani. Astfel, au fost elaborate un oarecare număr de scări adaptate după Piaget, formate pe concepțiile și experimentele sale (amintim doar numele cercetătorilor: I. Casati și I. Lezine, F. Longeot, C. Meliac etc.).

3.5. Scările de dezvoltare

Importanța scărilor de dezvoltare în mica copilărie

Utilizarea scărilor de dezvoltare în mica copilărie prezintă o importanță teoretică deosebită deoarece cu ajutorul lor se clasează și se sistematizează un bogat material de observație, marcându-se punctele de reper ale evoluției și dezvoltării copilului în diversele sale domenii. Cu ajutorul scărilor de dezvoltare se realizează o imagine coerentă a unității în diversitatea procesului de dezvoltare.

Din punct de vedere practic, scările de dezvoltare oferă clinicienilor informații fiabile și valide care le permit confirmarea propriilor evaluări, devenind, astfel, foarte utile având o funcție complementară examenului clinic.

Scările de dezvoltare, sau mai exact – așa cum arată Serge Stoleru [] “evaluările standardizate de dezvoltare” permit să se pună în evidență atât un anumit retard cât și o anumită precocitate a dezvoltării, precizând sectoarele specifice unde se manifestă retardul sau precocitatea. În unele cazuri, se pot da unele indicații cu privire la originea retardului (fie senzorial, fie motric).

Marea majoritate a scărilor de dezvoltare sunt construite pe mai multe “linii de dezvoltare”. Cele mai frecvente domenii vizate de scările de dezvoltare sunt:

1. activitățile cognitive și de limbaj,
2. motricitate,
3. afecte și emoții,
4. dezvoltare relațională și “socială”.

Asupra acestor domenii vom reveni atunci când vom prezenta fiecare scară în parte.

Construcția scărilor

Utilitatea acestor instrumente de cercetare și evaluare în mica copilărie se bazează pe următoarele caracteristici, care sunt, de fapt, comune cu ale tuturor testelor: *standardizare*, *fiabilitate*, *validare*.

Standardizarea

Numărul de sugari și copii mici studiați în construcția scărilor trebuie să fie ridicat și să constituie un eșantion reprezentativ pentru o populație determinată.

În standardizare este implicată și altă regulă: evaluările dezvoltării trebuie să fie repetate în timp. De exemplu, Stanford Binet standardizat și etalonat în 1937, a fost din nou standardizat în 1972. Rezultatele celor două standardizări au fost comparate și s-a constatat că în 1972 s-au obținut scoruri mai ridicate pentru toate vârstele – dar acest efect a fost mai sensibil pentru copiii de vârstă preșcolară (de la doi la patru ani și jumătate) pentru care coeficientul de inteligență (QI) mediu a crescut de la 100 la 110-111.

Deci, standardizarea se face pe un eșantion reprezentativ dintr-o populație determinată dintr-o epocă, dintr-un timp determinat.

Fiabilitatea

Fiabilitatea exprimă stabilitatea măsurătorilor: fiabilitatea se exprimă, în primul rând, prin raportul test-retest. Retestând același sugăr cu aceeași scară, la o distanță de timp relativ mică, vom obține aproximativ aceleași rezultate.

Există și o fiabilitate interexaminatori: același sugăr este examinat cu aceeași scară de doi examinatori, obținându-se rezultate aproape egale.

Al treilea tip de fiabilitate este următorul: într-o situație imaginară, sugărul este testat de mai multe ori, la interval de timp scurt și se urmărește în ce măsură rezultatele obținute variază. Acest tip de fiabilitate se referă la precizia cu care scara utilizată poate măsura dezvoltarea.

Validitatea

Întrebarea fundamentală pe care cercetătorii și-o pun în legătură cu fiecare scară este: în ce măsură cu instrumentul respectiv noi măsurăm ceea ce gândim că măsurăm?

Unul din principalele tipuri de validitate este cea “concurențială”, adică validitatea este estimată după gradul de acord între rezultatele obținute cu ajutorul acestei scări și o estimare independentă a aceluiași aspect al dezvoltării. Această estimare independentă devine criteriul de validitate.

Formarea examenatorilor

Evaluările standardizate necesită întotdeauna o formare a examenatorilor, mai scurtă sau mai lungă, intensivă în funcție de diferitele tipuri de scări. Această formare se referă la

asigurarea unei relații optime între examinator și copil, la modul de prezentare a diverselor probe de evaluare, la cotearea observațiilor precum și la interpretarea scorurilor obținute.

În cadrul formării examinatorilor trebuie să se acorde o atenție deosebită familiarizării cu sugarul sau cu copiii foarte mici. Examinatorul trebuie să aibă o practică clinică aprofundată cu privire la particularitățile psihologice ale perioadei de vârstă 0-3 ani.

Cităm în continuare părerea lui Nancy Bailey [], autoarea unei importante scări de dezvoltare, părere cu privire la formarea examinatorilor pentru aplicarea propriei scări: "formarea examinatorilor trebuie, bineînțeles, făcută în vederea aprofundării materialelor și protocoalelor BSID (Bailey Scales of Infant Development) precum și a problemelor relative la tehnicile testului aplicate la copiii foarte mici (...) Candidații la formare trebuie să fie capabili să stabilească într-o manieră corespunzătoare contactul cu mamele și copiii creând o atmosferă de încredere și de reducere a anxietății legate de situația testului. Candidații la formare trebuie, de asemenea, să posede cunoștințe în materie de psihometrie și de interpretare a rezultatelor."

Principalele scări de dezvoltare utilizate în mica copilărie

În cele ce urmează ne propunem să trecem în revistă principalele scări de dezvoltare care pot fi utilizate în mica copilărie. Vom încerca să facem o succintă descriere a fiecărei scări atrăgând atenția asupra oamenilor și utilităților pe care le prezintă. Tehnicile de aplicare, de cotare și interpretare a fiecărei scări vor fi date în caietul "Tehnici și scări de dezvoltare utilizate în investigarea miciei copilăriei (0-3 ani)", care este în curs de elaborare de către echipa din Timișoara a Centrului de Consiliere și Consultanță în domeniul miciei copilăriei al Fundației „Ovidiu”.

3.5.1 Scara de dezvoltare a lui Gesell

A. Gesell, directorul "Clinicii de dezvoltare a copilului" de la Universitatea Yale, deplasează centrul de greutate de la determinarea nivelului intelectual, la investigarea dezvoltării psihice generale. El reușește să determine, prin cercetări îndelungate și minuțioase, comportamentele caracteristice fiecărei perioade de vârstă, precum și pentru fiecare din direcțiile și dimensiunile principale ale activității psihice.

Autorul mărturisește că punctul de plecare al cercetărilor sale asupra "comportării totale" a copilului îl reprezintă studiile lui A. Binet și Kuhlman. El nu se ocupă de metodele de diagnostic, ci își focalizează activitatea asupra procesului de evoluție individuală.

Deci, pentru A. Gesell, punctul de vedere genetic domină pe cel diagnostic propriu-zis.

Utilizarea procedurii fotografice și mai ales cinematografic, a îngăduit lui Gesell să analizeze prin descompunere, întreaga structură a conduitei. Datorită acestei analize "morfologice" a părților constitutive a comportamentului copilului s-au putut stabili acei itemi, acele fragmente de conduită care dobândesc o valoare genetică pentru nivelul de creștere psihică.

În cercetările lui A. Gesell, domină punctul de vedere al genezei și maturizării conduitei.

Structura scării. Domeniile investigate

Dacă la început (1925), Gesell ia în considerare următoarele domenii de manifestare ale vieții psihice a copilului:

- dezvoltarea motrică,
- dezvoltarea limbajului,
- comportarea adaptativă,
- comportarea personal-socială,

În lucrările ulterioare (1934, 1938) se ocupă aproape exclusiv de cercetarea primului an și modifică parțial această schemă. Astfel, în 1934, când prezintă cercetările privitoare la primul an, el se referă la șapte grupe de comportamente:

- comportarea posturală,
- locomoția,
- comportamentul perceptiv,
- prehensiunea,
- comportamentul adaptativ,
- limbajul,
- comportamentul social.

În ultima prezentare sistematică (1938) a cercetărilor privitoare la primul an, Gesell face o nouă modificare reducând grupele de comportamente urmărite la cinci:

- comportamentul postural,
- comportamentul prehensiv,
- comportamentul perceptiv,
- comportamentul adaptativ,
- limbaj – comportare socială.

În concluzie, putem spune că definirea zonelor de comportare constituie una din condițiile inițiale indispensabile pentru determinarea nivelului de evoluție și maturizare individuală.

Trebuie, totuși, să arătăm că toate categoriile cu care se operează în psihologia micii copilării sunt foarte labile și cuprinzătoare, datorită naturii nediferențiate a vieții psihice. Copilul mic "funcționează" ca un tot, iar evidențierea diverselor sale potențiale de ordin intelectual, emotiv sau cognitiv, trebuie căutată de-a lungul întregii sale experiențe.

Observație critică: lipsesc din schemele dimensionale ce au servit ca bază în determinarea nivelului educativ, formele de comportare privitoare la trăsăturile personale de temperament și caracter (tendențe, forme calitative de sociabilitate, expresii emotive, trăsături etc.). În cercetările lui Gesell, toate aceste comportamente se desprind din analiza observațiilor făcute în cursul evaluării, observațiile fiind apoi completate cu anchete în familie.

Stadii și nivele după A. Gesell

Gesell restrânge prima copilărie ("infancy") la primii doi ani de viață, iar timpul de la concepție la etatea de 52 săptămâni, îl împarte astfel:

TABEL I

ETATEA		PERIOADA DE DEZVOLTARE
Săptămâni prenatale	0 - 1	Germinală (zygotul și blastula)
	1 - 7	Embrionară
	7 - 40	Fetală - nașterea
Săptămâni Postnatale	0 - 4	Neo natală
	4 - 16	Primul sfert
	16 - 28	Al doilea sfert
	28 - 40	Al treilea sfert
	40 - 52	Al patrulea sfert
	52	Prima aniversare

Scara Gesell cuprinde 26 de nivele de maturizare: 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48, 56 săptămâni; 15, 18, 21, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66 luni (5 ani).

Determinarea nivelului de evoluție și maturizare

În concepția lui Gesell, formele de comportament ale copilului pot fi considerate din trei puncte de vedere:

- ca reacții specifice, ca răspunsuri la anumite situații;
- ca indici ai capacităților funcționale;
- ca valori ontogenetice de comportare, caracteristice unui anumit nivel de maturizare.

Să luăm un exemplu: copilul își privește mâna pentru prima dată la trei luni. Acest comportament constituie:

- reacție specifică față de o anumită situație;
- un aspect al funcțiunii de "privire" ori prindere perceptivă;
- un item indicativ al comportării pentru vârsta de trei luni, rezultată dintr-un anumit stadiu de maturizare neuromusculară.

La patru luni, copilul își ațintește ochiul timp de 5-30 sec asupra mâinii; o nouă valoare de comportament, pentru un nou stadiu de maturizare.

Stabilirea itemilor prin fragmentarea comportamentului ca întreg, poate să ducă la ideea că întregul comportament ar fi o sumă de fragmente.

Pentru a evita o astfel de înțelegere greșită, Gesell a întocmit pentru fragmentele și comportamentele normative (itemi) un *atlas al comportamentelor copilului mic*. Atlasul cuprinde fotografic formele configurate ale întregului comportament din care au fost scoase, prin analiză, fragmentele, itemii cu valoare generică.

Tehnici și procedee folosite în clinica lui Gesell pentru cunoașterea individualității copilului

- Ancheta în familie (istoria nașterii, sănătății și dezvoltării copilului examinat)
- Ancheta asupra stării medicale a copilului.
- Interviu în familie (pentru notarea caracteristicilor personale ale părinților și copilului, a modului cum copilul își petrece o zi din viață, cu specificarea dorințelor, obișnuințelor, trăsăturilor emotive ale acestuia etc.)
- Observarea și notarea (prin stenografiere după dictat) a comportării în timpul examinării psihologice.
- Elaborarea fișei analitice de dezvoltare.
- Cotarea nivelului de maturizare, pe fișa de cotare.

- g) Raport asupra individualității copilului în comportament: trăsături dinamice ca: energie, emotivitate, socializare etc., observate în anchete și în examinarea psihologică.
- h) Măsurători antropometrice, în timpul examenului psihologic, cuprinzând comentarii privitoare la aparența fizică și la tipul constituțional.
- i) Caracterizare sumară: indicarea comportamentelor care apar frecvent și caracteristice, clasificarea diagnostică, menționarea devianțelor și a datelor ce urmează a fi observate la o nouă examinare.
- j) Recomandări privitoare la dezvoltarea copilului, de care urmează să țină seama părinții.
- k) Inventarierea examinărilor succesive pe o fișă specială (atunci când este cazul).

3.5.2 Kleinkinder Test: Ch. Bühler – H.Hetzer

Testul Bühler-Hetzer, cunoscut și sub denumirea de “testul vienez”, a fost conceput, etalonat și validat de Charlotte Bühler și Hildegard Hetzer în anul 1932.

Ch. Bühler – psiholog austriac, cunoscută prin numeroasele sale lucrări în domeniul micii copilării este și autoarea cunoscutului test “World Test” (Testul Lumii). Prima variantă se datorează lui Margareta Lowenfeld (1931), care pune la dispoziția copilului o cutie cu 150 miniaturi, reprezentând case, copii, mobile și i se propune să construiască ce dorește. Meritul Charlottei Bühler și al colaboratorilor săi, constă în standardizarea testului, care publică și un manual de utilizare a lui (1941).

Charlotte Bühler a publicat și o lucrare de largă circulație (Primii ani de viață - 1930).

Ele au început prin observații continue, noapte și zi, a 69 de sugari în șapte perioade de vârstă succesive în timpul primului an. Scopul observațiilor era stabilirea unui inventar de comportamente previzibile pentru media copiilor de aceeași vârstă. În timpul primelor opt luni, intervalul între nivelele de vârste era de o lună, în timp ce pentru ultimele patru luni ale primului an, intervalul era de 2 luni. Testul a fost standardizat inițial pe un total de 220 de subiecți.

Departamentul de Psihologie al Universității din Viena, a aplicat acest test standardizat într-un mod sistematic între 1928 și 1938 la toți copiii încredințați în Kinderubermestelle der Stadt Wien (Centrul de primire al copiilor abandonati din orașul Viena). Numărul copiilor sub un an primiți de această instituție era de 400-500 pe an. Aceasta înseamnă că acest test a

fost aplicat aproximativ la 5000 de sugari în cei 10 ani, ceea ce a permis personalului să completeze unele lacune ale testului.

Testul a fost utilizat și în cercetări psihiatrice și clinice. Astfel, R. Spitz recunoaște că “eu am putut constata că testul mi-a oferit date psihometrice prețioase în evaluările mele clinice. Marele său avantaj este că indică în termeni numerici stadiul de dezvoltare al sugarului și în același timp relevă domeniile particulare ale personalității sale permițând comparații cu performanțele medii ale copiilor proveniți din același mediu”.

R. Spitz, pentru a se asigura de validitatea testului în Statele Unite l-a aplicat la două grupe de sugari din medii diferite. El concluzionează că normele baby-test-ului Bühler-Hetzer i-au servit drept ghid practic în munca sa și l-a orientat în evaluarea psihometrică a personalității sugarilor aparținând unor familii din medii economice cu posibilități materiale modeste și mijlocii din SUA și Europa.

Principii de construcție a scării

Încă de la început trebuie să arătăm că spre deosebire de cercetările lui Gesell unde domină punctul de vedere al genezei și maturizării conduitei, în cercetările întreprinse de Ch. Bühler și colaboratoarele sale s-a accentuat nevoia diagnosticării individualității copilului pe diversele sale trepte evolutive.

Ca să răspundă acestei nevoi, scara elaborată a trebuit să țină seama de o serie de exigențe:

- probele alese trebuie să facă apel la comportarea naturală a copilului în situații reale, renunțând cu totul la situații în care conduita este forțată sau nenaturală;
- scara elaborată trebuie să stimuleze nu numai procesele intelectuale, ci trebuie să pună în acțiune toate dimensiunile comportării umane pentru a ne da o imagine integrală a personalității copilului;
- rezultatele probelor trebuie să fie precise, spre a putea fi exprimate cantitativ și spre a putea fi comparate;
- probele (itemii) nu trebuie să fie complicate, grele și să necesite un timp îndelungat.

Structura scării – Domeniile investigate

Scara Bühler-Hetzer permite investigarea următoarelor dimensiuni psihice care servesc pentru determinarea cantitativă a nivelului de evoluție a individualității copilului:

1. Dezvoltarea receptivității senzoriale

- Reacții la hrana,
- Reacții senzoriale

- Înțelegerea obiectului.
2. Dezvoltarea mișcărilor corporale
- Mișcări de orientare și apucare
 - Înlăturarea obstacolelor
 - Controlul (stăpânirea) corpului.
3. Dezvoltarea socializării, a relațiilor interpersonale
- Contact
 - Ordine (conformism)
 - Limbaj – comunicare
4. Dezvoltarea capacității de a învăța
- Memorie concretă, practică
 - Memorie verbală,
 - Imitație
5. Dezvoltarea activității cu materiale și manipularea obiectelor
- Prelucrarea materialului
 - Executarea persistentă a unei activități
 - Dezvoltarea intelectuală
 - Utilizarea instrumentelor
 - Înțelegerea raporturilor de sens și configurație.

Exemplificarea scării

După o lungă observare a conduitei, a comportamentului unor grupe de copii, Bühler-Hetzer au stabilit serii de "itemi" simptomatici pentru fiecare din cele șase dimensiuni ale comportării în cadrul fiecărei etape de vârstă.

Scara definitivă cuprinde numai 10 probe pentru fiecare vârstă. Pentru exemplificare, prezentăm cele zece probe din seria vârstei de 5 luni:

TABEL II

DIMENSIUNI	CONȚINUT	PROBE
A. Dezvoltarea receptivității senzoriale	Reacții la hrană	
	Receptivitate senzorială	Copilul privește mai mult timp un carton colorat, decât unul necolorat
	Înțelegerea obiectului	Ține și privește un obiect
B. Dezvoltarea mișcărilor corporale	Mișcări de orientare și apucare	Apucă un obiect atins. Întinde mâna după obiectul privit.
	Înlăturarea obstacolelor	Înlăturarea scutecului
	Controlul corpului	Șade sprijinit numai pe palmele mâinii Dacă este ajutat, ridică umerii și capul când este culcat pe spate.
C. Dezvoltarea socializării	Contact	Urmărește cu privirea persoanele ce se mișcă în cameră.
	Ordine (conformism)	
	Limbaj-comunicare	
D. Dezvoltarea capacității de a învăța	Memorie practică	Când este plimbat, reacționează la noutatea situației
	Memorie verbală	
	Imitație	
E. Dezvoltarea activității cu materialele	Prelucrarea materialului	Mișcarea de mânuire a unei jucării
	Executarea persistentă a unei lucrări	
F. Dezvoltarea intelectuală	Utilizarea instrumentelor	
	Înțelegerea raporturilor de sens și configurație	

Prezentarea rezultatelor

Prin analogie cu tehnica de cotare a testelor de inteligență – în care nivelul intelectual se exprimă printr-un coeficient de inteligență (QI) – Bühler-Hetzer propun ca exprimarea nivelului de evoluție individuală să se facă printr-un coeficient de evoluție (CE), rezultat din împărțirea vârstei evolutive la vârsta cronologică.

$$CE = \frac{EE}{EC}$$

Fixarea categoriilor evolutive în funcție de coeficientul de evoluție, rămâne o problemă deschisă. Din cercetările lor, Bühler-Hetzer conchid că dezvoltarea normală ar prezenta coeficienți între 0,9 și 1,1 – deci ca și în cazul inteligenței.

Rezultatele obținute în cercetări pe copiii din mediile inferioare și superioare arată că zona normală pentru cei dinți este cuprinsă între 0,9-1,1, iar pentru cei din urmă între 1,20-1,40 – ceea ce înseamnă că se impune nevoia unei explicații mai cuprinzătoare a acestor mari variații.

Bühler-Hetzer ne indică și tehnica de exprimare a stării evolutive într-un profil (grafic) evolutiv, în care variațiile inferioare și superioare apar distincte pe diferitele dimensiuni-domenii ale comportamentului.

Rolul și limitele scării de dezvoltare Bühler-Hetzer

Punctăm rolul și limitele după aprecierile lui Spitz, care a utilizat acest test în munca sa clinică. Rezultatele acestui test, arată Spitz, nu pot fi considerate ca măsuri etalon pentru a evalua un sugar dat, sau pentru a pune un diagnostic. Numai observarea clinică prelungită și cercetarea istoriei fiecărui copil este cea care poate să evalueze dezvoltarea personalității sale. Scara de dezvoltare furnizează o serie de informații suplimentare asupra următoarelor puncte:

Rezultatele testului lunar ne oferă informații referitoare la: dezvoltarea unui copil dat, dacă acesta a progresat și atunci în ce măsură, dacă este vorba de o stagnare sau dacă este vorba de o regresie. În alți termeni, coeficientul de evoluție ne informează asupra tendinței de dezvoltare, asupra ritmului și direcției sale;

Scara indică, de asemenea, orice asimetrie între ritmul și frecvența, pe de o parte și direcția dezvoltării la același copil în diversele sectoare ale personalității sale.

Scara permite comparații cu un mare număr de sugari aparținând aceleiași sau diferitelor grupe de subiecți. Aceste comparații relevă similitudini ale profilelor de dezvoltare în grupe și sub-grupe.

Scara furnizează un sprijin constatărilor noastre clinice.

În fine, profilele de dezvoltare ilustrează grafic descrierile noastre.

Pe de altă parte, arată Spitz, acest test nu poate să ofere informații clinice asupra prezenței sau absenței emoțiilor la sugar, nici asupra dispozițiilor. Pe scurt, acest test nu ne furnizează nici indicații clinice, nici indicații de comportament și ne oferă puține lucruri

asupra relațiilor obiectuale ale copilului. Datorită acestui fapt, așa cum zice Anna Freud, testul apare fără relief.

3.5.3 Scara de dezvoltare Brunet-Lezine

Scara Brunet-Lezine este cea mai cunoscută și cea mai utilizată în Franța.

Construcția scării Brunet-Lezine

Punctul de plecare al construcției scării l-a constituit scara lui Gesell. După numeroase remanieri, O. Brunet și I. Lezine au reușit să selecționeze pentru fiecare nivel de vârstă 10 probe sau itemi (termenul englez "item", care înseamnă proba parțială a unui test a fost la început respins de psihologii de limbă franceză. Astăzi, termenul este utilizat curent sinonim cu termenul de "probă"): șase dintre ele rezultă din observarea performanțelor copilului în prezența examinatorului, alte patru sunt reprezentate de întrebări puse mamei sau substitutului său, relativ la unele aspecte de comportament ale copilului în mediul său obișnuit.

Brunet-Lezine a conservat în linii generale schema lui Gesell, repartizând probele în patru categorii:

- Domeniul motor sau postural (P),
- Coordonarea, înglobând adaptarea sau comportamentul cu obiectele (C),
- Limbajul (L),
- Relațiile sociale (S).

Datorită ritmului neregulat al dezvoltării psihologice a diferitelor domenii, numărul de probe pentru fiecare domeniu variază în funcție de nivelul de vârstă.

Numărul diferitelor probe pe vârstă

Prezentăm în tabelul de mai jos structura examinărilor și numărul de probe pe fiecare nivel de vârstă, deoarece itemii sunt repartizați pe cele 4 domenii (P, C, L, S):

3 LUNI	6 LUNI	9 LUNI	12 LUNI	18 LUNI	24 LUNI
3 P	3 P	3 P	2 P	2 P	2 P
3 C	4 C	4 C	5 C	4 C	4 C
1 L	1 L	2 L	2 L	2 L	3 L
3 S	2 S	1 S	1 S	2 S	1 S

Este evident că la fiecare investigație copilul este examinat nu numai cu ajutorul probelor nivelului său, ci în plus și cu cele care preced și urmează acestui nivel.

Prezentăm spre exemplificare cele 10 probe la 12 luni:

- P1: merge cu ajutor când este ținut de mână;
- C2: prinde cel de-al treilea cub, privindu-le pe cele două pe care deja le ține în mână;
- C3: dă drumul unui cub în ceașcă;
- C4: imită zgometul lingurii în ceașcă;
- C5: repune cercul pe planșetă;
- C6: începe și realizează o mâzgălitură ușoară după demonstrație;

Întrebări

- P7: în picioare, se apleacă pentru a ridica o jucărie;
- L8: spune un cuvânt, mai mult decât "mama" și "papa";
- L9: dă un obiect la ordin sau la un gest;
- S10: repetă acte care i-au provocat râsul.

Calcularea coeficientului de dezvoltare (QD)

Calcularea QD se face numai de la 4 luni. Până la 3 luni, se constată numai "bunul mers" al dezvoltării – aprecierea dând-o examenul neurologic.

De la 4 luni, se cotează astfel:

- 3 zile de item reușit la 4-10 luni;
- 6 zile de item reușit la 12 luni;
- 9 zile de item reușit la 15, 18, 21, 24 luni
- 18 zile de item reușit la 30 luni;
- 1 lună de item reușit la 3 ani;
- 2 luni de item reușit la 4 și 5 ani.

Formula de calculare a QD este următoarea:

$$QD = \frac{\text{var sta / in / zile / de / dezvoltare}}{\text{var sta / reala}}$$

De exemplu, un copil de 7 luni și 2 zile atinge vârsta în zile de 7 luni și 24 zile.

Pentru vârsta cronologică, spre deosebire de Gesell, reținem:

- luna este egală cu 30 zile
- anul este egal cu 360 zile.

Performanța e trasată pe un profil, care uneori ne dă indicații mai interesante decât nota brută a QD-ului. În afara QD global, se pot calcula și coeficienți parțiali corespunzând celor patru domenii ale scării.

Valoarea prognostică

Se știa că la copiii foarte mici, nu putem utiliza noțiunile de "vârstă mintală" și "coeficient intelectual", deoarece la acest nivel nu se poate vorbi încă de "funcții mintale".

Gesell a definit comportamentul ca echivalentul biologic al inteligenței, în sensul capacității generale de adaptare.

Copilul este un organism în dezvoltare, a cărui creștere se exprimă prin comportamente sau modalități de a reacționa din ce în ce mai complex, mergând de la reacții simple la actul voluntar, de la primele scâncete, la cuvânt. Ordinea succesiunii comportamentelor este aceeași pentru toți indivizii, doar ritmul după care se succed, diferă.

Deci, gradul dezvoltării se exprimă prin nivelul de comportamente: la stadii succesive ale dezvoltării sale, copilul are vârsta comportamentului său, care traduce un anumit grad de maturizare a sistemului nervos. Pentru a-l desemna, Gesell, utilizează termenul de "vârstă de maturitate" mai explicit decât cel de "vârstă de dezvoltare".

QD este un raport între "vârsta de maturitate" și "vârsta cronologică" și exprimă proporția dezvoltării normale la fiecare vârstă.

Trebuie amintit aici că "profilul" domeniilor, câmpurilor de comportament este absolut indispensabil pentru interpretarea QD-ului. Un QD dat, izolat, nu numai că nu explică nimic, dar riscă să facă iluzorie semnificația sa.

Totuși, utilizarea QD prezintă două avantaje:

- permite abordarea unui diagnostic mai precis (o întârziere de 3 luni la 12 luni e mult mai gravă, decât o întârziere de 3 luni la 3 ani. Într-un caz, el se exprimă printr-un QD=75, iar altul printr-un QD=92);

- permite (cu condiția ca proporția dezvoltării normale să rămână aceeași la fiecare vârstă) stabilirea unui prognostic, adică să se prevadă dezvoltarea ulterioară a subiectului: 6 luni întârziere la 12 luni, poate face să se prevadă 12 luni întârziere la 2 ani, 3 ani la 6 ani, 6 ani la 12 ani, putându-se afirma cu certitudine că coeficientul de 50 se va menține relativ constant de-a lungul unei întregi perioade de dezvoltare.

Precizăm că în cursul primilor 2 ani de viață, QD nu are o mare exactitate privind prognosticul de viitor. Bailey raportează o corelație foarte slabă între scorurile obținute la 1, 2 și 3 luni și scorurile obținute la 18 sau 36 luni. O constatare analogă se obține dacă sunt comparate rezultatele obținute cu ajutorul a două scări diferite utilizate la vârste diferite. McCall raportează datele la opt studii: ele arată că nu există nici o relație între rezultatele testelor de inteligență practică și scorurile de QI obținute la copiii de vârstă medie sau la sfârșitul copilăriei.

Scările de dezvoltare (baby testele) sunt excelente instrumente de diagnostic, dar ele au o valoare prognostică numai când se constată o întârziere pronunțată a dezvoltării. În cazurile de debilitate (care se exprimă printr-un QD inferior lui 70) este posibil un prognostic cu un minim de eroare.

În cazul primilor 2 ani, examenul comportamentului cu ajutorul baby-testelor nu este suficient, fiind necesar un examen neurologic aprofundat, diagnosticul și prognosticul revenind medicului.

În cursul primilor 2 ani, se constată o fluctuație a QD-ului, datorită principalelor modificări ale comportamentului motor, de la un stadiu la altul de dezvoltare. Apoi, în jur de 2 ani, apare odată cu limbajul, o nouă formă de gândire, care poate modifica sensibil tabloul prezentat până atunci.

Ar fi o mare eroare să se creadă că baby-testele ar putea arăta cu precizie cum va fi inteligența ulterioară. Ele nu măsoară inteligența, ci numai un ritm de dezvoltare general, pentru că aspectele diversificate ale comportamentului sunt toate, dependente unele de altele. Există toate șansele să rămână o dezvoltare normală, dacă nici o cauză exterioară nu vine să o perturbe. Tulburările de dezvoltare decelate precoce, pot beneficia de intervenții de succes.

Achiziția limbajului și variațiile QD în primii 3 ani

Importanța limbajului în evoluția psihismului în primii 3 ani, a fost subliniată în mod deosebit de H. Wallon.

Dacă pentru Gesell, achiziția limbajului nu este decât un grad mai înalt în maturizarea nervoasă, iar pentru Piaget o ocazie de a reîncepe pe plan verbal experiențele făcute pe plan senzorio-motor, grație factorilor biologici de organizare și adaptare, pentru Wallon limbajul marchează o reînnoire completă a vieții psihice.

Cu ajutorul limbajului, apare capacitatea de a lega lucrurile între ele, aptitudine care naște progrese ale maturității, se creează spațiul mintal, lumea conceptelor și relațiilor logice, cu degajarea treptată a spațiului concret, pe care încetul cu încetul îl domină.

Înainte de înălțurii conceptelor, copilul, din nevoia de a comunica cu altul în vederea acțiunii, a trebuit să se ridice deasupra participării sale cu obiectul în mișcarea lui, pentru a ajunge la reprezentarea sa, adică la semnificația sa, prin limbaj.

Aceasta explică de ce, de la 2 ani, ritmul dezvoltării se modifică pe măsură ce itemii care succed probele senzorio-motorii sunt din ce în ce mai intelectualizați.

Precizăm că nu există un raport între precocitatea sau întârzierea apariției limbajului și nivelele dezvoltării mintale ulterioare.

Pe lângă probele de limbaj prevăzute de toate scările de dezvoltare, există și teste special elaborate pentru evaluarea dezvoltării limbajului la vârstele mici. Amintim în această direcție "*Peabody Picture Vocabulary Test*". Acest test nu necesită ca un copil să se exprime prin limbaj; copilul indică imaginea corectă printre mai multe imagini atunci când obiectul sau acțiunea este numită. Capacitatea măsurată este înțelegerea și recunoașterea cuvintelor.

Reynell a elaborat scări de dezvoltare a limbajului, unele pentru explorarea înțelegerii și altele pentru investigarea expresiei.

Limbajul presupune două aptitudini distincte legate de progresul maturității:

- aptitudinea de a face cunoscute lucrurile prin cuvinte, apoi de a lega aceste cuvinte între ele după unele raporturi;

- posibilitatea de a articula două și mai multe silabe succesive cu prioritatea înțelegerii cuvintelor.

Limbajul odată constituit, reprezintă un material care rămâne a fi utilizat. Inteligența apare ca o capacitate de a utiliza limbajul în judecăți și raționamente din ce în ce mai complexe. Limbajul nu este, deci, inteligență, ci el exprimă inteligența.

Se poate admite că dacă limbajul se perfecționează mai repede sub efectul unei cauze exterioare (sub influența grupului social) poate să rezulte o dezvoltare mai rapidă a inteligenței.

3.5.4 Scările de dezvoltare Bailey

Scările de dezvoltare Bailey sunt rezultatul a douăzeci de ani de muncă începând cu 1928; în jur de 4500 de examene de sugari au contribuit la punerea la punct a versiunii prezente. Ele se compun din trei părți:

- scara mentală, construită pentru a evalua dezvoltarea senzorială și perceptivă, capacitățile de discriminare a stimulilor și capacitățile de a reacționa; dezvoltarea permanenței obiectului și capacităților de memorare, de învățare și de rezolvare a problemelor, vocalizarea și începutul comunicării verbale; primele manifestări ale capacității de a face generalizări și clasificări, operații care constituie baza gândirii abstracte;

- scara motrică, elaborată pentru a furniza evaluarea gradului de control al motricității, pe de o parte coordonarea mișcărilor fine ale mâinii și degetelor, pe de altă parte mișcările grupelor musculare corespunzătoare segmentelor corporale mai întinse. Rezultatele administrării scării motrice sunt exprimate și ele sub forma unui scor standard, indice de dezvoltare psihomotorie;

- observarea comportamentului sugarului în timpul și după aplicarea scării mentale și psihomotrice, făcută de clinician care evaluează maniera în care sugarul intră în relație cu anturajul sau/și intră în contact cu obiectele neanimate; sunt studiate aici atitudinile sale, centrele sale de interes, emoțiile sale, nivelul activității motrice, tendința sa de a se depărta sau a se apropia de diverse surse de stimulare.

Utilitatea clinică

Utilizarea scârilor permite să situăm dezvoltarea unui copil dat în raport cu ceilalți copii de aceeași vârstă.

Observarea comportamentului sugarului permite să notăm aspectele calitative ale comportamentului său în interacțiune cu mama sa și cu examinatorul.

Indicii stabiliți au însă o valoare limitată pentru predictibilitatea capacităților viitoare ale individului, deoarece viteza de dezvoltare a unui anumit copil poate să fie foarte variabilă de la o perioadă la alta.

Valoarea scârilor constă în informațiile pe care le furnizează evaluarea în starea actuală și în gradul deviației dezvoltării sale în raport cu media sugarilor de aceeași vârstă. Punerea în evidență a unei deviații semnificative poate incita să cercetăm și să punem în evidență cauzele retardului observat, care pot fi psiho-afective, senzoriale sau neurologice; de asemenea, pot favoriza identificarea unei stări patologice, sau a oferi baze pentru formularea diagnosticului.

Standardizarea

Scările au fost standardizate plecând de la examenul a 1462 sugari în vârsta de la 2 la 30 luni.

Constituirea eșantionului a fost reprezentativă pentru populația de copii de această vârstă din SUA, în jurul anului 1960. În constituirea eșantionului s-a ținut cont de sex și rasa copilului, de nivelul de studii al capului familiei și locul de viață (rural sau urban).

Scările Bailey au fost în principal elaborate pentru a evalua dezvoltarea copiilor între 2 și 30 luni. Durata medie de administrare a celor două scări este de aproximativ 45 minute.

3.5.5 Scările de dezvoltare a inteligenței fundamentate pe teoria lui Piaget

După teoria lui Piaget, primul stadiu de dezvoltare al inteligenței, stadiul senzorio-motor, se întinde de la naștere până în jur de 2 ani.

Dezvoltarea activității cognitive se observă în șase domenii:

- schemele operative.

- noțiunea de obiect,
- imitație,
- noțiunea de spațiu,
- noțiunea de timp,
- cauzalitatea.

În fiecare din aceste domenii, Piaget descrie progresul dezvoltării în șase sub-stadii succesive. El afirmă că procesul dezvoltării se efectuează aproximativ într-o manieră paralelă în cele șase sectoare diferite. Astfel, un sugar care se găsește în stadiul al III-lea de dezvoltare, la noțiunea de obiect trebuie să fie în același stadiu în sectorul "imitație" ca și în celelalte domenii.

Casati și Lezine, Escalona și Corman, Uzgiris și Hunt, bazându-se pe teoria lui Piaget au elaborat scările lor de dezvoltare a inteligenței la sugar.

Aceste scări sunt numite "ordinale"; acest termen înseamnă că numerele stadiilor de dezvoltare (de la I la VI) indică ordinea în care ele progresează. Aceste numere nu indică că intervalele între numere sunt egale. De exemplu, dacă doi sugari sunt în stadiile VI și V și dacă doi alți sugari sunt în stadiile V și IV, nu putem afirma că diferența de dezvoltare între cei doi sugari ai fiecărei perechi este egală.

Dunst descrie scările lui Uzgiris și Hunt și utilizarea lor clinică. Aceste scări măsoară competențele senzorio-motorii în șapte domenii:

- urmărirea vizuală și permanentă a obiectului
- mijloacele pentru a suscita apariția unor evenimente dorite în mediu (scheme operative);
- dezvoltarea imitației vocale;
- dezvoltarea imitației gestuale;
- dezvoltarea cauzalității operaționale;
- construcția relațiilor spațiale între obiecte;
- dezvoltarea schemelor de relație între obiecte;
- cauzalitate.

În practică, itemii testelor constau pentru examinător în a suscita situații proprii pentru a declanșa la sugar comportamente care implică atingerea unui stadiu dat în sectorul studiat.

Se prezintă în continuare maniera în care Dunst utilizează clinic scările lui Uzgiris și Hunt. Descrierile cantitative se exprimă sub forma estimării vârstei de dezvoltare; estimările vârstei de dezvoltare sunt raportate la vârstele cronologice la care sugarul reușește itemii scârilor și mai precis, vârsta modală la care sugarul reușește acești itemi. Șapte estimări de

vârstă de dezvoltare, corespund fiecare uncia din scările Uzgiris și Hunt. Media celor șapte estimări este cunoscută ca o aproximare a vârstei senzorio-motorii generale a copilului.

Descrierile calitative sunt, pentru Dunst, punctul cel mai important al utilizării acestei scări. Trei tipuri de date sunt culese.

În primul rând, performanța cea mai avansată este notată și aceasta pentru fiecare din cele șapte domenii studiate. Această notație ne permite să constatăm dacă copilul a atins stadii diferite după domeniile considerate.

În al doilea rând, stadiul modal al performanțelor copilului este considerat stadiul în care copilul a atins cel mai mare număr de domenii studiate.

În al treilea rând, domeniile cele mai mature și domeniile cele mai imature precum și schemele cele mai caracteristice ce pot fi precizate pentru copil.

Scările de dezvoltare ale afectelor și evaluare a schemelor de interacțiune

Pentru clinicieni sunt disponibile și o serie de scări de evaluare standardizate în afara celor motorii, cognitive și de limbaj. Ele sunt însă, ca număr, mult mai puține și mai ales standardizarea lor a fost mai puțin făcută. În momentul de față, diverse echipe au elaborat în funcție de nevoile cercetărilor întreprinse, o serie de instrumente de evaluare: construcția unora dintre aceste instrumente și examenul proprietăților lor psihometrice sunt încă în curs de realizare.

Serge Stoleru, în studiul său asupra "scărilor de dezvoltare" prezintă cu titlul de ilustrație două dintre aceste scări care vizează afectivitatea. El le descrie după prezentarea lui Solgom.

3.5.6 Scările Gaensbauer

O serie de cercetări recente arată că afectele sugarului cunosc o dezvoltare și o maturare având aceleași caracteristici ca întreaga viață mintală. Ele evoluează către o diferențiere, către apariția unor sentimente din ce în ce mai nuanțate și subtile. Diferențele categorii de afecte distincte pot fi identificate foarte precoce la sugari.

Scările Gaensbauer comportă două elemente:

- Pe de o parte, utilizarea sistematică a unui protocol elaborat în scopul de a suscita apariția diverselor reacții afective și,

- Pe de altă parte, scările de cotare destinate pentru a obține o măsură cantitativă a intensității mai multor categorii de afecte.

Protocolul utilizat de Gaensbauer și colaboratorii săi, comportă situația întâlnită de sugar cu o persoană necunoscută în timpul prezentării itemilor scării mentale Bailey. Această prezentare este deci utilizată, în acest cadru, ca un procedeu destinat explorării afectelor sugarului; obiectivul specific utilizat nu este măsurarea indicelui de dezvoltare mentală. El comportă 5 faze:

- perioada de joc (7 minute)
- venirea și apropierea examinatorului – persoana necunoscută (5 min.)
- test Bailey (15- 25 min.)
- separarea de mamă (3 min.) apoi revenirea mamei (2 min.)
- perioada de joc după plecarea examinatorului (3 min.)

Ansamblul protocolului este înregistrat pe bandă magnetoscopică și segmentat în intervale succesive de treizeci de secunde. Afectele sunt cotate, pentru fiecare interval, după o scară care comportă 9 grade. Afectele sunt identificate și intensitatea lor este evaluată plecând de la expresiile feței, de la vocalizări și de la comportamentele motorii. Sunt evaluate următoarele afecte: plăcerea, interesul dirijat către mamă, interesul dirijat către persoana necunoscută, interesul dirijat către mediul inanimat, frica, neliniștea, tristețea și depresia.

Aceste scări permit punerea în evidență, după Gaensbauer și Mrazek, a diferențelor importante între sugarii normali și sugarii victime ale serviciilor sau neglijențelor parentale. Acești ultimi sugari apar "deprimați", "nervoși", "repliați afectiv" sau "înclinați să răspundă oricui fără discriminare".

3.5.7 Evaluarea cu ajutorul schemelor de interacțiune (GLOS)

Greenspan și Lieberman au pus la punct o metodă standardizată, "Greenspan - Lieberman Observational System" (GLOS) destinată să descrie schemele de interacțiune mamă-sugar și să evalueze maniera cantitativă a unora dintre caracteristicile lor.

Interacțiunea mamă-copil are loc într-o situație semi-standardizată: caracteristicile camerei și materialul de joc pus la dispoziție diadei sunt aceleași de la o evaluare la alta, dar nu se cere mamei nici o sarcină precisă; se spune că scopul protocolului este de a cunoaște mai bine comportamentul copilului cu mama într-un moment în care nu se impune nici o sarcină specifică (hrănirea, curățenia de ex.).

Interacțiunea durează 10-12 min. și este înregistrată pe bandă magnetoscopică. Ea este apoi segmentată în secvențe de 5 secunde. Fiecare secvență este analizată și codată cu ajutorul unei serii de categorii. Aceste categorii sunt de 3 tipuri.

- categorii care descriu comportamentele mamei;
- categorii care descriu comportamentele sugarului;
- categorii care descriu relația sau absența aparentă a relației între comportamentele celor doi parteneri.

Acest ultim tip de categorii este dirijat la rândul său în *trei subtipuri*:

- răspunsul mamei la comportamentul sugarului poate să fie, în ochii observatorului, corespunzător intenției exprimate de sugar;
- răspunsul mamei poate fi, în ochii observatorului, în întâlnirea intenției exprimate de sugar;
- răspunsul mamei poate fi, în ochii observatorului, fără nici o relație cu intenția exprimată de sugar;

Aceste 3 tipuri de răspunsuri caracterizează în mod egal și răspunsurile sugarului la comportamentele mamei.

Fiabilitatea GLOS a fost stabilită. Există o stabilitate în timp (test-retest) pentru intervale scurte de timp, iar pentru intervale de mai multe luni, rezultatele arată diferențe de la o evaluare la alta, diferențe care reflectă schimbările dezvoltării legate de vârsta copilului.

3.6 Instrumente de screening, testul Denver (T. D. II)

Unele evaluări standardizate sunt utile pentru a pune în evidență existența unei probleme patologice sau unei întârzieri în dezvoltare; funcția lor este deci mai mult de a releva o dificultate decât de a identifica natura sau a măsura cu precizie gradul de gravitate. Cea mai importantă probă în această direcție este *testul Denver* (The Denver Developmental Screening Test –T. D. II).

Testul Denver (DDST) a fost publicat prima dată în anul 1967. Scopul său principal a fost facilitarea decelării tulburărilor de dezvoltare la copil. Testul s-a bucurat de o apreciere deosebită, a fost adaptat și standardizat în foarte multe țări și a fost utilizat în testarea a peste 50 milioane copii.

Datorită acestei largi aplicări s-a impus o revizuire majoră a testului, concretizată în varianta Denver II (TD II) care a fost realizată în anul 1990.

Expunerea prezentă este făcută după varianta TD II.

Descrierea testului

Testul TD II se aplică copiilor de la naștere până la vârsta de 6 ani. Aplicarea constă în evaluarea performanței copilului în raport cu o varietate de sarcini adecvate vârstei.

Testul cuprinde 125 de probe (de itemi) care sunt dispuși în formularul testului în 4 părți, fiecare explorând o serie de funcții :

- *Socializarea* - personală: comunicarea, adaptarea cu adulții și interesul pentru nevoile proprii;

- *Motricitate fină* - adaptabilitate: coordonare ochi-mână, mânăuirea de obiecte mici și rezolvarea de diverse probleme;

- *Limbaaj*: auz, înțelegere, folosirea limbajului;

- *Motricitate grosieră*: ședere, mers, sărit, mișcări musculare ample, globale.

Tot în test sunt incluși 5 itemi denumiți "test de comportament" . Acești itemi se completează după aplicarea celorlalți itemi. " *Testul de comportament* " apreciază subiectiv comportamentul global al copilului și se referă în mare, la modul în care copilul își folosește aptitudinile.

Prin itemii săi, testul își propune:

- screeningul copiilor cu probleme;
- confirmarea unor suspiciuni clinice prin folosirea unor măsurători obiective;
- monitorizarea copiilor cu risc în probleme de dezvoltare (de exemplu a copiilor cu tulburări perinatale).

În legătură cu testul Denver sunt necesare câteva precizări. În primul rând acest test nu este un test de inteligență, el nu funcționează proiectiv asupra nivelului de adaptabilitate. El nu este un test diagnostic care să permită un prognostic asupra deficitului de învățare, asupra tulburărilor de vorbire, sau asupra disfuncției emoționale. Așa cum se arată în manualul testului el nu trebuie substituit examenului clinic sau unei evaluări cu scop diagnostic.

"*TD II este destinat comparării performanței unui anumit copil în fața unei varietăți de probe, cu performanțele altor copii de aceeași vârstă*".

Pregătirea examinatorilor

TD II a fost conceput pentru aplicarea în clinici și instituții de copii mici de către diverse categorii de specialiști și nespecialiști.

Testarea trebuie aplicată doar de către persoane familiarizate cu materialele și procedurile testării copiilor mici. Testul trebuie aplicat într-o manieră standardizată; examinatorii trebuie atenți pregătiți și trebuie să treacă testul de calificare înainte de a aplica TD în scopuri clinice. Persoanele care au mai utilizat variante anterioare – DDST, ca și cele

ce nu au mai făcut-o, sunt sfătuite să parcurgă întregul program de pregătire și să își evalueze calificarea.

Aplicarea în clinică și cercetare

Valoarea esențială a TD II este aceea de a pune la dispoziție o imagine clinică, organizată a dezvoltării generale a unui copil și de a alerta examinatorul în fața unor posibile tulburări de dezvoltare. TD II trebuie folosit în primul rând pentru a compara un copil cu alți copii de aceeași vârstă. Testul nu are valoare de prognoză asupra dezvoltării ulterioare a copilului. Manualul tehnic al TD II prezintă date amănunțite asupra revizuirilor și restandardizărilor testului, precum și informații detaliate în legătură cu toate probele în TD II.

Avantajul TD II față de alte scale de dezvoltare îl constituie faptul că fiecare din cei 125 de itemi este reprezentat în formular printr-o bandă care spațializează, la care 25%, 50%, 75%, 90% din copiii cuprinși în eșantionul standard au trecut acest punct .

3.7 Metode și instrumente folosite în evaluarea calității atașamentului

3.7.1 Chestionarul de atașament Q-sort

Chestionarul de atașament Q- sort, împreună cu Strange Situation, a fost gândit și utilizat de M. Ainsworth (Ainsworth, Bell & Stayton, 1973) pentru a completa datele și observațiile asupra comportamentului de atașament al copilului. Complexitatea acestui comportament, revelat în studiile în teren și observațiile de laborator au demonstrat nevoia de a dezvolta o astfel de tehnică și principalele trei rațiuni sunt: (1) pentru a avea la îndemână o metodologie economică pentru examinarea relațiilor dintre comportamentul de atașament și clasificările date de Strange Situation; (2) pentru a defini mat bine (cu ajutorul Q- sort) componentele comportamentale ale conceptului de "bază de securitate" și (3) pentru a stimula interesul asupra studierii comportamentului de securitate și diferențele individuale în atașamentul sigur în copilărie. Aceasta metodă poate fi folosită și pe populația clinică. Ca urmare a studiilor făcute în timp și a validității demonstrate, metoda a fost folosită și ulterior adaptată și pentru populații de copii școlari (Ann Shields & Dante Cicchetti, 1997). Chestionarul de atașament Q-sort este un set de 90 de itemi care apar sub forma unor propoziții ce caracterizează comportamente de atașament. Deși inițial chestionarul este descris ca fiind aplicat de observatorul care face studiul sau cercetarea, ulterior a fost pus la punct un instructaj care abilitază mama să descrie comportamentul copilului, ea fiind persoana care cunoaște cel mai bine copilul (Teti D. M. & McGourty, 1996). Mama sau persoana de

referință este rugată să selecteze itemii în funcție de comportamentul descris. Selecția se face pe o scală de 9 puncte, de la non caracteristic (1) la foarte caracteristic (9).

Evaluarea se poate face în mai multe feluri. Se poate da o valoare fiecărui item care este caracteristic unei trăsături sau pattern de interacțiune ce urmează a fi evaluată (ex. sensibilitatea). La nivel micro fiecare item poate fi studiat ca indicativ pentru comportamentul unui copil. În acest studiu scorurile pentru fiecare copil vor fi comparate cu rezultate standard selectate pe criteriile de securitate și dependență (Waters, 1985; pentru PC IBM exista o dischetă cu programul).

După ce WPS a fost completat, a urmat o lungă sesiune de completare a chestionarului Q- sort care cuprinde 90 de itemi și pe care mama / îngrijitorul de referință trebuia să-i aranjeze pe o scală de 9 puncte. Am dat următoarele instrucțiuni, extrase din materialul lui Waters (1985) :

a) pe aceste cartoane este scrisă câte o propoziție. Fiecare propoziție descrie mai mult sau mai puțin caracteristicile comportamentului copilului în interacțiune cu tine.

b) gândește-te la copil și încearcă să-ți faci o imagine generală despre el, nu la situații particulare ne referim aici.

c) aranjează aceste 90 de propoziții pe o scală de la 1 (Nu este deloc caracteristic pentru copil) la 9 (este foarte caracteristic pentru copil), la sfârșit va trebui să avem câte 10 cartoane pe fiecare coloană.

d) dacă n-ai observat în practică acel comportament enunțat în propoziție, poți extrapola la alte situații sau comportamente care pot fi caracteristice pentru acest tip de situație.

e) ordinea aranjării propozițiilor să se bazeze pe importanța itemului care descrie un copil specific și nu pe frecvența comportamentului.

f) în timpul aranjării propozițiilor și după ce ai terminat să te gândești dacă prin aranjarea lor ai descris corect comportamentul copilului, astfel încât un străin după ce vede această descriere să poată identifica acest copil într-un grup.

După aceste explicații nu am mai intervenit, excepție făcând întrebările puse de mamă/îngrijitoare referitor la înțelesul propoziției.

Interviul de atașament Q-sort

1. Copilul o lasă pe mamă să-i adune lucrurile sau face aceasta împreună cu ea, dacă mama îi cere.

Minim – refuză

2. Câteodată, când copilul se întoarce la mama sa după joc, este agitat fără motiv.

Minim – copilul este fericit și își manifestă afecțiunea când se întoarce la mama sa în timpul sau după joc.

3. Când este supărat sau lovit, acceptă să fie liniștit și de altă persoană decât de mamă.

Minim – mama este singura pe care o acceptă să-l liniștească.

4. Copilul este drăguț și atent cu jucăriile și cu animalele.

5. Copilul este mai mult interesat de oameni decât de lucruri.

Minim – mai mult interesat de lucruri de cât de persoane.

6. Când copilul este lângă mama sa și vede ceva cu care ar vrea să se joace, se agită și încearcă să-și tragă mama spre acel obiect.

Minim – se îndreaptă spre ceea ce-și dorește fără să se agite și fără să-și tragă mama.

7. Copilul râde și zâmbește cu ușurință, unor diferiți oameni.

Minim – mama poate să-l facă să râdă sau să zâmbească mult mai ușor decât oricine altcineva.

8. Când copilul plânge, plânge tare.

Minim – plânge superficial, oftează sau plânsul nu durează mult.

9. Copilul este bine dispus și jucăuș cea mai mare parte a timpului.

Minim – copilul tinde să fie serios, trist, nu se bucură.

10. Copilul plânge adesea sau rezistă când mama încearcă să-l culce sau să-i schimbe scutecele.

11. Copilul își îmbrățișează sau își mângâie mama des, fără ca aceasta să-i ceară sau să-l invite să o facă.

Minim – copilul nu-și îmbrățișează mama decât dacă aceasta îl îmbrățișează mai întâi sau îi cere să o îmbrățișeze el.

12. Copilul se obișnuiește repede cu persoane sau lucruri care inițial l-au intimidat sau speriat.

Mediu – niciodată timid sau speriat.

13. Când copilul își manifestă disconfortul (exemplu, plânge) la plecarea mamei, el continuă să plângă sau devine supărat după plecarea ei.

Mediu – nu se supără la plecarea mamei

Minim – plânsul încetează imediat după plecarea mamei.

14. Când copilul găsește o jucărie nouă, o duce mamei să i-o arate sau i-o arată la o anumită distanță.

15. Copilul vorbește cu persoane noi, le arată jucării sau le arată ce știe să facă dacă mama îi cere acest lucru.

16. Copilul preferă jucării care redau vietăți (păpuși, animale de pluș)

Minim – preferă mingea, cuburi, creioane sau alte obiecte.

17. Copilul își pierde rapid interesul pe care îl are asupra adulților noi, dacă aceștia îl plictisesc

18. Copilul urmează sugestiile mamei, chiar dacă sunt în mod clar sugestii și nu ordine.

Minim – ignoră sau refuză sugestiile și ia în considerare doar ordinele

19. Copilul își ascultă mama când aceasta îi cere să-i aducă sau să-i dea obiectul care îl are în mână (nu contează refuzurile în joacă) sau care fac parte dintr-un joc, interesează doar când nu este ascultător.

Minim – mama trebuie să-i ia obiectul sau să ridice vocea la el ca să obțină obiectul

20. Copilul nu pare tulburat atunci când cade, se împiedică sau se lovește.

Minim – plânge la orice mică împiedicare, cădere, lovire

21. Copilul ține minte (ține cont de) locul în care se află mama sa în timp ce el se joacă în casă sau în jurul casei. O strigă (cheamă) din când în când. Observă dacă ea trece dintr-o cameră în altă. Observă dacă ea își schimbă activitatea

Mediu – copilului nu i se permite sau nu are loc să se joace departe de mamă

Minim – nu ține minte

22. Copilul se poartă ca un părinte afectuos cu păpușile, animalele sau copiii din jurul său.

Mediu – copilul nu se joacă sau nu are în jurul său păpuși, animale sau copii.

Minim – se joacă cu ei în alte feluri.

23. Când mama este ocupată cu alți membrii ai familiei sau când încearcă să-și manifeste afecțiunea față de ei, copilul încearcă să atragă toată atenția mamei asupra sa.

Minim – copilul permite mamei să-și manifeste afecțiunea față de alți copii. Participă și el, dar fără să fie gelos.

24. Când mama folosește un ton hotărât, sau când ridică vocea la el, copilul devine supărat, rușinat deoarece își nemulțumește mama (nu se punctează mult dacă acest copil este supărat doar de vocea ridicată sau dacă îi este teamă să fie pedepsit)

25. Mama pierde ușor urma copilului când acesta se joacă în afara câmpului ei vizual.

Mediu – nu se joacă niciodată în afara câmpului ei vizual

Minim – vorbește și strigă când este în afara câmpului vizual al mamei. Este ușor de găsit, de urmărit, mama știe cu ușurință ce se joacă copilul

26. Copilul plânge când mama îl lasă acasă cu tata, bunicul sau altă persoană care să îl îngrijească.

Minim – nu plânge în prezența nici unuia dintre aceștia

27. Copilul râde când mama îl necăjește în joacă (il tachinează)

Mediu – mama nu îl ironizează (nu râde de el) în timpul jocului sau conversației.

Minim – se supără.

28. Copilului îi place să se relaxeze în brațele mamei.

Mediu – copilul nu stă liniștit

Minim – preferă să se relaxeze pe podea sau pe pat

29. Uneori copilul este atât de adâncit în activitatea sa, încât pare să nu audă când cineva îi vorbește.

Minim – chiar dacă este foarte adâncit în joc, copilul observă când cineva vorbește cu el.

30. Copilul se enervează adesea, vărsându-și furia asupra jucăriilor

31. Copilul dorește să fie în centrul atenției mamei. Când mama este ocupată sau când vorbește cu cineva, el o intrerupe.

Minim – nu observă sau nu îi pasă că nu este în centrul atenției mamei.

32. Când mama îi spune nu, sau îl pedepsește, copilul nu se mai poartă urât (cel puțin în momentul acela). Nu trebuie să i se spună de două ori.

33. Câteodată copilul dorește (sau dă impresia că dorește) să fie pus jos (când este ținut în brațe) dar se agită și vrea să fie ridicat imediat după aceea.

34. Când copilul se supără deoarece mama l-a lăsat singur, se așează în locul în care se află și începe să plângă. Nu se duce după ea.

Mediu - nu se supără niciodată când mama îl lasă singur

Minim – pleacă după ea dacă se supără, sau plânge când este părăsit.

35. Copilul este independent de mama sa. Preferă să se joace singur, își părăsește mama cu ușurință când dorește să se joace.

Mediu - nu i se permite sau nu există suficient spațiu pentru a se juca la distanță de mama sa.

Minim – preferă să se joace cu mama sa sau lângă ea.

36. Copilul are în mod clar obișnuința să-și folosească mama ca bază de plecare în explorare. Pleacă de lângă ea ca să se joace, se întoarce și se joacă lângă ea, pleacă din nou.

Minim – pleacă întotdeauna de lângă ea și nu revine sau stă tot timpul lângă ea.

37. Copilul este foarte activ, se mișcă tot timpul. Preferă jocurile active celor tăcute.

38. Copilul este insistent și nerăbdător cu mama sa. Se agită până când mama face ce i se cere.

39. Copilul este mai serios, cu o figură mai gravă, când se joacă departe de mama sa sau când este singur cu jucăriile.

Minim – de obicei râde și se distrează când se joacă departe de mamă sau când este singur cu jucăriile.

40. Copilul examinează obiectele sau jucăriile mai în detaliu, foarte atent. Încearcă să le folosească în mai multe feluri.

Minim – prima privire este în mod obișnuit scurtă, superficială (chiar dacă se va întoarce mai târziu la obiectul respectiv)

41. Copilul își urmează mama când aceasta îi cere (nu ținem cont de refuzuri sau de întâzieri în joc, ca parte a jocului, ci doar de refuzurile în care, în mod evident este neascultător)

42. Copilul recunoaște (își dă seama) când mama este supărată, devine și el supărat. Încearcă să o liniștească, întreabă ce s-a întâmplat.

Minim – nu își dă seama, continuă să se joace, se comportă cu ea ca și când totul este în regulă.

43. Copilul stă aproape de mama sa și se întoarce lângă ea, mai des decât i-ar cere ea acest lucru.

44. Copilului îi face plăcere și chiar îi cere mamei să-l ia în brațe, să-l pupe sau să-l mângâie.

Minim – nu-i place în mod special. Tolerează dar nu cere, dorește să fie pus repede jos.

45. Copilul dansează sau cântă cu plăcere când aude muzica.

Minim – nu-i place, nici nu-i displace muzica, este indiferent

46. Copilul merge sau aleargă fără să se împiedice, să cadă sau să se lovească.

Minim – se împiedică, se lovește, cade mereu (chiar dacă nu se rănește)

47. Copilul acceptă și-i face plăcere sunetele puternice și țopăiala în timpul jocului, dacă mama îi zâmbește și îi dă de înțeles că este ceva distractiv.

Minim – copilul devine supărat chiar dacă mama îi dă de înțeles că sunetele și activitatea sunt distractive și nu sunt periculoase.

48. Copilul acceptă repede să-și împartă sau să-și ofere lucrurile persoanelor noi dacă acestea îi cer acest lucru.

49. Fuge la mamă cu un zâmbet timid când persoane noi vizitează casa.

Mediu – copilul nu fuge deloc la mamă când vin persoane noi

Minim – chiar dacă se obișnuiește repede cu vizitatorii, inițial copilul fuge la mama speriat sau plângând.

50. Prima reacție a copilului când alte persoane vizitează familia sa, este de a le ignora sau de a le evita chiar și atunci când aceștia încearcă să se apropie de el.

51. Copilului îi place să se cațere pe vizitator când acesta se joacă cu el.

Mediu – nu se va juca cu vizitatorul

Minim – nu caută un contact strâns cu vizitatorul când acesta se joacă cu el.

52. Copilul are dificultăți în manipularea obiectelor mici sau la îmbinarea acestora.

Minim – este foarte priceput în manipularea obiectelor mici, a creioanelor etc.

53. Copilul își îmbrățișează mama (mănuțele în jurul ei) sau își pune mâna pe umărul ei atunci când ea îl ia în brațe.

Minim – acceptă să fie luat în brațe, dar nu o ajută să facă acest lucru sau nu o îmbrățișează și el.

54. Atunci când mama încearcă să-l ajute, copilul se poartă ca și cum ar aștepta ca mama să intervină în activitățile sale

Minim – acceptă ajutorul mamei, pregătit fiind, exceptând cazurile când intervine cu adevărat în activitățile copilului.

55. Copilul copiază comportamente sau metode de a face unele lucruri urmărind comportamentul mamei.

Minim – nu se poate observa că a copiat ceva din comportamentul mamei

56. Copilul devine timid sau își pierde interesul când o activitate i se pare dificilă.

Minim – crede că poate realiza activități dificile.

57. Copilul nu se teme.

Minim – copilul este precaut și plin de teamă.

58. Copilul ignoră cu desăvârșire persoana care vizitează familia. Găsește propriile activități mai interesante.

Minim – vizitatorul i se pare destul de interesant, chiar dacă este puțin timid la început.

59. Când copilul termină o activitate sau un joc, de obicei își găsește o preocupare fără a se întoarce la mama sa între două activități.

Minim – când a terminat o activitate sau un joc, se întoarce la mama sa pentru a se juca, pentru reconfortare sau pentru a fi ajutat să-și găsească o nouă activitate.

60. Dacă mama îl asigură prin cuvinte că “este în ordine” sau “nu-ți face nimic rău”, copilul se apropie sau se joacă cu obiectele care inițial l-au speriat.

Mediu - niciodată precaut sau speriat.

61. Se joacă cu duritate cu mama. Se izbește, zgârie, mușcă în timpul jocului activ, (nu vrea cu adevărat să-și rănească mama).

Mediu - joaca nu este niciodată prea activă

Minim – se joacă activ fără să-și rănească mama.

62. Când copilul este în bună dispoziție, este în stare să rămână așa toată ziua.

Minim - buna dispoziție îi trece foarte repede.

63. Chiar dacă a reușit înainte să facă anumite lucruri, copilul încearcă să obțină mai întâi ajutorul cuiva în acea activitate

64. Copilului îi place să se cațere pe mamă când se joacă împreună.

Minim - nu ține neapărat să-și atingă mama când se joacă

65. Copilul se supără ușor când mama încearcă să-i schimbe activitatea (chiar și atunci când aceasta este una din activitățile preferate ale copilului)

66. Copilul se împrietenește repede cu adulții care îi vizitează casa și sunt prietenoși cu el.

Minim – nu intră ușor în contact cu oamenii pe care nu i-a mai văzut

67. Când familia are vizitatori, copilul dorește să atragă atenția acestora asupra sa.

68. În medie, copilul este tipul de persoană, mai activă decât mama sa.

Minim – În medie, copilul este mai puțin activ decât mama, mai apatic.

69. Cere foarte rar ajutorul mamei.

Mediu - copilul este prea mic ca să ceară ajutor

Minim – cere adesea ajutorul mamei

70. Copilul își întâmpină (salută) mama imediat ce ea intră în cameră, printr-un zâmbet (sau îi arată o jucărie prin gesturi, sau îi spune ceva de bun venit).

Minim – nu își salută mama, numai dacă ea îl salută întâi.

71. Dacă este ținut în brațele mamei, copilul se oprește din plâns și își revine repede după ce a fost speriat sau supărat.

Minim – nu se liniștește repede

72. Dacă vizitatorul râde sau aprobă acțiunea copilului, acesta va repeta aceeași acțiune tot mai des.

Minim – reacția vizitatorului nu influențează copilul în acest fel

73. Copilul are o jucărie preferată sau o pernă pe care o cară după el, o ia cu el în pat sau o îmbrățișează când e supărat (nu se include sticla de lapte sau suzeta, în cazul copilului sub 2 ani)

Minim – nu are asemenea obiecte preferate.

74. Când mama nu face ceea ce dorește copilul în acel moment, se poartă ca și când mama nu ar dori să facă acel lucru (se agită, se supără, se îndreaptă spre alte activități)

Minim – are răbdare pentru un timp rezonabil, ca și cum ar aștepta ca mama să facă într-un timp scurt ceea ce dorește.

75. Acasă copilul se supără sau plânge când mama părăsește camera (o urmează sau nu).

Minim – observă plecarea ei, o urmează dar nu se supără.

76. Dacă ar fi să aleagă, copilul preferă să se joace cu jucăriile și nu cu adulții.

Minim- preferă să se joace cu adulții decât cu jucăriile.

77. Când mama îi cere copilului să facă ceva el înțelege imediat ce anume dorește mama (nu este foarte important dacă execută sau nu).

Mediu – copilul este prea mic ca să înțeleagă

Minim – uneori nu pricepe sau înțelege greu ce anume dorește mama

78. Copilului îi place să fie îmbrățișat sau ținut în brațe de alți oameni, decât de părinți și/sau bunicii săi.

79. Copilul se supără ușor pe mama sa.

Minim – nu se supără pe mama sa decât dacă ea este foarte săcâitoare sau când este foarte obosit.

80. Copilul folosește mimica (expresia facială) mamei ca pe o sursă de informații când ceva pare riscant sau îl sperie.

Minim – își folosește propria minte (judecă singur situația) fără să verifice mai întâi mimica mamei .

81. Copilul plânge pentru a determina mama să facă ceea ce vrea el.

Minim – de obicei plânge din cauză că se simte obosit, trist, înfricoșat.

82. Copilul își petrece majoritatea timpului jucându-se doar cu puține jucării favorite sau cu anumite activități favorite.

83. Când copilul este plictisit merge la mama încercând să găsească ceva de făcut.

Minim – se învârte de colo-colo sau nu face nimic pentru un timp până când apare ceva de făcut

84. Copilul face un mic efort să fie curățenic și ordine în jurul lui.

Minim – copilul stropește sau aruncă lucruri pe el sau pe podea tot timpul.

85. Copilul este puternic atras de activități și jucării noi.

Minim – lucrurile noi nu îi distrag atenția de la jucăriile sau activitățile cu care este deja obișnuit.

86. Copilul încearcă să o facă pe mama să îl imite sau observă imediat și îi place dacă mama îl imită pe el sau chiar pe ea însăși.

87. Dacă mama râde sau aprobă ceva ce a făcut copilul el repetă gestul.

Minim – nu îl influențează în mod special.

88. Când se întâmplă ceva ce îl supără pe copil, el rămâne acolo unde se află și începe să plângă.

Minim – se duce la mama sa când plânge. Nu o așteaptă pe mamă să vină la el.

89. Expresia facială (mimica) a copilului este puternică și clară când acesta se joacă cu ceva.

90. Dacă mama se mută mai departe, copilul o urmează continuând să se joace aproape de locul unde s-a dus ea.

Mediu – copilului nu îi este permis sau nu are loc să se joace departe de mamă.

3.7.2 Exemplu de combinare a metodelor de investigare folosite în programul Casa cu ferestre deschise

Sesiune stres la separare (SSS)

Am intenționat să urmăresc o procedură identică pentru toți subiecții. Dar datorită unor circumstanțe specifice pentru un studiu "în teren", apar întotdeauna mici diferențe între sesiuni. Am fost nevoiți să improvizăm pentru a putea observa mama și copilul (uneori am făcut observația de pe balcon sau dintr-o debara), sau am fost nevoiți să refixăm electrozii în timpul SSS. Aceste dezavantaje sunt de așteptat într-o situație naturală și validitatea ecologică a organizării poate fi văzută ca o compensație.

Persoanele prezente au fost experimentatorul, un asistent, mama sau persoana de referință pentru copil și copilul. Asistentul a fost folosit ca persoană străină în timpul Sesiunii Stress la Separare (vezi SSS).

În toate cazurile, pentru Sesiunea Stres la Separare am folosit o cameră cunoscută de copii, pe care am amenajat-o în așa fel încât să fie destul loc de mișcare și în același timp copilul să se poate juca cu jucăriile lui preferate sau pentru care am observat că manifestă interes. În cazul copiilor din grupul de control, am folosit sufrageria, în majoritatea cazurilor

aceasta fiind încăperea cea mai spațioasă dar și datorită faptului că pentru o bună observare am fost nevoiți să stăm pe balcon. Faptul că nu trebuia să fim văzuți de copil în timpul SSS a fost mai important în acest studiu decât chiar acuratețea observației în amănunt.

Pregătirea subiecților pentru SSS

Copilul și părintele/îngrijitorul de care copilul era atașat au fost pregătiți în alta încăpere, alăturată de cea în care se va desfășura experimentul. Am dat explicații clare, în special copilului, despre ce va urma, i-am arătat aparatul de care nu doream să se sperie. Am atașat electrozii mai întâi părintelui/îngrijitoarei în prezența copilului. După ce am atașat și copilului electrozii și am fixat pe curea sau am pus într-unul din buzunare aparatul de înregistrare, ofeream copilului o jucărie sau o mică bomboană pentru a-i distra atenția, în general copii au pierdut repede interesul pentru "cutiuța" din buzunar. S-au comportat normal, cu câteva excepții în care copiii și-au amintit de electrozi sau firele de legătură când în mișcare le-au atins, dar au revenit la jocul lor. În acest timp se dădeau ultimele explicații părintelui/îngrijitoarei, faza de pregătire luând sfârșit când și experimentatorul și asistentul părăseau încăperea și urma să se deruleze scenariul Sesiunii Stres la Separare.

Principiul metodei

Respectând mai mult sau mai puțin versiunea originală consacrată de Ainsworth a Situației Neobișnuite – „Strange Situation” (SS), sesiunea organizată de noi am denumit-o Sesiunea Stres la Separare (SSS). Stresul a fost evocat la copil prin separarea de mamă /îngrijitor de referință și/ sau fiind cu un străin sau total singur. Am divizat sesiunea în 6 faze:

- Mama /îngrijitori de referință singură cu copilul pentru 10 minute. Aceste 10 minute au fost considerate ca fiind suficiente pentru stabilirea unei bune măsurători a ritmului cardiac atât la copil cât și la adult, și de asemenea, pentru a lăsa un timp mamei /îngrijitorului de referință să se obișnuiască cu situația.

Menționez aici că au fost luate în calcul doar ultimele 3 minute de bătăi ale inimii.

- Un străin intră în cameră. Salută mama și copilul, interacționează cu ei în mod natural, dar lasă inițiativa mamei sau copilului. Timp - 3 minute.

- Mama pleacă din încăpere fără să dea explicații, dar poate să salute. Străinul poate consola copilul dacă e necesar, dar nu are voie să spună că mama se va "întoarce imediat". Timp - 3 minute

- Mama revine în cameră. Interacțiunea continuă ca în faza 2. Timp - 3 minute.

- Străinul și mama /îngrijitoarea iasă din cameră, pot saluta copilul dar nu dau explicații de nici un fel copilului. În funcție de gradul de distress observat la copil, acesta e lăsat singur 3 minute (cel puțin 2' 30").

- Mama se întoarce singură. Consolează copilul, dacă e cazul, sau interacționează cu el timp de încă 3 minute. Aici se încheie sesiunea, toată lumea poate să intre.

După ce sesiunea s-a terminat și numai când copilul nu mai dă nici un semn de distress, se îndepărtează electrozii ce au fost lipiți pe piele și se scoate aparatul care a înregistrat (sistemul de monitorizare ambulator)

Sistemul de monitorizare ambulatoriu

Acest aparat pentru măsurarea ritmului cardiac și schimbărilor în impedanța toracică a fost, din câte știu, folosit pentru prima dată la copii de vârstă mică în țara noastră. În acest studiu ne-a interesat în special ritmul cardiac.

Principalul avantaj al acestui aparat este că după ce se atașează electrozii pe piele (6 sau 7), măsurătoarea poate fi făcută în condiții normale. Aceasta se întâmplă fără ca aparatul să influențeze comportamentul subiectului. În comparație cu aparatele standard din laborator, acest aparat face măsurători fidele (de Geus& Van Doomen, 1995; 1996).

Scala de dezvoltare WPS- Profil de dezvoltare II

Este un inventar de abilități pentru evaluarea dezvoltării copilului de la naștere până la 9 ani. Conține 186 de itemi și se administrează sub forma unui interviu persoanei care cunoaște cel mai bine copilul.

Această scală este divizată în 5 părți separate:

- fizic, scala măsoară dezvoltarea fizică prin determinarea abilităților de coordonare a mușchilor, flexibilității, abilități motrice secvențiale;

- autoservire, această scală evaluează gradul în care copilul este capabil să se miște independent în mediul său, să se îngrijească pe el sau pe alții, să mănânce, să se îmbrace sau să rezolve o sarcină;

- social, această scală măsoară abilitățile de relaționare interpersonală. Nevoile emoționale ale copilului față de persoanele cu care vine în contact, maniera în care relaționează cu prietenii, familia sau adulți străini exemplifică abilitățile ce măsoară performanța în situații sociale;

-academic, scala măsoară abilitățile intelectuale ;

-comunicare, scala măsoară abilitățile de comunicare receptivă și expresivă prin limbaj verbal și non-verbal.

La finalul interviului se calculează scorul care se scade sau adaugă la vârsta cronologică a copilului. Scala de dezvoltare II WPS este prezentată în anexa nr. 1.

Scala de dezvoltare a fost completată de către experimentator cu ajutorul mamei / îngrijitorului de referință . La finalul testării s-a obținut pentru fiecare copil un grafic care reprezenta gradul sau de dezvoltare pe cele 5 nivele.

Chestionarul asupra percepției de către adult a nevoilor copilului mic

În ultimele decenii mica copilărie s-a bucurat de o atenție deosebită din partea specialiștilor. S-a constatat că evenimentele pe care le trăiește copilul în relațiile sale cu familia în primii ani de viață determină în mare măsură structura întregii sale dezvoltări psihice, lăsându-se și amprenta asupra personalității sale.

Chestionarul de față urmărește să investigheze imaginea nevoilor copilului mic așa cum apare ea în mintea părinților și a specialiștilor din zona în care locuim.

Care sunt nevoile copilului mic și ce trebuie să știe părinții și specialiștii pentru a recunoaște aceste nevoi și a le satisface pentru a preveni instalarea unor tulburări durabile, cu impact în viața de adult.

1. Enumerați principalele nevoi pe care le are
 - a) noul născut (0 – 1 lună)
 - b) sugarul (1 lună – 1 an)
 - c) copilul mic (1 – 3 ani)
2. De ce informații considerați că are nevoie un părinte pentru a putea da răspuns la întrebările cu privire la creșterea și educarea copilului mic?
3. Ce vă amintiți despre creșterea copilului mic din poveștile spuse de mama sau bunica? (tradiții culturale)
4. Notați trei situații deosebite în care, ca părinte, ați simțit nevoia să fiți sfătuit, ajutat, sprijinit sau ca specialist ați sfătuit, ajutat și sprijinit?
5. Vă consultăm cu privire la elaborarea unui program de formare a părinților pentru Mica Copilărie, propuneți trei teme pe care le considerați necesare din perspectiva personală sau profesională.

3.8 Tulburarea de atașament reactivă în copilăria precoce

- criterii de diagnostic

A. Relațiile sociale marcat perturbate și necorespunzător dezvoltate în majoritatea contextelor începând înaintea vârstei de 5 ani evidențiate prin una din următoarele:

1. Eșecul persistent de a iniția sau a răspunde într-un mod adecvat dezvoltamental la majoritatea interacțiunilor sociale, manifestându-se printr-o răspundere excesiv de inhibat, hipervigilent sau extrem de ambivalentă și răspunsuri contradictorii (ex. un copil poate răspunde la persoanele de îngrijire cu un amestec de apropiere, evitare, rezistență la mângâiere sau privire înghețată)
2. Atașamente difuze manifestate prin sociabilitate nediscriminativă cu o inabilitate marcată de a dovedi atașamente selective corespunzătoare (ex. familiaritate excesivă cu persoane apropiate sau străine, absența selectivității în alegerea persoanelor de care se atașază)

B. Perturbarea din criteriul A nu justifică doar ea singură întârzierea dezvoltamentală (ca în retardarea mentală) și nu întrunește criteriile pentru o tulburare dezvoltamentală pervazivă de dezvoltare.

C. Îngrijire patogenă evidențiată de cel puțin una din următoarele :

1. indiferență persistentă față de nevoile emoționale de bază ale copilului: pentru confort, stimulare și afecțiune (ex. pedepsirea prea severă de către persoana de îngrijire, neglijarea substanțială de către persoana de îngrijire)
2. indiferența persistentă față de nevoile fizice de bază ale copilului (incluzând alimentația, locuința adecvată și protecția față de pericolul sau molestarea fizică incluzând abuzuri sexuale)
3. schimbări repetate ale persoanei de îngrijire inițiale care împiedică formarea de atașamente stabile (ex. schimbări frecvente ale plasamentelor familiale)

D. Există presupunerea că îngrijirea de la criteriul C este responsabilă pentru comportamentul perturbat de la criteriul A (ex. perturbările de la criteriul A. au început într-o fază care urmează îngrijirii patologice de la criteriul C.)

Tipul inhibat : Dacă predomină criteriul A1 în prezentarea clinică.

Tipul dezinhibat : Dacă predomină criteriul A2 în prezentarea clinică.

3.9 Criterii de diagnostic propuse de Charles Zeanah pentru tulburările de atașament precoce

Tulburarea de atașament de tip I „neatașat”

1. Copilul nu demonstrează o preferință pentru o anumite persoană de îngrijire, chiar și atunci când este speriat, bolnav, rănit sau în alte situații care în mod obișnuit stimulează sistemul comportamental de atașament.

2. Copilul nu protestează la separare sau protestează la separare fără discriminare (plânge la plecarea oricui sau e indiferent la plecarea mamei).

3. În cazul în care copilul este sociabil cu cineva, o face în mod nediscriminativ.

4. Copilul are o vârstă mentală de cel puțin 8 luni.

Tulburarea de atașament de tip II „nediscriminativ”

1. Copilul părăsește în repetate rânduri siguranța conferită de prezența figurii de atașament și hoinărește fără să se asigure (părăsește casa și merge pe stradă, se pierde în public etc.).

2. Copilul are un model de a intra ușor în situații cu risc de lezare fizică.

3. Copilul poate arăta un comportament etichetat drept promiscuitate socială, (deschidere și prietenie sau de căutare a mângâierilor excesive, a hranei de la adulți, cunoscuți sau străini).

4. Simptomele nu pot fi explicate prin tulburarea de deficit de atenție și hiperreactivitate.

5. Există două subtipuri:

a) social cu promiscuitate

- prietenia nediscriminată și responsivitatea socială slabă sunt caracteristicile cele mai proeminente ale comportamentului copilului;

- copilul poate căuta confort când este supărat, chiar dacă nu exprimă vreo preferință și este de multe ori greu de alinat.

b) temerar / predispus la accidente / își asumă riscuri

- copilul pare să arate un model de temeritate, predispoziție la accidente și un comportament care își asumă riscuri, ceea ce este mai mult decât poate fi explicat prin neverificarea (neasigurarea) cu o figură de atașament;

- comportamentul temerar al copilului poate avea o componentă compulsivă.

Tulburarea de atașament de tip III „inhibat”

1. Copilul arată o împotrivire continuă la apropiere, atingere, manipulare a unor obiecte neanimate, cum ar fi jucăriile, în medii nefamiliare și mai ales, în prezența persoanelor nefamiliare.

2. Copilul evită în mod activ sau se retrage prea repede de la interacțiunea socială cu alte persoane decât figura de atașament.

3. Copilul arată o gamă restrânsă de afecte în situații sociale, chiar și în prezența figurii de atașament cu o predispoziție predominantă mergând de la cercetare calmă la hipervigilență.

4. Există două subtipuri:

a) agățare excesivă

- copilul apare confortabil în imediata vecinătate a figurii de atașament, dar este cu ușurință înfricoșat de decoruri, obiecte sau persoane nefamiliare. Cu toate acestea, în proximitatea figurii de atașament este plin de anxietate.

- separarea de figura de atașament întâmpină o puternică rezistență și duce la o supărare mare.

b) compleanță compulsivă

- copilul se supune ușor directivelor figurii de atașament cu puțină sau chiar fără rezistență sau ezitare;

- copilul are schimburi afective pozitive limitate cu figura de atașament;

- copilul apare înspăimântat de figura de atașament;

- copilul apare mai puțin inhibat, speriat și neimplicat în absența figurii de atașament.

Tulburarea de atașament de tip IV „agresiv”

1. Copilul are o preferință clară pentru o figură de atașament, dar căutarea confortului este adesea întreruptă de izbucnirile furioase, agresive ale copilului, direcționate către figura de atașament sau către sine.

2. Mânia, exprimată fizic, verbal sau în ambele moduri este o trăsătură universală a relației de atașament și merge mult mai departe decât noncompleanța "neascultarea" caracteristică vârstei și frustrărilor tranzitorii.

N.B. Nesupunerea nu este în general suficientă pentru diagnostic, deoarece, în contextul relației de atașament îndreptată către sine sau către alții, agresivitatea este semnul caracteristic acestui tip.

3. Simptomele de anxietate (anxietate la despărțire, tulburări de somn etc.) pot fi aparente, dar nu au o importanță centrală datorită agresivității copilului care apare în prim plan.

Tulburarea de atașament de tip V cu „inversare de rol”

1. Relația părinte-copil este inversată și copilul își asumă roluri și responsabilități care, în mod obișnuit ar fi asumate de părinte.

2. Copilul menține o proximitate neanxioasă față de figura de atașament în decoruri nefamiliare.

3. Copilul este suprasolicitant, plin de solitudine și adoptă o poziție de supraprotecție, de control, de conducere, în timpul interacțiunilor cu persoana de îngrijire.

4. Copilul menține un grad neobișnuit de preocupare față de bunăstarea psihologică a persoanei de îngrijire.

3.10 Criterii de diagnostic pentru „comportament opozant – sfidător” (după DSM IV)

A. Un model de comportament negativist, ostil, sfidător și provocator (care este clar în afara limitelor unui comportament normal pentru un copil de această vârstă) care durează cel puțin 6 luni, în care sunt prezente 4 (sau mai multe) din următoarele criterii:

1. se supără frecvent,
2. se ceartă deseori cu adulții,
3. refuză să se supună cererilor sau regulilor adulților, sfidează deseori,
4. enervează intenționat pe ceilalți,
5. acuză frecvent pe ceilalți de greșelile lui sau pentru comportamentul lui necorespunzător,
6. este deseori furios și refractar,
7. este deseori ranchiunos sau răzbunător.

Notă: un criteriu se consideră satisfăcut, numai dacă comportamentul apare mai frecvent decât se observă în mod normal, la persoanele de vârste și nivele de dezvoltare comparabile.

B. Tulburările de comportament determină afectarea clinică semnificativă a vieții sociale, școlare sau profesionale a persoanei.

C. Comportamentele de mai sus nu se întâlnesc doar în timpul unei „Tulburări de dispoziție sau psihotice”.

D. Nu sunt îndeplinite criteriile pentru „Tulburări de conduită” și (dacă persoana are 18 ani sau mai mult) nu sunt îndeplinite criteriile pentru „Tulburări antisociale de personalitate”.

3.11 Criterii de diagnostic pentru „Tulburări de conduită” (după DSM IV)

A. Un model de comportament repetitiv și persistent în care sunt violate drepturile fundamentale ale celorlalți. De asemenea, sunt încălcate și normele sau regulile celor mai în vârstă, manifestându-se prin prezența a 3 (sau mai multe) criterii în ultimele 12 luni, cu cel puțin un criteriu prezent în ultimele 6 luni.

Agresivitate față de oameni și animale

1. Ameninșă sau intimidează deseori pe ceilalți
2. Inițiază deseori bătăi sau lupte
3. A folosit o armă care poate cauza răni grave celorlalți (de exemplu, băț, cărămidă, sticlă spartă, cuțit, pistol)
4. A dovedit cruzime față de oameni
5. A dovedit cruzime față de animale
6. A furat, confruntându-se cu victima (de exemplu, smulgerea poșetei, escrocherie, tâlhărie, furt armat)
7. A forțat pe cineva să întrețină relații sexuale.

Distrușterea proprietății

8. A dat foc intenționat, provocând pagube materiale importante
9. A distrus intenționat proprietatea cuiva (altfel decât prin foc)

Înșelăciune sau furt

10. A spart casa sau mașina cuiva
11. Minte deseori pentru a obține bunuri sau avantaje, sau pentru a evita obligații (de exemplu, îi convinge minșind pe ceilalți)
12. A furat obiecte de mică valoare fără a se confrunta cu victima (de exemplu, falsificare, furt din magazin, dar fără spargere)

Violarea regulilor

13. Nu vine noaptea acasă, în ciuda interdicțiilor părinților, încă înainte de 13 ani
14. A fugit de acasă noaptea, cel puțin de 2 ori, în timp ce locuia cu părinții sau la o casă adoptivă (cel puțin o dată nu s-a întors acasă perioadă lungă)
15. Chiulește frecvent de la școală, încă dinaintea de 13 ani

B. Tulburările de conduită produc afectarea clinică semnificativă a vieții sociale, școlare sau profesionale a persoanei.

C. Nu sunt îndeplinite criteriile pentru „Tulburări antisociale de personalitate” (dacă persoana are 18 ani sau mai mult)

Precizarea tipului în funcție de vârsta la debut:

- tipul cu debut în copilărie: debutul a cel puțin un criteriu caracteristic „Tulburărilor de comportament” înainte de 10 ani,
- tipul cu debut în adolescență: absența oricărui criteriu caracteristic „tulburărilor de conduită” după 10 ani,

Precizarea severității tulburării:

- ușoară: sunt prezente puține probleme de conduită în plus față de cele necesare punerii diagnosticului, iar tulburările de conduită produc daune minore altora,
- moderată: problemele de conduită și efectele asupra celorlalți sunt intermediare între „ușor” și „sever”,
- gravă: sunt prezente numeroase probleme de conduită, în plus față de cele necesare punerii diagnosticului, iar tulburările de conduită produc daune importante altora.

CAP. IV. ATAȘAMENTUL BAZĂ A FAMILIEI SUPLEANTE

4.1. Deprivarea maternă

Recitindu-l pe John Bowlby după 50 ani de la formularea Raportului său către Organizația Mondială a Sănătății se crează sentimentul redescoperirii „adevărurilor eterne”.

Cartea intitulată „Îngrijirea copilului și creșterea iubirii” (a fost în prima ediție în 1953) pe baza raportului amintit și republicată în 1965 cu două capitole finale ale lui Mary Ainsworth.

Ne propunem o reluare succintă a problematicii considerată de Ainsworth drept „controversată” și care considerăm că facilitează înțelegerea terminologiei și perspectivelor de cercetare bazate pe teoria atașamentului, în implementarea proiectelor concrete din teren și înțelegerea patologiei aferente tulburărilor generate de situațiile adverse dezvoltării normale a copilului mic.

Autoarea discută 8 probleme considerate în 1965 drept „controversate” a :

- definiții *deprivării maternale*
- „*mamelor multiple*”.
- *variabilității gradului de deteriorare* care urmează *deprivării*.
- *Specificității versus Efecte generale* ale *deprivării*.
- *Diversității naturii efectelor adverse* ale *deprivării*.
- *Permanenței efectelor deprivării*.
- *Delicvenței*
- *Deprivării maternale versus deprivare ambientală* (mediul înconjurător).

1. Problema definiției deprivării maternale

Deprivare = care survine când un copil nu are un supleant matern și primește îngrijiri insuficiente de consistente, semnificative, senzitive în raport cu nevoile specifice individuale (nurturing).

În consecință are oportunități insuficiente de a interacționa cu o „figură maternă”.

- Un set de condiții trebuie explorat când copilul trăiește cu părinții naturali sau substitut maternal dar primește îngrijiri *insuficiente*. E vorba aici de *insuficiența* interacțiunilor între copil și figura maternală.

• Un alt set de condiții inclus în termenul de “deprivare maternă” se referă la *separarea* copilului de mamă, care nu înseamnă neapărat experimentarea unei insuficiente interacțiuni. Separarea mamă-copil poate fi ocazionată de plasarea temporară a copilului într-un loc (instituție) unde nu există o *interacțiune substitutivă* suficientă pentru a înlocui mama temporar (*supleanță maternă*).

Chiar dacă toate experiențele de separare sunt trăite de copil ca neplăcute, dacă i se oferă acestuia un substitut cu care poate interacționa suficient efectul nu e deprivarea.

Pentru un copil *suficient de mare* pentru a discrimina mama de alte persoane și dacă are un atașament deja format față de ea, dar nu e suficient de matur să mențină acest atașament când pleacă, e posibil în acest caz să distingem *discontinuitatea* într-o relație față de *insuficiența interacțiunii*.

Pentru că tristețea pe care o aduc aceste discontinuități în relațiile de atașament poate avea efecte adverse asupra dezvoltării, e necesară concentrarea acțiunilor în acest sens, dar efectele nu sunt în mod necesar superpozabile celor de *insuficiență*.

Faptul că ambele, *insuficiența și discontinuitățile* survin împreună, datorită repetatelor rupturi în relația cu figura maternă ele pot avea ca magnitudine a efectelor adverse una similară cu cea care urmează unei insuficiențe în interacțiune prelungită și severă, de aceea trebuie să o includem la capitolul “deprivare”.

De asemenea trebuie inclusă la acest capitol de “deprivare maternă” și situația în care, orice fel de interacțiune între mamă și copil are efect *nesănătos* asupra copilului.

“Relațiile distorsionate” cu efect nesănătos (care nu înseamnă neapărat insuficiență, nici discontinuitate), ci dimpotrivă o constantă și consistentă ostilitate, rejecție, cruzime sau indulgență excesivă cu / fără control represiv și absența afecțiunii și căldurii în relație conduc la același termen de “deprivare maternă”.

În concluzie:

Complexitatea condițiilor care au fost incluse în termenul de “deprivare maternă” a fost o sursă de confuzie pentru cei care se pierd în controverse și de aceea pe viitor trebuie să le evităm.

Înțelegem prin:

- a) *Insuficiența* interacțiunilor implică noțiunea de deprivare.
- b) *Relații distorsionate*, implică absența respectului pentru cantitatea și calitatea acțiunilor prezente, percepere eronată a nevoilor.
- c) *Discontinuitatea* relațiilor se referă la experiențe multiple de separare.

Ca urmare în cele ce urmează cele 3 situații vor fi luate în discuție.

2. Problematika “mamelor multiple”

Atrăgând atenția asupra interacțiunilor precoce cu ambii părinți, Mary Ainsworth precizează că termenul de “deprivare maternă” se referă exclusiv la mamă când în realitate în relațiile precoce ale copilului figura paternă intervine și poate de multe ori suplini cu succes (în prevenirea efectelor adverse) relațiile semnificative pentru copil.

Expresia ar trebui să atragă atenția spre a distinge efectul instituționalizării precoce prin “*deprivare parentală*” față de cea maternă.

Mai există în familie frați, surori, rude cu care copilul poate forma legături dar procesele prin care *legăturile interpersonale* se formează la acești copii și *sunt menținute* pot fi afectate la diferiți copii (de la *legături* “lipsite de afecțiune” până la cele “acroșante”, “anxioase”, “simbiotice” sau “supra-dependente”) care pot avea aceeași cauză primară.

3. Problematika permanenței efectelor deprivării

Afirmațiile lui Bowlby, Spitz și alții că *deprivarea precoce severă* poate avea efecte *permanente* au fost criticate pentru că se aduceau în discuție efectele favorabile ale influențelor ulterioare în viață.

Mai multe lucruri pot fi luate în considerare în această dispută:

1. Chiar copiii afectați sever pot să-și îmbunătățească situația atunci când deprivarea încetează și îi iau locul îngrijiri adecvate nevoilor acestuia.

2. Anumite procese afectate pot fi influențate pozitiv în mai mare măsură decât altele (acum se știe că stimularea unor arii la momentul oportun, pe alte canale, poate înlocui în comportamentul ulterior al acestuia deficiența primară în interacțiune ... nu însă și percepția afectivă în situații de stres!!!).

3. Anumite deficiențe sunt mai evidente, mai ușor de observat decât altele care pot fi însă mult mai rezistente la schimbare!!

4. Anumite efecte remanente devin evidente (apar la suprafață) dar în circumstanțe speciale – mult mai târziu în viață, ceea ce reactivează și face să se manifeste procesul nesănătos (stabilit de la origine în interacțiune precoce) – și care poate rămâne ascuns până târziu în viață.

Atenția inadecvată la aceste puncte poate conduce la critici sterile.

4. Problematika specială a delincvenței

Lauretta Bender folosea termenul de “tulburare de comportament psihopatică” pentru a asocia sindromul clinic pe care l-a găsit la copiii care experimentează precoce deprivarea severă.

John Bowlby folosea delicvența juvenilă spre a demonstra asocierea cu așa zisul "caracter lipsit de afecțiune".

Ipoteza tulburărilor de adaptare care pot avea ca origine deprivarea maternă nu înseamnă implicit și automat că delicvența, situația de comportament de mai târziu, ar fi rezultatul comun (obișnuit) al deprivării sau separării precoce de mamă.

5. Problema "deprivare maternală" versus "carențele de mediu ambiental"

Există încă dispute referitoare la efectele instituționalizării precoce și îngrijirii sugarilor în condiții adverse. Acestea se referă la nivelul scăzut de stimulare în mediul instituțional care ar explica efectele patologice care nu sunt în totalitate de atribuit absenței figurii maternante.

Rățiunile controverselor s-ar datora variabilelor care includ:

- vârsta copilului la separare,
- natura experiențelor anterioare separării (inclusiv cu mama),
- durata separării,
- prezența circumstanțelor traumatiche în jurul evenimentului separării,
- disponibilitatea supleantului / substitutului maternal de a interacționa cu copilul,
- natura experiențelor copilului după perioada de separare.

Variabile similare au semnificație pentru copiii care au experimentat insuficiența / distorsiunea relațiilor fără separare.

Procesul de dezvoltare individuală este continuu, genetic determinat și ereditar structurat iar rezultatul este un întreg care rezultă din istoria precedentă și influențele mediului sub presiunea cărora se formează persoana unică.

Răspunsul individual (după încetarea deprivării) e determinat atât de modul în care procesul e pregătit în timpul experienței de deprivare cât și de modul cum e modificat (pozitiv sau negativ) de către interacțiunile ulterioare ale persoanei din mediul său înconjurător. Toate determină rezultatul final.

Există însă o spirală care începe cu exacerbarea efectelor deprivării severe care face dificil pentru copil răspunsul adecvat la "anumite" figuri maternante; mama în schimb tinde să interacționeze mai puțin cu un astfel de copil decât ar face-o cu unul mai responsiv, sau chiar tinde să-l rejeteze. În acest fel în mod inconștient, poate să reîntărească procesul început în experiența originală. În mod similar, copilul afectat de experiențele nefavorabile de acasă.

înainte de admiterea în instituție, poate fi mai neglijat în acest loc decât un copil cu o experiență mai fericită înainte, acasă.

Dar a vorbi despre *experiențe pre și postseparare* nu înseamnă că separarea în sine are o influență neglijabilă asupra rezultatului final.

Concluzii ale cercetărilor (Mary Ainsworth In 1981) după 30 de ani erau în mod esențial similare cu cele formulate în 1951 de Bowlby care afirmă că:

"Deprivarea maternă în perioada de sugar are efecte adverse asupra dezvoltării atât în timpul experimentării ei de către sugar cât și imediat după ce s-a produs iar efectele ei se regăsesc în timp fiind remanente de-a lungul ciclurilor vieții. Ele pot fi rezistente la încercarea de reparare și diferă în funcție de natura, severitatea și durata experimentării lor și de calitatea și cantitatea relațiilor resimțite de către copil în antecedentele sale".

Efectele adverse severe sunt recunoscute a fi generate de următoarele situații:

- Sugarul sau copilul mic e separat de mamă sau de substitutul ei permanent și este îngrijit într-o instituție unde primește îngrijiri maternante insuficiente.
- Sugarului sau copilului mic în propria casă i se oferă îngrijiri insuficiente de către mamă sau substitutul ei permanent și nu are un maternaj adecvat de la cei din jur care să compenseze absența/insuficiența interacțiunii cu mama.
- Când un copil mic trece printr-o succesiune de separări față de mamă și/sau figurile maternale substitutive față de care acesta și-a format atașamentele.

a) *Deprivarea în propria familie* se definește atunci când *lipsește un maternaj*

Substitutiv/Supleant.

b) *Deprivarea de acasă:* cercetările demonstrează că interacțiunile insuficiente anterioare separării (gradul de deprivare survenit anterior separării!) pot avea efecte profunde asupra severității maladapării ulterioare (demonstrate de studii retrospective).

Unele studii chiar sugerează că severa neglijare și abuzul din propria familie pot conduce la retard sever durabil care poate fi ameliorat (cel puțin la copilul mai mare și la adultul tânăr) doar prin educație în instituții specializate.

Există studii follow-up care demonstrează că insuficiența interacțiunilor cu mama în perioada de sugar poate conduce la afectări severe, observabile mai târziu în copilărie. Acestea accentuează faptul că *separarea de mamă* nu e o condiție absolut necesară ca să vorbim de deprivare maternă, poate exista deprivare și fără plasament instituțional. *Deprivarea poate începe acasă!!*

c) *Separările repetate* și efectele lor deprivante au fost afirmate încă din

studiile de caz ale lui Bowlby. Prezența efectelor adverse tardive e la fel de gravă ca și la cele două precedente de deprivare instituțională sau în familii carentate.

Discontinuitatea pe care o implică separarea de mamă sau de substitutul ei permanent (după ce un atașament a fost stabilit și copilul e suficient de mare ca să-și mențină în mod sigur atașamentul pe toată perioada absenței) perturbă copilul, chiar dacă ea se întâmplă într-o perioadă de insuficiență calitativă a relaționării.

Sunt necesare studii în mica copilărie care să discearnă care ar fi efectele și influențele exercitate de *insuficiența interacțiunilor* mamă-copil la cei care primesc o îngrijire adecvată de la substitutul maternal în timpul separărilor prelungite de mamă, comparativ cu cei care au avut experiențe similare, dar nu s-au bucurat de o substituție cu îngrijiri adecvate.

Studiile Hildei Lewis sunt citate de Mary Ainsworth și se referă la experiențe pre și post separare. Ea a identificat mai multe modele distorsionate asociate cu diferite efecte tardive. De exemplu: *rejetarea* de către părinți pare să conducă la agresiune nesocializată; un regim represiv va conduce la perturbări etichetate, la momentul acela, drept "nevrotice".

Toate tipurile de experiențe pot conduce la efecte greu reversibile și cu cât ele se combină într-o măsură mai mare și precoce cu atât severitatea urmărilor crește.

6. Mame "multiple" versus "suplimentare"

Majoritatea studiilor referitoare la deprivare s-au desfășurat în diferite tipuri de instituții unde fiecare copil are o îngrijire oferită de mai multe persoane și unde nu s-a ținut cont de conceptul enunțat de Bowlby referitor la *exclusivitatea relației* mamă-copil.

Aceste modele se referă la următoarele situații:

Absența unei figuri primare de atașament și dispersia responsabilității pentru îngrijirea copilului între o *multitudine* de persoane care împreună oferă oportunități *insuficiente de interacțiune adult-copil*; modelul e caracteristic multor spitale și forme de îngrijire rezidențială și altor instituții pentru copii.

a) "*Multiplicitate serială*" în care copilul e îngrijit de o succesiune de substituți maternali fiecare putând să ofere suficiente îngrijiri dar care prin repetate schimbări conferă *discontinuitate* relației.

b) O dispersie parțială a responsabilității pentru îngrijirea copilului între *puține figuri* care asigură un mare grad de continuitate și care oferă îngrijiri suficiente; model care există în multe familii în care mama e ajutată în îngrijiri de alți membri ai familiei și e caracteristică anumitor societăți experimentale cum ar fi *kibutzurile* în Israel. Se pare că acest

din urmă model oferit e mai de dorit pentru copilul în dificultate decât celelalte. La acest tip de îngrijiri s-a făcut apel în modelul CFD.

În condițiile instituționalizării unde fiecare copil în cursul unei zile are mai mulți îngrijitori și fiecare are responsabilitate parțială pentru mai mulți copii există cel puțin doi factori care prin combinare *dau insuficiența interacțiunilor*: nici un adult nu are timpul necesar să ofere atenție exclusivă unui anumit copil; și din moment ce nici unul din membrii personalului nu e familiar cu comportamentele și semnele particulare ale unui anumit copil acestea trec neobservate. Copilul nu e decodat empatic spre a se identifica în mod pozitiv.

Harriet Rheingold, menționată de Mary Ainsworth, a demonstrat că acest mod de îngrijire conduce la scăderea *responsivității sociale* a sugarului sub 12 luni chiar în instituțiile unde îngrijirea per total nu pare să fie deficientă!!!

Înainte de a formula concluzii trebuie subliniat faptul că e esențială *capacitatea pentru formarea legăturilor afective*; aceasta trebuie investigată mai intens atât la adult cât și la copil. În acest context putem observa corect reacțiile lor la schimbarea figurilor maternante în primul an de viață și putem aborda predictiv acomodarea ulterioară a copilului în familia adoptivă sau de plasament. Se poate în acest caz interveni calificat pentru a avea adulți avizați asupra particularităților comportamentului și sistemului de răspuns al copilului în relația precedentă de atașament.

Prin educarea *adultului de referință* putem să obținem corecția comportamentală dorită – cu semnificația afectivă schimbată special pentru a oferi copilului o imagine de sine pozitivă și schimburi consistente social și congruente cu starea lui afectivă.

Disputa provocată de celebra Margaret Mead referitoare la modalitățile de creștere a copilului mic în diferite culturi (prin opoziție cu modelul vestic analizat de Bowlby) a fost și aceasta luată în discuție de Mary Ainsworth după ce făcuse și ea studii antropologice și psihologice. Pertinenta remarcă referitoare la alăptarea la sânul mamei în societățile primitive (ca mod de supraviețuire) nu mai era valabilă în societatea modernă pentru că impactiza negativ practicile de creștere a copilului.

Poziția lui Bowlby afirmă însă nu exclusivitatea relației mamă naturală-copil ci faptul că e de dorit să existe o figură majoră maternă (pe care a numit-o "*figură constantă de atașament*") și care nu este neapărat mama naturală, dar îngrijirile acesteia pot fi suplimentate de alte "*figuri secundare de atașament*" incluzând figura tatălui.

În al doilea rând se pare că în societățile vestice de succes în creșterea copilului se realizează și un fel de *dispersie* a îngrijirilor maternante între "multiple figuri nurturante".

Fără a lua în considerare însă, sistemul de creștere a copilului mic considerat ca normă într-o anumite societate/cultură este pe deplin adevărat faptul că *nou născutul sau sugarul tinde să se atașeze el însuși în mod primar față de o persoană anume* (specifică) fără a ține cont de cât de extensive sunt atașamentele sale față de alte persoane "speciale" pentru el din anturajul său.

Comportamentele lui *inițiative de atașament* sunt atestate de studiile referitoare la deprivarea sugarului din specia umană, cât și la primatele sub-umane (maimuțe).

Dacă e înnăscută în sugar această tendință a lui de a se atașa în principal de o persoană anume atunci orice situație care împiedică un astfel de atașament ne putem aștepta să perturbe cursul normal al dezvoltării ulterioare a copilului.

Modelele de creștere a copilului într-o anumită societate îl pregătesc pe acesta pentru a trăi în *aceea societate* dată (afirmă Margaret Mead) în timp ce Mary Ainsworth aduce argumentul că acestui criteriu cultural antropologic îi putem aduce argumentul studiilor comparative; faptul că există societăți pe care le putem diferenția de altele prin aceea că unele *facilitează o creștere sănătoasă, care conduce spre autonomizare, independentizare și socializare* precoce cu strategii de negociere, adaptare (coping) prin întărirea rezilienței individuale și comunicare pentru rezolvarea problemelor. În același timp există alte societăți care sunt handicapante pentru creșterea personalității individuale, fiind frustrante, opresive, "nivelatoare" contrariind modalitățile de diferențiere individuală înscrise în patrimoniul genetic.

Lumea fostului "bloc comunist" Est European se confruntă în ultimii 10 ani prin interferarea cu restul societăților, cu rezultatele unor astfel de condiții de creștere precoce a generațiilor tinere – în instituții care nu respectă principiile enunțate de Bowlby și susținute de Ainsworth (delicvența, prostituția, abandonul precoce al copilului, depresie, lipsa valorilor morale și încrederii în sine și în celălalt).

Întrebarea centrală se referă nu numai la *insuficiență, discontinuitate sau distorsiunea îngrijirilor materne cât și la modalitățile în care figura maternă de importanță "majoră"* (figura primară de atașament) e *suplimentată*, și la efectele unor astfel de metode diferite asupra dezvoltării copilului.

Kibutzurile din Israel au fost mai accesibile în anii '50-'80 cercetătorilor decât blocul est european și rusesc – dar în acel model există întotdeauna o *figură constantă de atașament* (indiferent dacă e mama naturală sau educatorul din creșă) iar legăturile cu cei de aceeași vârstă sunt continue. Sistemul, așa cum puncta Bowlby (p. 49. "Child Care and the Growth of Love") nu angajează nici un fel de *abandon* în relația părinte-copil. Dimpotrivă, în kibutz

copiilor îi se cultivă relația semnificativă de atașament cu părinții dar aceștia din urmă au o mai mică responsabilitate doar în *socializarea* cu cei de aceeași vârstă și cu alți adulți.

Tații (în funcție de tipul de familie și numărul copiilor) împart cu mamele îngrijirea copilului mic și cu frații, surorile sau alte rude care ajută la asigurarea continuității îngrijirilor.

În societățile vestice, angajarea mamelor (în afara casei) a ridicat problema copiilor mamelor care lucrează. Din punct de vedere teoretic, pentru promotorii unei dezvoltări sănătoase a copilului mic într-o atmosferă securizantă se ridică alte probleme de cercetare.

De importanță practică și teoretică pentru viitor ar fi explorarea domeniului următor. În ce măsură *figura primară de atașament* poate și trebuie să-și împartă *responsabilitățile cu alte figuri*, (cu sau fără continuitate) pentru a descoperi modalitățile care sunt cele mai favorabile pentru dezvoltarea *identificării, securizării și sănătății mintale a copilului*.

Mary Ainsworth formula în 1981 în capitolul de concluzii al "Child Care and the Growth of Love" discutat până aici că:

"Într-un asemenea program de cercetare este important să fie explorate efectele pe care le are relația tatălui cu sugarul și copilul mic și efectele asupra dezvoltării ulterioare a diferitelor nivele și modalități de îngrijire paternă".

Noi am urmărit în modelul nostru CFD la diferiți adulți formați în acest sens influența nivelului educațional, a practicilor din familia de origine, a istoriei de viață a "figurii paterne" asupra calității nivelelor de interacțiune, securizare, identificare a copilului mic în CFD (dar acest aspect nu face obiectul extinderii acestui capitol ci probabil al unui alt demers asupra multiplelor aspecte de acces la *parentalitate* din perspectiva aceleiași teorii).

Luând în discuție studiile lui Spitz, Skeels, Provence și Lipton, autoarea se focaliza asupra deprivării materne în primul an de viață drept cauză a întârzierilor psiho-motorii notând la copiii victime ale acestor situații la diferite vârste, că nu țineau capul la 2 luni, nu achiziționau la 6 luni poziția șezând, nici ridicatul în picioare la 9-10 luni sau mersul la 1 an. De la 8 luni nu se putea vorbi de îndemânări motrice în deplasarea către persoane și jucării dorite, nici în căutarea plăcerilor împărtășite. Nu știau să exploateze mediul pentru a învăța (a experimenta), nici nu știau să evite disconfortul căutând plăcerea sau să inițieze schimburi sociale. În mod evident nu știau să-și exprime trăirile / sentimentele!!!

Vocalizările fără adresă nu aveau valoare de comunicare. Înțelegerea limbajului categoric apărea cu întârziere ca și vorbirea.

În reacțiile cu ceilalți oameni (sociale) la copiii crescuți în instituții erau clar "diferențe" de cei din familie:

- erau nediferențiați în a arăta semne de atașament față de o mamă de îngrijire anume,

- lipsiți de sensul încrederii,
- nu căutau ajutorul adultului când se aflau în dificultate / sau erau supărați.

Deși numărul jucăriilor din instituțiile cu copii mici era adecvat, ei nu arătau nici un interes pentru ele, nici neplăcere la pierderea uneia, nici efort în a o recupera. Jocul spontan era limitat la manipulări. Gama expresivității sentimentelor era săracă iar intensitatea neadecvată.

Studiile soților Joyce și James Robertson s-au centrat asupra *secvențelor de răspuns* ale copilului mic la *separarea de mamă concomitent cu insuficiența interacțiunilor de tip maternaj în timpul îngrijirilor*.

Observând copii între 1-4 ani care trec prin experiențe de separare fiind plasați în instituții mai mult sau mai puțin „deprivante” s-au concentrat asupra fazelor care urmează separării (întreruperii legăturii de atașament stabilită deja).

Au fost identificate 3 faze de răspuns la separare:

1. *Protest* – caracterizat prin plâns, exprimarea dorinței de a o regăsi la pierderea figurii de atașament primar și eforturi de a o regăsi prin intermediul lucrurilor care îi rămân în dispoziție din partea ei ("păturica", jucăria de acasă).

2. *Disperare* – în care își pierde speranța progresiv, se retrage și își scade nivelul eforturilor de a o recâștiga, începând faza de doliu după figura maternă. Se notează tristețea și refuzul alimentar, modificările stării de sănătate.

3. *Detășarea* – comportamental caracterizată prin „liniștire”, dezinteres față de tot ce e în mediul înconjurător și îngrijirile oferite de oricine.

La întoarcerea mamei/figurii de atașament primare, dovedește pierderea acelor comportamente care dădeau recognoscibilitate unică relației specifice de atașament.

Considerând că aceste răspunsuri, împreună cu cele care urmează reunirii cu părinții nu pot fi considerate în totalitate în contextul teoriei formulate inițial, Bowlby a reformulat-o, precizând referitor la originea legăturilor copilului cu mama lui că reinterpretarea *separării* se referă la *anxietatea, durerea și doliul* care survin la copilul mic, manifestări care urmează ca fenomen de *apărare la pierderea suferită*.

Răspunsurile la separare descrise de Robertson, au fost confirmate de alte studii efectuate la separarea copiilor pentru internări scurte în spital, sau la plecarea la creșă. Pentru subiectul nostru de interes sunt studiile lui Arrow. Acesta a analizat răspunsurile la separare atunci când sugarii crescuți de la naștere de o familie de plasament ("asistent maternal" în termenii legislației actuale românești) se transferă într-o familie adoptivă.

Rezultatele sale arată că pierderea familiei suplente (a asistentului maternal) acționează ca o traumă și are ca rezultat imediat perturbarea comportamentului manifestând plâns excesiv, agitație, comportament acroșant sau dimpotrivă, apatie neobișnuită, perturbări digestive ale apetitului, ale somnului și o aparentă pierdere a achizițiilor (pierderea achizițiilor anterioare), măsurate prin coeficientul de dezvoltare (QD).

Severitatea perturbării crește cu vârsta: când sugarii au sub trei luni în momentul separării, semnele erau puține; la 6 luni, 86% dintre ei prezentau perturbări; toți cei peste 7 luni au reacționat prin tulburări de intensitate marcată.

Kreisler a descris în 1981 "Sindromul comportamentului vid" încă de la sugar. Trasler, citat de Ainsworth, a efectuat studii retrospective spre a identifica acele condiții din antecedente care produc efecte mai mari sau mai mici la copiii plasați în îngrijire în familii de plasament (De ce depinde succesul sau eșecul adaptării lor în noul mediu?). În lotul studiat, 56% dintre eșecuri s-au datorat efectelor separărilor survenite anterior în propria familie cu proprii părinți (atribuite sentimentelor de rejeț, care generează tensiune, anxietate, absența responsivității). Acest grup include ca subgrup 30% din eșecuri datorat în special incapacității copilului, care nu poate face dovada unui răspuns satisfăcător "deschiderii" figurilor parentale din familia de plasament.

Detășarea lipsită de afecțiune, sentimentele de rejeț și agresiunea declanșată de acestea, par să se dezvolte dacă între timp copilul a trecut (între familia naturală și cea de plasament) și printr-o instituție !!!

Trasler concluzionează că la vârsta miciei copilării, ființa umană are tendința de a interpreta separarea de părinți ca pe echivalentul *retragerii afecțiunii*, ceea ce produce dificultate în reorganizarea altor atașamente cu persoanele care-l îngrijesc.

Pentru un copil sub 3 ani, autorul menționat consideră că *nulburarea atribuită separării poate fi tranzitorie* dacă i se oferă copilului imediat oportunitatea de a interacționa individual, caracteristic și suficient cu o persoană unică, cu valoare de supleant maternal. Dacă, însă, copilul face experiența unei interacțiuni insuficiente, impersonale, tipice în îngrijirile din instituții, tulburările se instalează sever și cu efecte de lungă durată.

Kellmer, Pringle și Bossio au selectat dintre copiii instituționalizați pe cei care au suferit o separare mai îndelungată înainte de vârsta de 5 ani și au găsit 2 grupuri: unul cu ajustare stabilă și altul având copii cu fenomene de maladaptare. Ultimul grup s-a dovedit a fi format din copii care au fost despărțiți de părinții lor înainte de vârsta de 1 an și au avut efecte remanente datorate rejețului experimentat de ei până atunci. Grupul considerat „stabilizat” după separare s-a dovedit că a fost despărțit de familia biologică după împlinirea vârstei de 2

ani și nu au fost rejețați de părinți, ci au menținut legăturile cu aceștia și cu cei din familia de plasament.

În concluzie, efectele adverse declanșate de deprivarea maternă în mica copilărie sunt diverse. Unele sunt atribuite *insuficienței, discontinuității și distorsiunii interacțiunii* și au fost clasificate ca *deprivante*. Atât natura cât și gradul perturbării par să fie în relație directă cu severitatea experiențelor din antecedente. Dintre variabilele care influențează într-o manieră dramatică rezultatele acestor procese, cele mai importante sunt vârsta copilului și momentul când debutează deprivarea, indiferent de diferențele genetice în structurare sau de mediul de proveniență.

Specificitatea proceselor afectate de deprivare

Dintre procesele intelectuale cele mai vulnerabile la „deprivarea maternală”, în termenii lui Mary Ainsworth, par să fie limbajul și capacitatea de abstractizare. Dintre procesele care țin de personogeneză, cele mai vulnerabile par a fi legate de abilitatea de a stabili și menține relații profunde și semnificative și cea de control a impulsurilor în stabilirea scopurilor de lungă durată. Cercetările sugerează că acestea depind de nivelul de dezvoltare al copilului.

Deprivarea în primul an de viață afectează dezvoltarea limbajului și capacității de abstractizare (deci, indirect coeficientul de inteligență, QI) într-o măsură mai mare decât dacă se întâmplă mai târziu.

Discontinuitățile relațiilor ar influența mai puțin inteligența și mai mult *capacitatea de a stabili legături afective*, în special când despărțirile sunt repetate.

Deși s-au dovedit efectele psihopatogene ale deprivării și separărilor multiple la vârste mici, gradul de vulnerabilitate diferă, iar unii indivizi demonstrează că sunt *rezilienți*, reușind în ciuda tuturor adversităților să facă față cu succes situațiilor și în același timp să aibă sentimentul de a ieși biruitori.

Pentru cercetările de viitor se conturează, deci, nu numai analiza factorilor de predictibilitate și înlăturarea lor prin protejarea celor expuși situațiilor „cu risc”, ci în plus, *depistarea „ingredientelor” necesare pentru a instaura și a crește reziliența individuală*. Asigurarea unui atașament sigur s-ar părea că este unul dintre acestea.

Întrebarea dacă efectele deprivării sunt reversibile sau ireversibile trebuie reformulată în sensul „în ce măsură sunt reversibile ?

- În mod spontan, fără intervenție și încetarea deprivării, ar fi posibile?
- După scoaterea din situație: prin reintegrare familială, plasament sau adopție?

- Cu plasarea într-un mediu avertizat asupra trecutului copilului și educat / pregătit să facă față nevoilor individuale specifice ale copilului?
- Cu psihoterapie intensivă sau pe termen lung?

Cât de complet reversibilă?

Luând criteriul inteligenței: îmbunătățirea QI de la nivel defectiv la normal (de la 55, la 80, de exemplu), implică o anume reversibilitate, dar nu putem afirma că e completă.

Care dintre funcțiuni sunt restabilite?

Deși global, QI, poate fi îmbunătățit spre normalizare, ariile limbajului și abstractizării rămân într-o anume măsură afectate.

O persoană poate fi capabilă să-și asigure un nivel decent de trai și să aibă interacțiuni sociale acceptabile cu colegii și prietenii, dar să se simtă descumpănit (să aibă sentimentul eșecului chiar) în relațiile intime și să nu facă față cerințelor unui cuplu sau parentalității asumate!!! Există un grad de afectare inaparent (ascuns)?

Rezultatele cercetărilor demonstrează că, chiar copiii care par să se fi restabilit după separare rămân extrem de vulnerabili (în urma acestei experiențe) la *amenințarea cu separarea* și chiar se asociază empiric doliul după pierderea figurii de atașament din copilărie cu depresia adultului. Aceasta sugerează că, *experiențele precoce*, pun în mișcare un proces care rămâne ascuns până când o *experiență stresantă* îl reactivează și declanșează o reacție psihopatologică (atât evenimentul declanșant cât și intensitatea lui par minore și în mod normal nu ar perturba o altă persoană).

Dacă reformulăm întrebarea referitoare la reversibilitate, ea ar fi, deci: „cât de rapide și complet reversibile sunt efectele deprivării (evidente sau ascunse) și în legătură cu ce proces specific ?”

Înainte de a prezenta dovezile cercetărilor, trebuie să luăm în considerare problemele teoretice cu mare pondere referitoare la natura dezvoltării umane.

1. *Teoria învățării*, care presupune că dezvoltarea e în întregime o problemă de stimulare din mediu. Când sunt oferite condiții propice de mediu, învățarea va avea loc și ce nu a fost învățat înainte, poate avea loc și mai târziu când s-au restabilit condițiile adecvate. Din această perspectivă, un copil cu un retard inițial, poate recupera în timp și în condiții propice.

2. *Teoria psihanalitică* susține că experiența precoce poate să indice procese dinamice, care o dată integrate, tind să continue indiferent de modificarea situațională. Deprivarea maternă poate fi văzută ca angajând *proces defensive* care vor servi copilului pentru a se proteja împotriva frustrării dureroase când caută interacțiunea cu un mediu

iresponsiv și nestimulant. O dată stabilit acest proces defensiv, tinde să se mențină și va izola copilul împotriva interacțiunii chiar când un mediu nou se dovedește a fi suportiv și responsiv și îi oferă ajutor cerându-i doar să fie receptiv. În această perspectivă, reversibilitatea depinde de procesul defensiv (de a învinge apărarea). Mary Ainsworth apreciază că *procesele defensive* descrise de psihanalisti sunt asemănătoare cu cele din teoria învățării, care afirmă că o dată învățate anumite comportamente într-o secvențialitate care formează un bloc, acestea tind să se mențină, creând rezistență la schimbare și introducerea unor noi secvențe comportamentale.

3. *Teoriile care se bazează pe conceptul de „fază senzitivă”/ „perioade critice”* și care sunt derivate din studiile etologice și sociale. Aceste teorii au ca punct forte faptul că există în cursul dezvoltării etape în care, dacă anumite condiții de mediu sunt create, dezvoltarea unor procese se întâmplă într-o secvență normală, în timp ce dacă aceste condiții nu sunt create, dezvoltarea e blocată, iar stimularea nu poate decât cu mari dificultăți să reactiveze procesul.

Aceste trei poziții nu sunt compatibile. Există anumite procese care au fost afectate și pot fi recuperate, în timp ce altele pot persista din cauză că o fază senzitivă a fost depășită. Anumite formulări legate de „perioadele critice” nu sunt, însă, esențial diferite de „interferarea obiceiurilor” din poziția psihanalitică.

S-a demonstrat pe puii de cimpanzeu că *deprivarea prelungită*, în perioada precoce (sugar), produce pierderi în substanța cerebrală (atrofii), deci, *schimbări structurale ireversibile*. Experimente de acest tip nu pot fi imaginate cu subiecți umani, dar investigațiile RMN asupra copiilor instituționalizați înainte de vârsta de 2 ani, adoptați apoi și având tulburări severe de învățare și interacțiune, au demonstrat în ultimii ani existența lor și la om (*Turning Point: Ce s-a întâmplat copiilor din România*, reportaj produs de ”ABC”).

Sintetizând, Mary Ainsworth precizează:

a) În condiții obișnuite, refacerea după o experiență scurtă, singulară de deprivare și / sau separare e promptă și judecând după comportamentul demonstrat, pare completă.

Robertson afirma că dacă faza de *detașare* ca răspuns la separare nu a fost atinsă, dacă se menține în cea de *protest*, copilul va răspunde la reîntâlnirea părinților cu un comportament care indică *anxietate de separare*, semnalizând și acuzându-și mama mai mult decât o făcea înainte, o urmărește oriunde, iar când ea pleacă (indiferent cât de scurtă e acea perioadă), devine *extrem de anxios*.

Acest comportament tinde să dispară după câteva săptămâni, dar sunt dovezi că el rămâne extrem de *vulnerabil la amenințarea cu separarea* – ceea ce demonstrează că refacerea nu e tocmai completă !

b) După câteva luni de deprivare în mica copilărie, atât comportamentul cât și nivelul inteligenței se pot îmbunătăți spectaculos, dar dacă scoaterea din perioada deprivantă nu s-a produs înainte de 12 luni, *vocalizarea* poate rămâne *retardată*, cât și alte aspecte persistă la nivelul *personalității*.

c) Deprivarea severă și prelungită care începe în primul an de viață și continuă peste 3 ani, conduce la efecte grave atât asupra *inteligenței*, cât și asupra *funcționării personalității* și sunt persistente în timp.

d) *Deprivarea severă și prelungită* care debutează în al doilea an de viață afectează grav *personalitatea* (rezistent la recuperare), dar la această vârstă sunt reversibile efectele asupra *QI*.

Robertson sugerează că, dacă, în timpul deprivării prin separare copilul rămâne în faza detașată, după revenire, gradul lui de atașament nu mai revine la normal. Urmăriți timp de 15 ani, ei demonstau mari *dificultăți în a realiza legături apropiate mutual satisfăcătoare*.

e) Atât vârsta copilului la instalarea perturbării, cât și cea la care se încearcă restaurarea sunt responsabile de sensibilitate.

De la 7 luni, până la 10-11 luni, pare să fie perioada cea mai vulnerabilă la ruperea legăturilor formate anterior. Spitz găsește că deprivarea care începe în această perioadă și durează peste 5 luni, tinde să fie persistentă, alte studii extind până la 11 luni „*perioada senzitivă*” în care cele mai afectate sunt *vocalizarea, limbajul și capacitatea pentru atașamente personale*.

f) *Cu cât e scurtată perioada de deprivare din primul an, cu atât șansele de reluare a dezvoltării normale cresc și efectele sunt reversibile*.

g) *Limbajul, abstractizarea și capacitatea de formare a legăturilor afective (atașament) durabile* o dată afectate sunt incomplet recâștigate.

h) Dacă *eforturile terapeutice se desfășoară intensiv, când copilul e încă foarte mic*, se pot contrabalansa efectele severe care altfel ar rezista la simpla încetare a deprivării.

i) *Experiențele de insuficiență, discontinuitate și distorsiune* în interacțiunile personale, pot menține și *crește efectele psihopatologice* care altfel ar fi putut fi reversibile.

Deprivarea de mediu

Myriam David și Genevieve Appel, Provence și Lipton în urma cercetărilor asupra copiilor din instituții (care adesea sunt un mediu cu tonus emoțional și stimulare scăzută) sugerează că cel mai semnificativ aspect al deprivării instituționale e legat de *rutină*, care în îngrijiri nu oferă suficiente interacțiuni responsive cu adultul de referință (figură „maternantă” de atașament) și acest fapt are ca rezultat că acești copii *nu sunt responsivi la jucării, sau activități de joc în spațiul restrictiv instituțional*.

S-a dovedit că, deși s-a îmbogățit mediul instituțional și s-a oferit copilului peste doi ani experiențe în creșe, acestea au fost mult mai puțin eficiente în retardarea care se instalează la multiple nivele, comparativ cu faptul de a-i oferi copilului oportunitatea de a se atașa de un substitut matern.

4.2. Sistemul de ocrotire familială temporară "Casa cu Ferestre Deschise"

Scopurile sistemului

Crearea unei alternative familiale de ocrotire temporară a copilului fără identitate, abandonat sau în dificultate, care să înlocuiască sistemul actual de instituționalizare cu un sistem de ocrotire de tip familial.

Prevenirea abandonului nou-născutului aflat în dificultate, prin sprijinirea diadei mama-copil.

Oferirea de servicii interdisciplinare de integrare familială și comunitară precoce în vederea ieșirii lui definitive din sistemul de ocrotire.

Obiectivele sistemului

- Prevenirea abandonului nou-născutului în maternitate, de către o persoană aflată în dificultate socială sau într-o stare de confuzie.
- Susținerea familiei monoparentale în iminență de abandon a copilului, din cauza lipsei de suport social (Casa de sprijin monoparental 6 luni- 1 an).
- Dobândire de către copil a unui sistem de atașament sigur, prin intermediul unei figuri de atașament autonome (referent).
- Crearea unui sistem – suport (pe modelul familiei lărgite), care să permită dezvoltarea de către copil a unor atașamente secundare (în familia supleantă), în care figura masculină să fie accesibilă nu numai spre explorare, ci și ca suport.

- Pregătirea copilului pentru integrare într-o familie definitivă, securizantă (Program de sprijin).
- Susținerea părintelui în dificultate pentru a-și asuma propriul copil ocrotit temporar în Centrul de plasament (Casa de reintegrare familială – 3-7 ani).
- Oferirea unei familii securizante copilului, care să satisfacă în totalitate nevoile de dezvoltare normală ale acestuia (reintegrare familială, adopție și plasament).
- Facilitarea accesului familiei naturale și a celei substitutive (de adopție sau de plasament) în Centrul de plasament și în Centrul maternal, pentru asigurarea continuității îngrijirilor și observarea copilului în perioadele de tranziție și de acomodare la noul habitat.
- Pregătirea accesului copilului la istoria sa personală și inserarea sa în istoria comunității, încadrată de ritualul sosirii și plecării, conservată în jurnalul său de viață.
- Facilitarea încadrării normale a copilului în comunitatea celor de aceeași vârstă din creșă sau din grădiniță aflată în cartierul de locuit, și integrare comunitară susținută « Prieten de suflet ».

Componentele sistemului

S.O.F.T. (Sistemul de Ocrotire Familială Temporară) este un sistem unitar de prevenție comunitară în domeniul sănătății mentale a copilului, care are trei componente :

1. *Centrul de plasament tip C.F.D.*, care este conceput pentru a oferi nou-născutului abandonat sau în dificultate, încă din maternitate, un cadru de viață de tip familial (într-o familie supleantă cu figuri constante de atașament), care să diminueze efectele separării precoce de mamă, să-i permită copilului dobândirea unui atașament sigur, facilitându-i tranziția către autonomizare în familia definitivă.

Centrul de plasament avea în componență 6 familii supleante (4-5 copii într-o familie), grupate din punct de vedere administrativ, câte două, într-un Modul CFD.

2. *Centrul maternal* – constituit din :

- a. Casa de sprijin postnatal ;
- b. Casa de sprijin monoparental ;
- c. Casa de reintegrare familială ;

a) *Casa de sprijin postnatal* – este concepută pentru a susține mama în scopul asumării propriului copil. Perioada de sprijin durează 0-6 luni și este destinată mamelor cu tip de atașament autonom, aflate în iminență de abandon.

b) *Casa de sprijin monoparental* – se adresează mamelor cu atașament de tip autonom, cazuri sociale și mamelor cu atașament de tip dezinteresat sau preocupat, care, în urma intervenției specializate a echipei interdisciplinare C.F.D., au dobândit un comportament asemănător atașamentului sigur, dar care nu-și pot încă asuma copilul. Vârsta la care copilul poate fi ocrotit este cuprinsă în intervalul 6 luni – 1 an.

c) *Casa de reintegrare familială* – face parte din Programul de sprijin al Centrului de plasament C.F.D. ; aceasta susține părintele și copilul în efortul de reintegrare în familia de origine și în comunitate. Casa permite un plasament familial temporar (6 luni), ce poate fi reînnoit în ideea facilitării tranziției copilului de la figura de atașament sigur (a referentului – persoana de îngrijire) la cea a părinților biologici.

3. *Program de sprijin - Echipa interdisciplinară* asigură supervizarea activității referenților în procesul de ocrotire a copilului în Centrul de plasament iar prin Programul de sprijin facilitează ieșirea copilului într-o familie definitivă, într-un termen cât mai scurt.

Echipa interdisciplinară este compusă din medicul, asistentul social și psihologul Centrului de plasament iar în cazul Centrului maternal dintr-un asistent social și un psiholog.

1. Centrul de plasament tip « Casa cu Ferestre Deschise »

Centrul de plasament C.F.D. a fost conceput și realizat între 1996-1998 astfel încât să răspundă nevoilor de dezvoltare armonioasă și să asigure, din primele zile de viață, sănătatea mintală a copilului, să-l ocrotească într-un habitat ce oferă stimuli asemănători celor din familia naturală, care să diminueze efectele separării precoce de mamă, să-i pună la dispoziție un suport pentru autonomizare și detașare spre o tranziție către familia securizantă ; Centrul urmărește, de asemenea, să ajute și comunitatea căreia îi aparține să-și soluționeze flexibil problematica micii copilării.

Centrul de plasament C.F.D are două componente :

a. Familia supleantă - care oferă copilului un cadru de viață după modelul familiei lărgite, cu figuri constante de atașament, stimulându-i competențele și valorizându-l pentru a-i asigura adaptarea ulterioară în familia definitivă.

b. Programul de sprijin – care-i oferă copilului plasarea precoce într-o familie securizantă, prin activități de reintegrare familială, adopție, plasament, « prieten de suflet » și integrare comunitară.

Familia supleantă - constituie elementul de bază al Sistemului de Ocrotire Familial C.F.D. și este constituită din patru adulți cu rol parental supleant gen « mama », « tata », « bunica », « mătușa », care pot primi spre ocrotire 4-5 copii.

Fiecare familie supleantă are o viață proprie, constituită din multitudinea formelor de interacțiune dintre copii și:

4. figurile lor de atașament, care, în relații stabile, tind să creeze sisteme de atașament sigur;
5. interacțiunea cu ceilalți copii, de tip "fratrie";
6. interacțiunea cu copiii de la creșă sau grădiniță (de tip cuplu amical) ;
7. interacțiunea cu prietenul de suflet de tip mentor (cuplu social) ;
8. interacțiunea cu educatorii.

În activitatea zilnică, familia supleantă creează un mediu cu expectanțe care valorizează copilul și care solicită exersarea unor îndemnări de autoservire, ajutor la pregătirea meselor, participare la cumpărături alături de ceilalți membri ai familiei, reproducând funcționalitatea din familia lărgită.

De regulă, două familii supleante sunt grupate sub formă de modul, în scop de habitat și în scop administrativ. Modulul C.F.D. poate funcționa independent, situație în care este deservit de un responsabil cu sarcini administrative, jumătate de normă, și jumătate de normă pentru programul de sprijin.

În varianta de funcționare a modulelor C.F.D. ca « unități de viață », grupate câte trei într-un centru de plasament, cele șase familii supleante din module sunt coordonate de un director care are în subordine o echipă interdisciplinară cu rol în susținerea continuității activității fiecărei familii și a derulării programului de sprijin în scopul ieșirii rapide a copilului din centrul de ocrotire de tip familial.

Copilul odată repartizat în ocrotire temporară în așezământul CFD, primește o familie « supleantă » (realizată după modelul familiei lărgite) în cadrul căreia are un referent nominalizat de către echipa interdisciplinară a casei. Referentul este ales dintre membrii familiei supleante și are menirea de a fi pentru copil figura de atașament principală care să permită dezvoltarea în cadrul sistemului de atașament copil-adult a unei matrice primare care să ducă la tipul de atașament dorit, respectiv atașamentul sigur. Ceilalți membri ai familiei supleante sunt pentru copil figuri de atașament secundare, cu care acesta poate exersa detașarea.

Primirea copilului în familie se face după un ritual care-i desemnează un loc afectiv în existența « familiei » acordând timp de cel puțin 2 săptămâni pentru a cunoaște caracteristicile personale ale copilului pentru a-l încadra în unicitatea sa.

Referentul – « figura constantă de atașament » :

- Interacționează cu copilul pe care-l are în observație permanentă redându-i prin imagini/fotografii, desene, colaje etc. contextul de viață structurant și ordonând ceea ce va intra în memoria implicită a acestuia.

- Conferă consistența și coerența istoriei de viață împărtășite în jurnal, contribuie la formarea identității copilului în contextul CFD.

- Împreună cu « prietenul de suflet » constituie grupul de tranziție și suport al integrării copilului în familia definitivă și comunitate, însoțindu-l și în momente dificile (controale medicale, spitalizare) cât și la « evenimentele » sociale (aniversări, sărbători, serbări).

- În caz de adopție sau plasament, urmărește continuitatea în îngrijiri și mijloace de securizare, oferind suport pentru acomodarea copilului (și monitorizarea comportamentelor acestuia în noul cămin).

- Menține legătura cu familia adoptivă pentru a realiza conexiunea cu alți părinți care au adoptat din sistemul CFD și care au avut experiențe diverse cu copiii lor.

- În cazul în care este referent al unui copil în iminență de abandon, și copilul este în interacțiune temporară cu mama naturală, își transferă cunoștințele și practicile într-un sistem de suport valorizant pentru mamă, el trecând în planul secundar.

Acompaniind și susținând mama creează condiții acesteia spre a-și asuma rolul parental adecvat și păstrează rolul de figură de atașament secundară pentru copil în Casa postnatală, Casa monoparentală și Centrul de reintegrare familială, referentul devine păstrător al tipurilor de relație stabilite cu aceasta.

În cazul eșecului mamei în asumarea rolului parental necesar copilului (odată cu trecerea copilului în așezământ) referentul devine figura principală, evitându-se astfel consecințele separării repetate și facilitarea procesului de tranziție, fără rupturi succesive. În continuare, ca păstrător al istoriei și jurnalului de viață al copilului, facilitează prin « Programul de reintegrare CFD » continuitatea legăturilor cu mama stimulând entuziasmul pentru participarea efectivă la relaționare, a ambilor parteneri, cu efecte benefice pentru copil.

Profesionistul se va baza în această poziție pe Modelul punctelor de sprijin formulat de Prof. Berry Brazelton:

- înțelege și facilitează o relație corectă, echitabilă, de parteneriat,
- conferă comportamentelor copilului valoare semnificativă, de comunicare, ajutând părintele să discearnă corect sensul acestora și să răspundă empatic,
- recunoaște și verbalizează aportul fiecărui membru al diadei interactive, cât și al său ca specialist, contribuind la situarea unui cadru relațional stabilit clar, în care scopul suprem este bunăstarea și protecția copilului,
- când este cazul, poate renunța la limitele tradiționale impuse de poziția sa de specialist lăsând loc exprimării personale autentice, care să antreneze același mod de răspuns în diada care trebuie ghidată,
- încurajează manifestarea competențelor parentale, în situații de stres,
- își focalizează atenția pe calitatea relației și semnificația ei pentru copil, identificând punctele forte pentru a o menține chiar și în cazul când ar surveni o separare,
- folosește în interesul copilului pasiunile părintelui și le încurajează în a se exprima, entuziasmându-se.

Sistematizând funcțiile parentale pe care echipa de pilotaj a Centrului urmărește să le cultive la părinte, după formula lui Kari Killen, acesta ar fi necesar să atingă nivelul:

- acceptării responsabile a sarcinii de a satisface nevoile copilului,
- de a avea expectanțe realiste referitoare la copil și la capacitatea acestuia de a coopera pentru stabilirea unui parteneriat cu scop comun,
- capacitatea de a interacționa pozitiv cu copilul,
- abilitatea de a fi empatic cu copilul, transpunându-se în locul lui,
- capacitatea de diferențiere și nuanțare, etichetarea situațiilor și trăirilor copilului, îi vor permite ulterior copilului să aibă reacții adecvate sentimentale și protective, dar în rezonanță cu emoționalitatea lui,
- abilitatea de a fi în controlul situației prin stăpânirea propriilor agresivități și suferințe spre a nu le descărca asupra copilului atunci când apar divergențe sau tensiuni.

Spațiul de locuit-« nișa pozitivă de habitat »

Familia supleantă dispune de trei camere de locuit, bucătărie, baie și anexe; destinația fiecărei camere este clar structurată.

« Camera copiilor » este locul de explorare și interacțiune și de joc cu adultul și cu cei de aceeași vârstă și uneori de vârste diferite. Aceasta este echipată după nevoile educaționale și planurile individualizate cu lucruri interesante de explorat și incitante pentru descoperire sau relaxante (îi permit escaladarea unei cutii, trepte sau ascunderea și cuibărirea, oglindirea etc. sau acțiuni de tragere, împingere și exersare « conținut – conținător »).

« Camera părinților » păstrează tributul locului privilegiat, rezervat interacțiunilor individuale (copil - figură de atașament) dar și al situației limitelor. Având zone accesibile și inaccesibile, determină structurări în timp și spațiu ale interdicției și neintruziunii (ex. albumele, cărțile, lucrurile și obiectele personale ale adulților, aparatele electrice).

« Camera bunicilor » este spațiul destinat « restaurărilor afective », consolidărilor la plecare, cântecelor liniștitoare, retragerii în cazul că un copil este bolnav și necesită o atmosferă de liniște și atenție mai specială. Este locul de relaxare al adultului « depășit » emoțional în fața evenimentelor interactive cu copilul cât și locul de redactare al « jurnalului copilului » și al « comunicărilor scrise cu ceilalți membri » ai echipei de suport. Camera bunicilor este locul unde copilul e primit cu pâine și sare și elaborează ritualurile și amintirile fiecărei familii suplente.

« Locul de primire » se realizează acolo unde spațiul permite și este locul pentru primirea vizitelor săptămânale (a familiei naturale, adoptive, de plasament sau « prietenului de suflet ») care nu interferează ritmul și nici nu perturbă programul celorlalți. El devine, loc de exprimare a ospitalității și de primire a vizitatorilor cu ritualuri la care copiii participă în măsura vârstei. Aici se desfășoară aniversări, sărbători tradiționale, carnaval, teatru de marionete ; este locul de desfășurare al « Programului de sprijin » care-i permite copilului « deschiderea » spre autonomizare, expunându-l la contacte sociale.

« Bucătăria » e locul nu numai unde se pregătește hrana dar și un loc accesibil copilului pentru testare de forme, mirosuri, gusturi, și « plăceri în elaborare » sau « ajutor gospodăresc ».

« Baia » cu ritualul de participare și « plăceri împărtășite » este în timpi diferiți locul pentru spălare a rufelor (ca acasă) și-l obișnuiește pe copil cu « peisajul casnic normal ».

Centrul de plasament a luat această denumire la implementarea în 1998 în județul Timiș, cu intenția de a facilita transformarea instituțiilor mari în cele mici și tranziția copilului către familia definitivă și colectivitate.

2. Centrul maternal

Acționând în interesul copilului este conceput astfel încât să asigure acestuia dreptul la un nume, o identitate (familială și culturală) prin menținerea legăturilor cu părinții naturali consolidând relația părinte-copil.

În acest scop, centrul maternal angajează o serie de acțiuni în numele copilului, oferind servicii în primul rând cu caracter preventiv în scopul asumării de, către familie și

comunitate a copilului și a evitării separărilor precoce traumatizante, abandonului, neglijării sau maltratării copilului.

Echipe interdisciplinară compusă din asistent social și psiholog asigură un serviciu de consiliere la cerere (în urgență) încă din maternitate. De asemenea, evaluează posibilitățile de evitare a abandonului de către mamă și acționează în acest sens prin toate mijloacele oferite de Sistemul de Ocrotire Familială Temporară.

Suportul pentru mame și ocrotirea copilului se face în cele 3 tipuri de case ale Centrului maternal.

2a. Casa de sprijin postnatal

Concepută cu capacitatea de a oferi suport pentru 4 mame aflate în iminență de abandon, care au fost apreciate ca având șanse reale de asumare a copilului până la epuizarea perioadei de sprijin (timp de 6 luni).

Copilul, având un loc rezervat în așezământul CFD, este preluat temporar de Casa de sprijin postnatal evitând astfel, abandonul precoce.

Casa este deservită de 2 îngrijitori, un psiholog (1/2 normă) și un asistent social (1/2 normă). Psihologul « Casei » este în contact permanent cu maternitatea pentru depistarea situațiilor cu risc crescut de abandon al copilului, pentru sprijinirea precoce a mamei încă din maternitate. El avizează și intrarea mamei în Programul de sprijin al « Casei postnatale » în cazul iminenței abandonului. Îngrijitorul (figura secundară de atașament, de preferință « bunica ») și asistentul de ocrotire au rolul de a sprijini mamele în asumarea de rol parental. El influențează pozitiv interacțiunea mamă-copil și/sau mamă-familie de origine (eventual familie largită).

Dacă până la 6 luni, mama nu-și poate asuma copilul se propun două variante posibile de soluționare a situației și anume :

- Transferul *diadei* în « Casa de sprijin monoparental » atunci când relația este *securizantă* cu șanse reale de dezvoltare și integrare rapidă.

- Copilul ocupă locul rezervat în Centrul de plasament CFD având *referentul* ca figură de atașament principală, iar mama în cadrul Programului de sprijin este susținută spre a-și menține contactele zilnice cu copilul, să exerseze separări scurte cu reveniri predictibile care permit după vârsta de 2 ani a copilului o despărțire spre autonomizare, detașarea sănătoasă pentru a evita discontinuitățile și separările concomitente cu insuficiența relaționării cu mama naturală.

2b. Casa de sprijin monoparental

Asigură suport pentru patru mame cu atașament de tip autonom sau care au dobândit (în urma intervenției interdisciplinare) un comportament asemănător atașamentului sigur. Aceste cupluri părinte-copil beneficiază de continuarea vieții împreună, de self-support cât și de serviciile Centrului în vederea independențizării.

Vârsta copilului din această structură este cuprinsă între 6 luni și 3 ani, mama putând apela la rețeaua de suport guvernamental și la serviciile ONG-urilor pentru găsierea unui loc de muncă.

Personalul se compune din 2 persoane de îngrijire suportive pentru mamă, un asistent social (1/2 normă), un responsabil (1/2 normă). Rolul acestei echipe este de a căuta soluții convenabile pentru inserarea în comunitate a familiei monoparentale exercitându-și influența și în percepția comunitară asupra sprijinului necesar familiei monoparentale. Casa de sprijin postnatal și Casa de sprijin monoparental pot funcționa independent dar și grupat sub denumirea de Centrul Maternal.

2c. Casa de reintegrare familială

Concepută ca parte din centrul de plasament CFD, e susținută prin Programul de sprijin, program ce asigură ieșirea copilului din sistem într-o familie securizantă care este în acest caz familia naturală.

Atunci când există în cadrul Sistemului de ocrotire familială și Centrul maternal, Casa de reintegrare familială devine o componentă a acestuia.

Casa deservește un număr de 4 mame în imposibilitate de a se întreține împreună cu copilul, din punct de vedere financiar dar motivate spre a-și asuma propriul copil.

Relația bună a mamei cu copilul și buna integrare comunitară permit angajarea responsabilă în postura de părinte. Casa oferă găzduire diadei pe o perioadă determinată pentru a se independențiza. În acest caz mama este susținută o perioadă de 6 luni pentru a-și îngriji propriul copil ; acolo unde există șanse reale de asumare a copilului contractul poate fi prelungit .

Spațiul se compune din 3-4 camere (2-3 dormitoare, o cameră de zi, bucătărie comună și dependențe). Camera de zi este sufragerie, loc de joacă pentru copii și de interferență cu echipa interdisciplinară.

Pentru realizarea autogospodăririi, supravegherii copiilor în permanență, a evitării accidentelor și a împărtășirii experiențelor cu copii este necesară gruparea a câte 2 mame în cameră.

Mamele interacționează cu copilul constituind figura de atașament principală pentru acesta și completează « jurnalul de viață al copilului ». Referentul în toată această perioadă este suportiv pentru mamă ajutând-o în cristalizarea impresiilor împărtășite copilului, în această perioadă fiind figura de atașament secundară. În cazul în care reintegrarea familială nu este posibilă copilul revine în centrul de plasament CFD și referentul devine pentru copil figura de atașament principală.

3. Programul de sprijin - Echipa interdisciplinară

Pentru o intervenție cât mai precoce și eficace în scurtarea timpului de ocrotire al copilului în familia supleantă acționează, în cadrul Centrului de plasament un « Program de sprijin CFD » care este derulat de o echipă interdisciplinară compusă din pedagog, psiholog, asistent social. Această echipă supervizează activitatea referenților din familiile supleante. Ea derulează activități comunitare ce permit găsierea unei familii securizante corespunzătoare nevoilor copilului, asigurând tranzițiile atât dinspre familia naturală spre cea supleantă cât și dinspre aceasta spre cea adoptivă sau de plasament și invers în caz de eșec.

Pentru asigurarea coerenței, continuității și evitarea separărilor traumatizante pentru copil echipa intervine decizional și structurant în Centrul de plasament.

Ea întocmește și oferă documentația de specialitate necesară organismelor abilitate în adopție, reintegrare și plasament. Asigură totodată vizualizarea problematicii copiilor ocrotiți nediscriminativ și respectarea standardelor programelor și practicilor profesionale.

Programul de sprijin prin obiectivele sale contribuie la prevenirea fenomenului de deprivare maternă:

- Reintegrarea copilului în familia naturală atunci când părintele este interesat de păstrarea legăturilor.
- Plasarea precoce a copilului abandonat sau fără părinți într-o familie securizantă (adopție sau plasament).
- Evitarea dezadaptării afective și sociale a copilului prin integrarea precoce în colectivitatea, comunitatea și cultura din care face parte („Programul prieten de suflet”).
- Schimbarea mentalității în sensul restabilirii și asumării de rol față de problematica copilului aflat în dificultate (implicare comunitară).

Componentele programului de sprijin sunt :

- reintegrare familială ;
- adopție și plasament ;
- prieten de suflet ;
- implicare comunitară responsabilă și constantă.

Prin reintegrare familială se:

- Facilitează accesul părinților și se urmărește interacțiunea acestora cu copilul;
- Asigură suportul moral părintelui pentru creșterea stimei de sine și valorizarea rolului parental;
- Încredințează temporar copilul părintelui natural spre a-i permite reacomodarea în diadă oferindu-i suportul profesionist al echipei interdisciplinare;
- Observă comportamentul copilului și oferă consilierea necesară pentru a restabili continuitatea discursivă și coerența celor întâmplate și a diminua efectele adverse ale separării;
- Conturează programe comune de menținere a relației și reasumare a rolurilor parentale, stimulând abilitățile reparatorii ale diadei, dialogul reflectiv, sincronia și colaborarea
- Acționează pentru găsirea de suport comunitar care să garanteze inserția socială.

Pentru copiii care au părinți naturali cunoscuți, « Programul de sprijin » prevede suport din partea echipei interdisciplinare iar pentru anumite cazuri susținerea diadei mamă-copil în Centrul de reintegrare familială - CFD spre a putea interfera în timp util formarea unei matrici primare de atașament sigur.

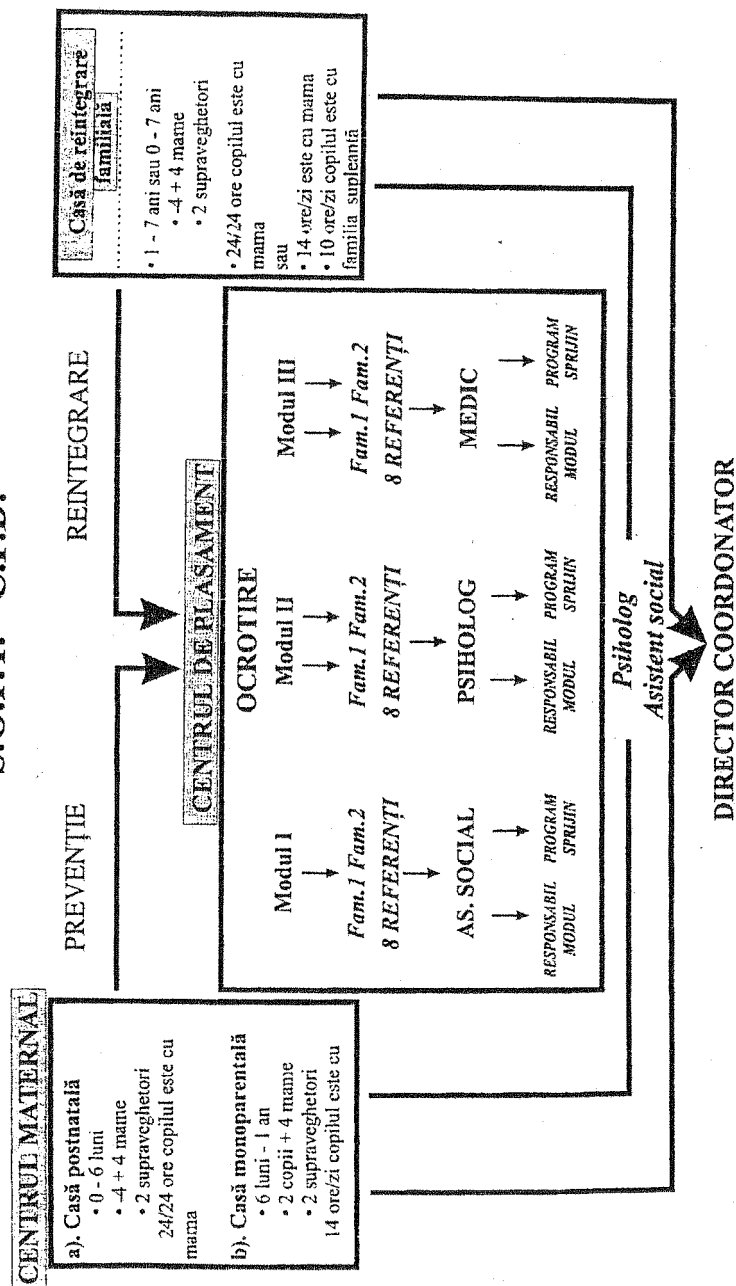
În vederea unei adopții și a unui plasament rapid, adecvat nevoilor de stabilizare a copilului, se:

- Mediatizează prin mijloacele mass-media situația copiilor aflați în ocrotirea Sistemului familial CFD, fără intruzivități în ritmul de viață și biografia intimă a copilului,
- Colaborează cu agențiile și autoritățile avizate pentru adopție și plasament în programe comune,
- Susține copilul în procesul de adaptare cu potențialii părinți adoptivi.

Prin Programul „Prieten de suflet”, voluntarii educați special :

- Facilitează procesul de detașare-autonomizare al copilului prin introducerea unor figuri noi, avizate pentru interacțiuni multiple în cadrul structurilor CFD ;
- Contribuie la lărgirea sferei de explorare prin însoțirea copilului în comunitate ;

SISTEMUL DE OCROTIRE FAMILIALĂ TEMPORARĂ „CASA CU FERESTRE DESCHISE” S.O.F.T. - C.F.D.



SERVICII OFERITE DE SISTEMUL DE OCROTIRE FAMILIAL CASA CU FERESTRE DESCHISE

Natura serviciului	Beneficiari	Unde	Cine intervine	Ce se face	În ce scop (impact)	Perioada
Serviciul post natal	Copii+ mamă	În maternitate	Asistentul social Psihologul	Consiliere Consiliere la cerere (în urgență)	Prevenirea abandonului în maternitate (fuga mamei)	0-2 săptăm.
Casa de sprijin post natal	Copii+ mamă	Casă sau apartament	Asistentul de ocrotire Psihologul Îngrijitorul Responsabilul casei	4-5 mame convalescente Self support Consiliere (igenă-sănătate mintală-creștere copii) Evaluarea interacțiunii mamă copil Evaluarea mediului de suport social	Consolidare legătura mamă-copil Evită abandonul precoce Evaluază rețeaua proprie de suport social și reintegrare precoce	6 luni
Casă de copii "Casa cu ferestre deschise"	Copil orfan Abandonat în dificultate (al străzii)	Casă Apartament Sală de creșă Sală de grădiniță (amenajare)	Supraveghetori (figuri de atașament) Mamă-tată-bunică Director educativ Asistentul social Psihologul (Programul de reintegrare)	Se pregătește copilul pentru integrare rapidă în familia ocrotitoare Se realizează acordajul afectiv în vederea reintegrării în familie, colectivitate și comunitate	Reintegrare în familia naturală Adopție Plasament Integrare în colectivitate	2 săptăm.-12 luni
Casă de reintegrare familială Casă monoparentală	Copii+ mamă sau tată	Casă sau apartament	Asistentul de ocrotire Psihologul Îngrijitorul Responsabilul casei	Suport de grup-Self suport Autointegrare Servicii comunitare Rezolvarea problemelor prin contacte securizante Evaluarea capacității parentale	Asumarea proprietății copil Integrarea comunitară (două oferte de serviciu) Călfățirea în micile cerute în zonă	6 luni-3 ani 6 luni-3 ani
				Consultații Evaluare Supervizare	Suport pentru cazuri dificile Suport pentru părinți adoptivi Suport pentru copii în plasament Supervizare specialiști	2 săptăm.-18 ani
Serviciul de consultanță și consiliere	Copii Părinți Specialiști	Casă sau apartament	Medicul specialist în sănătate mintală Psihiatru Psihologul Asistentul social			

158

- Face vizibil copilul cu performanțele sale, acestuia mărindu-i-se astfel șansele de adopție sau plasament.

Pentru implicare comunitară se:

- Organizează tabere sezoniere ;
- Organizează evenimente festive (aniversări, serbări) ;
- Participă la manifestări cultural-artistice comunitare (expoziții, spectacole etc.)

Funcționarea sistemului

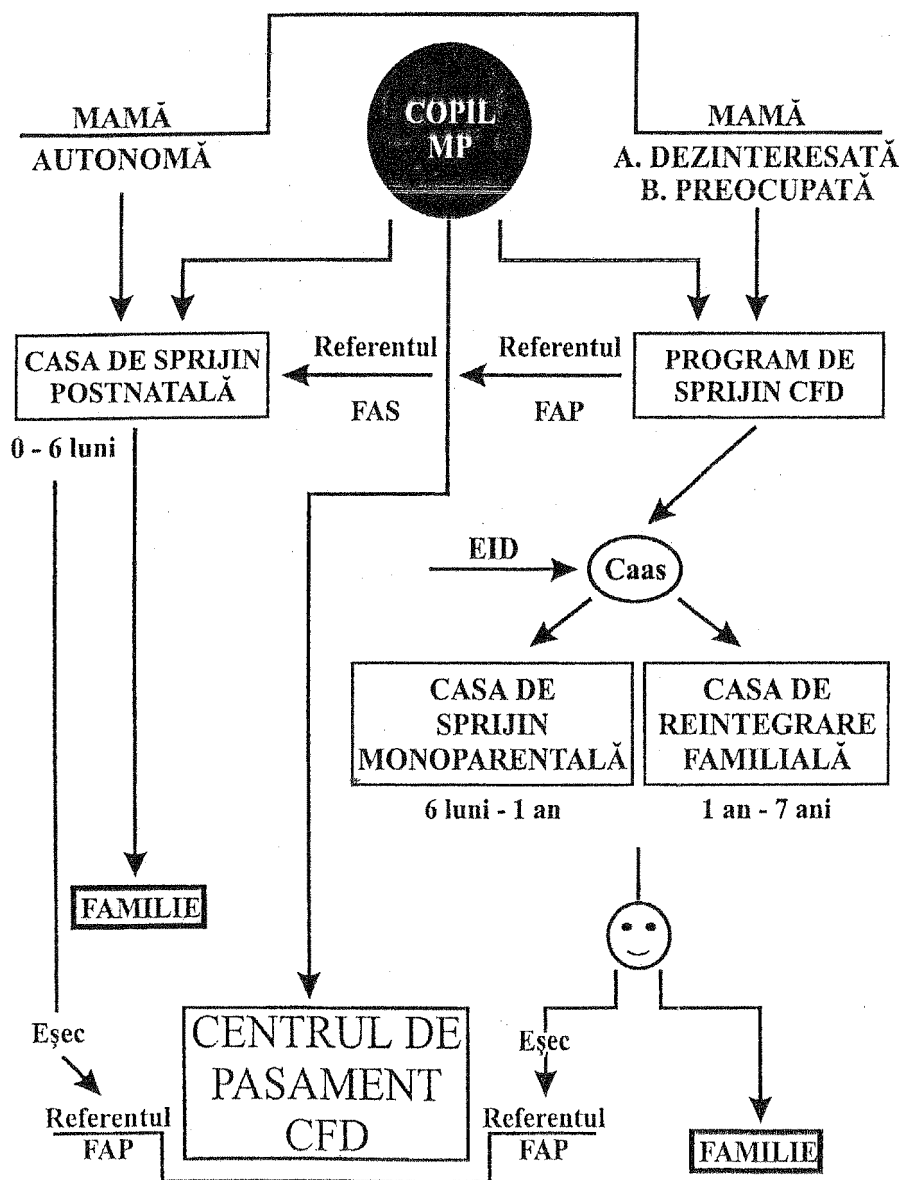
Sistemul de Ocrotire Familială Temporară (SOFT) destinat copilului aflat în dificultate poate funcționa ca un întreg care permite o ocrotire unitară și continuă, o dezvoltare echilibrată și armonioasă evitând separările precoce traumatizante, abandonul sau neglijarea.

În această situație administrativă Centrul de plasament CFD și Centrul Maternal funcționează separat, iar echipele interdisciplinare ale celor două unități formează un întreg sub denumirea de echipă multidisciplinară, supervizată de directorul coordonator.

Cel de-al doilea mod de implementare al sistemului prevede înființarea de unități mici la început, Module C.F.D. și Case de sprijin mamă-copil care pot funcționa independent iar pe măsura dezvoltării acestora activitatea se poate structura într-un sistem de ocrotire coerent care să armonizeze partea de prevenție (Centrul maternal) cu cea de ocrotire (Centrul de plasament) și cea de servicii specializate (echipa interdisciplinară), axată pe nevoile de dezvoltare ale copilului aflat în dificultate.

DINAMICĂ ȘI CONTINUITATE ÎN SOFT

COPIL ÎN IMINENȚĂ DE ABANDON



Elemente favorizante pentru implementarea rapidă a SOFT - CFD

Sistemul de ocrotire familială CFD prin modelul nou oferit creează continuitate evitând separările precoce și abandonul cu efect dezastruos pentru copil.

Pornind de la o bază sigură de atașament care este mama naturală sau referentul din familia suplăntă se asigură mediul securizant ce permite explorarea și autonomizarea.

Varianta optimă de implementare prevede ca familiile suplăntă să dispună fiecare de câte un apartament în comunitate, de preferință grupate câte două în același bloc sau în blocuri apropiate în vederea formării Modulului CFD (ca în varianta Petroșani care a fost înființată de Fundația Ovidiu).

A doua variantă constă în utilizarea spațiilor fostelor creșe aflate în incinta grădinițelor (cu program prelungit), transformate sub formă de apartamente, ceea ce permite următoarele avantaje de logistică :

- Reutilizarea unor spații disponibilizate prin scăderea numărului de copii din creșa de cartier fără a le schimba destinația favorizând integrarea comunitară rapidă și vizibilitatea copilului aflat în dificultate.

- Amenajarea spațiului pentru a orienta copilul pe modelul unui apartament familial nu necesită investiții mari și permite o nișă pozitivă cu programe individualizate cu respectarea ritmurilor și intimității copiilor.

- Funcționarea unor module familiale mici flexibile în cadrul grădinițelor asigură condiții de educație nediscriminative într-o nișă ecologică corespunzătoare nivelului social și cultural din România (cu accent special pe reluarea tradițiilor și stimularea adecvată).

- Gruparea a două familii suplăntă într-un modul situat în același imobil (clasa de creșă, grădinița), respectiv două apartamente de bloc prezintă avantajul interacțiunilor și ajutorului în caz de urgență pentru personalul care le deservește și primul pas în socializare prin vizitele reciproce.

- Interacțiunile cu copiii din familiile cartierului în care locuiesc ca vecini transformă beneficiarii în participanți activi, vizibili și accesibili influențelor comunității locale.

Acest nou sistem de prevenție în sănătatea mintală și protecție socială care are la bază principiile teoriei atașamentului, pregătește individul spre a face față stresului și a dezvolta mecanisme adaptative care să-i permită realizarea potențialului personal într-un climat social. SOFT este în concordanță cu strategia guvernamentală în domeniul protecției drepturilor copilului și ea este considerată drept alternativă de tip familial, cu valențe de angajare comunitară și cu perspectivă de generalizare.

De menționat:

- La aproximativ aceleași cheltuieli efectuate de către sistemul de ocrotire actual, ocrotirea copilului se poate face în sistem familial cu părinți supleanți (referenții implicați direct în relația cu copilul).

- Părinți supleanți =referenții sunt supervizați de o echipă interdisciplinară compusă din : asistent social, psihiatru și pedagog.

- Copilul ocrotit este dublu securizat. pe de o parte de către referent ca „figură secundară sau principală” de atașament și mama naturală. Pe de altă parte specialiștii (echipa interdisciplinară) și „prietenul de suflet” secondați de ceilalți membri ai familiei suplente care au rol de figuri de atașament secundare cu care exersează socializarea precoce.

- Echipa interdisciplinară derulează un Program de sprijin care permite ieșirea copiilor din sistem într-o familie securizantă (naturală sau adoptivă) în aproximativ 18 luni (șederea în CFD a fost cuprinsă între 4 luni și 3 ani în toți cei 10 ani de existență în diverse zone ale țării).

- Implicarea Direcțiilor Județene de Protecție a drepturilor copiilor în parteneriat ONG-urile (jud. Timiș și Hunedoara) în promovarea modelului de ocrotire familială tip Casa cu Ferestre Deschise oferă posibilitate comunității să se implice și să sprijine în cadrul proiectelor incluse în programul de sprijin scoaterea copilului din sistemul instituționalizat de tip familial într-o familie securizantă definitivă folosindu-și resursele proprii.

- Ocrotirea copiilor fără identitate, a celor abandonati în maternități și a celor aflați în dificultate încă din primele luni de viață într-un sistem securizant de tip familial și plasarea lor într-o familie definitivă încă din mica copilărie scutește și bugetul statului de întreținerea lor în instituții mari. Structurile mici, atât ca mediu ambiental cât și ca structuri de personal, pot găsi posibilități de autosusținere continuă. Ele pot intra în managementul Consiliilor locale pe teritoriul cărora se află copii mici în situație de abandon, neglijati sau abuzați și/sau cu dizabilități.

Concluzii

1. Bazată pe ideea unui model familial, ca supleant parental, cercetarea și-a propus, în prima etapă, să pledeze pentru a i se oferi copilului o identitate juridică, psihologică și culturală.

2. Funcționarea Casei cu Ferestre Deschise între 1993 și 1994 a angajat voluntarii într-un proiect-pilot care a incitat un grup interdisciplinar de reflecție asupra dezvoltării în mica copilărie și la acțiuni concrete, locale, de reintegrare familială, adopție și plasament, într-un efort de solidarizare al ONG-urilor românești și străine din Franța, Anglia, Olanda și Irlanda desprinzându-se concluzii practice de ocrotire a copilului aflat în dificultate, în contextul descentralizării serviciilor.

3. Trecerea de la viziunea medicală către cea de asumare socială, asupra îngrijirilor și educației copilului mic și asupra rolului „bunic” și „tată”, valorizați prin imaginea lor concretă și prin intermediul „jurnalului de viață”, a condus la necesitatea definirii rolurilor, statutelor sociale și profesionale a bărbatului cu rol de educator-puericultor, ale psihologului și asistentului social, cât și asupra alternativelor familiale profesioniste - care să poată susține alternativa propusă în fața autorităților de către echipa de supervizare.

4. Programul-pilot 1997-1999 a vizat transformarea instituțiilor de ocrotire depersonalizante în unități mai mici, de tip familial, corespunzătoare nevoilor copilului mic.

Centrată pe nevoile copilului, organigrama a fost modificată, astfel ca personalul auxiliar educat în sensul drepturilor copilului, al teoriei atașamentului și practicilor din Institutul Pikler din Budapesta, să intre în interacțiune directă cu copilul, ca referent (figură principală de atașament).

5. Sistemul de ocrotire familial Casa cu Ferestre Deschise a reprezentat o nouă modalitate de abordare a ocrotirii copilului, conform teoriei atașamentului, în familii suplente cu caracter temporar. Datorită componentelor din Programul de sprijin și a intervenției echipei interdisciplinare, a asigurat ieșirea rapidă și plasarea copilului într-o familie securizantă definitivă.

6. Componenta de prevenție a abandonului copilului, prin centrul maternal, a intervenit în perioada neo-natală pentru susținerea diadei în perioade critice, diminuând potențialul de abandon și efectul psihopatogen posibil pe termen lung.

7. Sistemul funcționează ca un tot unitar datorită echipei multidisciplinare din cele trei tipuri de forme de ocrotire a copilului aflat în dificultate, permite depistarea și intervenția precoce în cazul tulburărilor survenite în dezvoltarea copilului.

CAP. V. ORGANIZAREA ATAȘAMENTULUI ȘI SCOPURILE PSIHOTERAPIEI – INTERVENȚII CENTRATE PE RELAȚII

5.1. Copilul neatașat - factor de risc

În 1994, fiind în SUA, la Universitatea Minnesota am străbătut jumătate din continentul american spre a ajunge în Denver - Colorado, unde se desfășura a XXII-a întâlnire a ISPCAN "Windows of opportunity" - și unde Marty Erikson prezenta implicațiile practice ale tulburărilor de atașament primare în aspectele de maltratare ale copilului ca rezultat al studiilor longitudinale impresionante de 20 ani (pe un lot rămas reprezentativ de copii considerați cu risc crescut având acum la rândul lor copii pe un lot semnificativ 200 subiecți extrem de minuțios selectat, comparat și urmărit în timp).

Pentru Ken Magid și Carole A. McKelvey în 1987 publicarea cărții lor "Copii cu risc crescut - fără conștiință" constituie o provocare adresată lucrătorilor din Centrele de zi, adopție, plasament, părinților care se despart sau își abuzează copii. Din prisma noastră, acest punct de vedere era mult prea tranșant împotriva adopției copiilor din instituțiile românești fapt ce ne-a determinat să luăm atitudine publică, bazată pe experiențele noastre în domeniu.

Cartea prezintă "Copiii neatașați" drept "bandiți în care ai încredere" descriși de autori ca exemple de "escroci sentimentali", "întreprinzători imorali", drogați, criminali psihopați care nu pot iubi și nu pot fi iubiți "furând dragostea" și banii celor care i-ar lua în îngrijiri.

Cartea de fapt pleda pentru ca mama să ia în considerare faptul de a rămâne până la 2 ani cu copilul. E necesar să abordeze în mod conștient creativ separarea progresivă cu metode care să conducă la copii sănătoși mental și să atragă atenția terapeuților, educatorilor, psihologilor. Dar trebuie cunoscut faptul că ceea ce facem în prezent cu copilul mic poate fi cauza unor prejudicii ireversibile anumitor copii, răspunsurile trebuie să vină din partea mai multor locuri incluzând căminul acestor copii, locurile de muncă ale mamelor, școlile, formele de ocrotire ale copilului și guvern.

Privind procesul de atașare ca pe un punct critic, atunci când copilul nu reușește să se atașeze autorii îl leagă pe termen lung de "Personalitățile antisociale" mai precis de psihopatul anetopat.

Pericolul deraierilor procesului de atașare-detașare este prezent dramatic ca și metodele preventive și terapeutice.

Legăturile de atașament se formează în primele 9 luni de viață și cel mai important eveniment în primul an de viață e considerat a fi formarea relațiilor și sistemului de atașament.

Michael Rutter în "Maternal Deprivation Reassessed" (1981, p. 105) sugerează că începutul ar fi "o fază inițială de lășare și comportament de dependență urmată de căutarea atenției, dezinhibată, prietenie nediscriminativă și în final o personalitate caracterizată prin absența sentimentului de vină, inabilitatea de a respecta regulile și de a forma relații durabile".

Mary Ainsworth argumentează că cel mai important rezultat pe termen lung al eșecului de a forma o atașare afectivă este "inabilitatea de a stabili și menține o relație interpersonală profundă și stabilă". Este ceea ce Rutter a numit "psihopatia fără afecțiune".

La Clinica Evergreen Denver - Colorado unde dr. Foster Cline e considerat expert în domeniul copiilor neatașați se consideră cu risc crescut (pe măsura acumulării simptomelor) copiii având următorul "profil de copil perturbat caracterial":

1. Inabilitatea de a da și a primi afecțiune
2. Comportamente autodistructive
3. Cruzime față de alții
4. Veracitate verbală
5. Probleme severe de furt, depozitare și a hranei
6. Probleme de vorbire (limbaj)
7. Probleme serioase de autocontrol
8. Absența prietenilor de lungă durată
9. Anormalități ale contactului din priviri
10. Părinții par mânioși sau ostili față de copil
11. Preocupări legate de a provoca foc, sânge, sugrumări.
12. Atracție pentru străini și "prietenie" nediscriminativă cu aceștia
13. Diferite tulburări ale procesului de învățare
14. Un mod patologic particular de a minți - "procesul primar al minciunii".

(Cline, 1979 p. 128 Copii cu risc - fără conștiință)

Ca urmare a faptului că rezultatul traumelor precoce de neformare a atașamentului rămâne pentru toată viața, se transmite și altor generații "legând", "învăluind societatea" Cline este de părere că "E absolut esențial ca aceia care au o înțelegere a acestor probleme complicate în timp să aibă o intervenție unită. Aceasta nu este o problemă care are nevoie să fie studiată mai mult. Este o problemă care necesită acțiune, acum" (1979, p. 129).

Abandonul, neglijarea, abuzul în primul an de viață în creștere, crește și problemele delincvenței juvenile în ascensiune și cum spunea Benjamin Franklin "Păcatul nu rănește pentru că e interzis, ci e interzis pentru că rănește din plin".

Vera Fahlberg, pe care am întâlnit-o în 1994 spunea că există un ciclu al atașării care trece prin mai multe stadii: *nevoie, disciplină, satisfacerea nevoii și liniștire*. (p. 74)

Input necesar:

- a) contact din priviri
- b) atingere și stimulare labirintică
- c) lactoză (laptele matern)
- d) zâmbet.

Ciclul are loc între persoana de îngrijiri și copil.

În primul an de viață se descriu *trei faze*:

1. Inițial - primele săptămâni de viață copilul *semnalizează* (plângând, vocalizând, zâmbind). Cei din preajmă îi răspund luându-l pentru a-l reconforta/liniști sau a se juca. Sugarul răspunde prin sucțiuni și reflexul de apucare.

2. Când se obișnuiește" cu aceștia poate *discrimina* persoanele familiale de cele nefamiliale.

3. Dacă tatăl/mama sunt prezenți în proces, sugarul îi va căuta activ procesul putând fi între 2 săptămâni și 9 luni.

Michael Lamb nota "Cel mai dramatic și semnificativ eveniment care survine în primul an viață e formarea atașamentelor sociale" (p. 185, 1982).

Când sunt separați de părinți, copii care au reușit să formeze atașamente trec prin *fazele de protest, disperare și detașare*.

Bowlby afirmă:

"Singurii copii care nu par afectați de astfel de situații (de separare) sunt aceia care niciodată nu au avut nici o figură de care să se atașeze sau care au experimentat separări repetate și prelungite și au devenit deja mai mult sau mai puțin detașați permanent" (Bowlby, 1973).

Detașarea e un mecanism de apărare împotriva durerii de a fi separat. Ca autoritate în domeniul separării și anxietății care-i rezultă, Ainsworth (1978) – prin scala care măsoară anxietatea separării de scurtă durată – demonstrează că ființa umană răspunde prin mecanisme innăscute de teamă în situații necunoscute (nefamiliale). Când copilul e atașat sigur poate să aibă în mod tranzitor anxietate la separare dar trece peste aceasta și se dovedește activ în a dezvolta încredere. Aceasta îi oferă baza de la care poate explora lumea.

Vulnerabilitatea deosebită este în jur de 1 an când forța și frecvența reacțiilor de anxietate la străini crește și devine dificil să se atașeze de o nouă persoană. Într-o relație sănătoasă, diada figură de atașament-copil a dezvoltat deja sistemul care balansează și limitează corect temerile.

Între 11 și 36 luni copiii demonstrează anxietate intensă în locuri necunoscute.

Fără a reveni asupra reacțiilor descrise în cazurile atașamentelor nesigure am notat ceea ce Selma Fraiberg spunea în cartea "Dreptul fiecărui copil la naștere. În apărarea maternității" (1977):

"Caracteristica distinctă a bolilor non-atașamentului este incapacitatea persoanei de a forma legături umane. În întâlnirile personale cu asemenea indivizi există un perceptibil sentiment care intervine în spațiu, al "non conexiunii" (p. 47)

Aceeași autoare nota referitor la copiii din medii dezavantajate social, asistați în Statele Unite de programul guvernamental "Head Start" că aceste "fantome sărace" tăcute și fără zâmbet la 3-4 ani (cu multiple conexiuni rupte precoce între rude, instituții, copiii "ping-pong" care schimbă frecvent paturi și adrese sau care zac fără stimulare în același loc hrăniți și luați în brațe întâmplător), atunci când sunt într-un loc bogat în culori par a se simți în cimitir; pentru cei care lucrează conștient cu ei se poate nota drept victorie după 6 luni dacă obțin ca răspuns un zâmbet și salutul de recunoaștere sau învață numele celui pe care începe să-l "discrimineze". Este părerea pe care o auzim frecvent la lucrătorii din "Casa cu Ferestre Deschise" care au astfel o apreciere "calitativă" un semn de progres în munca lor uneori sisifică.

Dacă nu se intervine la timp afirmă Bowlby, abilitatea copilului "de a face și menține legături afective e întotdeauna distorsionată" (1979, p. 72).

În termenii autorului "parentalitatea patogenică" include discontinuități care creează în copil manifestări de mânie, resentimente care aduc o lipsă de structurare.

Fraiberg a ajuns la concluzia că:

"Atunci când *fără nici o rațiune* un copil și-a petrecut întreaga perioadă de sugar și o mare parte din cea de copil mic într-un mediu care nu-i oferă parteneri maturi sau condiții pentru atașamente umane susținute, în principal, în primii trei ani, dezvoltarea ulterioară a copilului demonstrează efecte măsurabile".

1. Acești copii formează relații doar pe baza *nevoilor* fără prea multă considerație pentru vreuna dintre persoanele de îngrijire. Este o afectare a capacităților lor de a se atașa de orice persoană.

2. Există o *retardare în gândirea conceptuală* (care rămâne mai scăzută) chiar când în al 2-lea sau al 3-lea an i se oferă un mediu favorabil. Limbajul care a fost retardat sever se îmbunătățește în medii favorabile dar capacitățile de învățare nu sunt în întregime "recâștigate".

3. Tulburarea *controlului impulsurilor*, mai ales în domeniul *agresivității* sunt frecvente. Revizând mai multe studii asupra profunzimii și impactului asupra viitorului individ și sănătatea sa mentală, absența atașării depinde de următorii factori:

a) Vârsta la care ciclul atașamentului e întrerupt e critică (mai ales în perioada de sugar) cu cât copilul e mai mic cu atât e mai important pentru procesul de atașare și capacitatea de reconstruire. (Chiar dacă nu pare complet la 2 ani).

b) Separarea pe o perioadă de câteva ore poate fi tolerată, reparată de copil nu însă și perioade lungi de zile-săptămâni în care adultul nu e predictibil, și nu a găsit metode de a structura aceste scurte așteptări și a le semnaliza limitele.

c) Predispozițiile genetice, joacă un rol în perceperea copilului de către adult dar aceasta rămâne de studiat în ce măsură e un fapt influențabil și la ce vârstă. Berry Brazelton subliniază pentru părinți faptul crucial de a-și acorda timp și a se responsabiliza pentru a crea și menține legăturile cu sugarii lor pentru a da sensul stabilității lumii.

"Aceste experiențe precoce de a învăța unul despre altul sunt baza împărtășirii dezvoltării emoționale în viitor".

Jocul de cuvinte: "The time to teach obedience is in the playpen, and not in the state pen", s-ar traduce, parafrazând, că "timpul de a învăța supunerea este cel în care copilul e în țarc și nu între gratiile închisorilor în urma condamnărilor penale".

El mai poate fi tradus însă din punct de vedere al dezvoltării copilului prin faptul că statul trebuie să ia măsuri preventive educative precoce pentru a nu plăti prețul social al delincvenței.

În "ciclul magic" al atașamentului își are rădăcina sufletul, și am ales termenul pentru că exprimă acea calitate unică, umană de a avea grijă de celălalt, credința intimă că există ceva mult mai mareț *între noi*, mult mai important decât noi înșine.

În eseurile de-a lungul anilor la întâlnirile profesionale am încercat să evoc gânditori din trecut care au scris pe această temă a ciclurilor sau stadiilor dezvoltării. Eric Erickson a scris despre "încrederea de bază". Martin Buber și Biswanger despre relația fenomenologică "a fi cu celălalt".

Grupurile creștine vorbesc despre sensul "stării de grație" psihanalistii despre "internalizarea părintelui bun". Acestea înseamnă că trăsăturile părintelui (sau celui care îl înlocuiește) sunt acceptate de copil ca trăsături proprii, ale sale și ele vor face parte din repertoriul său ulterior. La fel caracteristicile mediului și "legile" după care se desfășoară viața în acest mediu.

Din acest moment trebuie să gândim că acest ciclu nu e "magic" decât în măsura ignoranței noastre sau al apărărilor noastre.

Berry Brazelton constată că încă din perioada sarcinii (la gravide împovărate de ideea de a se reîntoarce la locul de muncă pentru a-și asigura existența sau la profesionistele de succes) există tendința de a se detașa de copil, atribuindu-i incapacitatea de a simți și suferi din cauza separării de persoana ei, tendința de a face "doliul" pierderii copilului încă din perioada de sarcină pentru a se feri de durerea pierderii copilului - pe care astfel o pregătește.

În mod similar, lucrătorii din domeniul protecției copilului sunt supuși unui efort enorm de a rezista între nevoile afective și materiale proprii uneori nesatisfăcute și cele debordante ale copiilor. Asistăm la situații în care persoane cu educație de nivel înalt și responsabilități în domeniu proiectează propriile nevoi și nu iau drept un semnal de alarmă apelativul general "mama" ci distorsionează, se detașează. . . se apără de ceea ce n-au putut integra.

Mecanismele de apărare *ale mamei* sunt de importanță crucială pentru supraviețuirea ei personală, iar Brazelton le grupează în trei:

1. *Negarea sau distorsiunea* importanței schimbării din viața ei. Femei tinere, uneori profesioniste nu recunosc că a avea un copil le va schimba viața. Nu realizează că după ce au copilul vor avea un profund sentiment de pierdere dacă nu-și permit timpul pentru a lăsa loc unui atașament normal să se formeze. Ele par să nu realizeze investiția de timp pe care o cere copilul.

2. *Proiecția* (sau blamarea celor din jur: creșa, îngrijitorii pentru problemele ivite). E un al II-lea mecanism de apărare. Uneori proiecțiile sunt de tipul "Copilului nu-i pasă de mine, e atașat de X..." etc.

3. *Atașarea* "Una dintre structurile de lungă durată care se presupune a fi formate în perioada de sugar și mică copilărie este *sensul securității emoționale* - o idee strâns corelată cu noțiunea de *încredere, atașament și dragoste*" (Kagan, 1978 "Infancy: Its Place in Human Development").

Pacientul și terapeutul în această perspectivă devin *co-constructori ai povestirii* și nu există un adevăr *unic* care să fie acoperit ci trebuie să ajungă în comun la un fel de înțelegere împărtășită care ajută la reconfigurarea, la redefinirea sensului de sine al pacientului și al raporturilor cu ceilalți.

Din punctul de vedere al terapeutului, povestea pacientului e "croită" de securitatea atașamentului aceluși individ, la care primul trebuie să se ajusteze prin acordaj.

Termenul de *predominant* e extrem de important în procesul terapeutic în care, adultul în anumite circumstanțe, poate fi clasificat într-unul din cele 2 categorii care subîntind moduri de apărare similare și care se pot manifesta diferit în situații clinice diferite de relaționare.

În timpul tratamentului, apărările pot deveni mai fluide și chiar aceste fluctuații sunt o componentă la care terapeutul trebuie să fie senzitiv.

Jeremy Holmes într-un articol recent (1997) sugerează că munca terapeutică angajează "story making and story breaking" adică trebuie să-l ajuți pe pacient într-un anumit moment să spună o poveste coerentă și în același timp să faci ca istoria să fie spusă în mod diferit în lumina procesului de vindecare.

"În argumentele mele, sănătatea psihologică implicită (legată strâns de atașamentul sigur) depinde de dialectica dintre "story making and story breaking" între capacitatea de a forma povestea și a se dispersa de aceasta în lumina noii experiențe".

Același autor definește trei prototipuri patologice ale capacității narative:

- adeziv la o poveste rigidă (dismissing pattern)
- depășit de o poveste nespunsă (paternul preocupat)
- incapabil să găsească o poveste suficient de puternică spre a conține durerea traumatică (paternul nerezolvat).

Aceste "patologii ale capacității narative" au efecte profunde în procesul clinic.

La cei *predominant* indiferenți (dismissing) munca terapeutică trece prin fazele: găsirea de căi pentru a permite accesul afectelor spre a fi experimentate, apoi conștientizate, apoi permisiunea de a fi puse în altă lumină "story breaking"

Aceștia sunt indivizi care mențin *constrictiv* și nu conțin experiența emoțională și care rămân străini la sentimentele, motivațiile vieții lor interne. Cu alte cuvinte sunt văzuți ca obsesivi, schizoizi sau narcisici.

5.2. Organizarea atașamentului și relația terapeutică

Travaliul terapeutic are loc într-o relație terapeutică, și ca toate relațiile importante e afectată într-o mai mare sau mai mică măsură de dinamica procesului de atașament.

Pe de o parte organizarea atașamentului și istoria acestuia va avea *un* efect profund asupra sentimentelor pacientului cât și asupra conștientului și inconștientului terapeutului și vor influența (odată aduse la cunoștința acestuia) sentimentele terapeutului despre răspunsurile adresate pacientului.

Din perspectiva atașamentului, modelul unui tratament eficient angajează *capacitatea pacientului de a folosi terapia* iar din partea terapeutului de a-i "*securiza*" calea prin care să reflecteze asupra istoriei de viață împreună, apoi să ia ceea ce au avut ca înțelegere comună, împărtășită și să-i dea semnificație în viața de zi cu zi a pacientului pentru a-l ajuta să se transforme și să se vindece.

Cu alte cuvinte tratamentul oferă pacientului posibilitatea de a-și contempla viața, de a reexperimenta istoria vieții într-un context securizant, sigur și să se îndrepte spre vindecare împreună cu un *altul* disponibil emoțional și senzitiv care "marchează" (Gergely & Watson 1996) și prin aceasta dă noi semnificații și croiește un alt sens al evenimentelor și relațiilor pacientului cu sine însuși și cu alții.

Dar măsura în care pacientul e disponibil să se angajeze el însuși în tratament, să întâlnească terapeutul în sarcina unei înțelegeri mutuale e în mare măsură o funcție a securității atașamentului pacientului. Chiar când terapeutul oferă o "bază sigură" disponibilă emoțional, responsivă și empatică, o companie necesară pacientului (Bowlby 1988) pacienții al căror organizare a atașamentului e nesigură par să răspundă pe aceleași căi defensive, așa cum au făcut-o de-a lungul vieții neacceptând reglarea afectelor nici operațiunile securizante.

Dependența de terapeut nu trebuie văzută în mod necesar ca o manifestare a transferului. Revenirea la terapeut pentru ajutor, ghidare în momente de perturbare, confuzie emoțională derivă din "nevoia universală" umană de a se simți protejat și reconfortat (Cortina, 1997). Acest impuls poate fi văzut în terapie ca derivând dintr-un sens sănătos al faptului că poți fi ajutat de cineva mai puternic și mai viteaz" (Bowlby 1988; Farber, Lippert & Nevas 95) și perceperea altora drept capabili de a oferi îngrijire și reconfortare.

În orice caz indivizii cu istorii de atașament nesigur cu procese grav distorsionate sau transformate fac apel la *expectanțe transferențiale imediate* pe care terapeutul nu le va înțelege sau nu va putea fi disponibil și care într-un anumit sens vor viola siguranța și securitatea pacientului.

Se înțelege că emergența acestora se datorează organizării individuale a atașamentului persoanei respective. Tratamentul e apreciat de pacientul demisionar drept dificil și provocativ emoțional și este extrem de dificil de a menține relația în termeni terapeutici. Dificultățile în aceste relații sunt minimalizate chiar când devin evidente în circumstanțele de viață care au cauzat pacientului distanța și durerea.

“Poate fi creată aparența exterioară de prietenie și relaționare lină, securizantă și cu cel mai mic indice de teamă. Dar binele aparent al adaptării e superficial iar “primăvara dragostei e înghețată și independența e falsă. (Bowlby 1960; Sable 1983, p. 378).

Din experiența lui Mary Dozier cu pacienții *indiferenți (demisionari)* se pare că aceștia sunt extrem de rezistenți la tratament. În contextul terapiei neagă nevoia de ajutor și protecție pentru ei înșiși datorită posibilității ca persoana de îngrijiri să fie indisponibilă. Adesea refuză tratamentul sau se retrag când e oferit; deși *sunt* confrunțați cu problemele emoționale încearcă să distragă atenția clinicianului de la aceasta.

Într-un fel devin dezorganizați în discutarea problemelor emoționale, ceea ce Dozier și Slade (1997) au resimțit corespunde în totalitate cu experiența personală ca terapeut.

Am găsit că aceste persoane, rejectă ideea de ajutor, sunt încăpățânați în a recunoaște faptul că sunt aduse în discuție părerile sau temerile lor și par să considere eforturile mele de a experimenta imaginativ sentimentele lor drept intrusiv sau extrem de emoționale.

Rareori conștientizează efectele sau tristețea separărilor și evidențiază dependența lor de mine. Adesea, uneori după o rezonabilă trecere a timpului acești pacienți devin capabili de a conștientiza sentimentele de pierdere, tristețe, nevoie și rejectare și adesea asemenea relevații sunt urmate de perioade de plutire “alături” sau negare. Izbucnirile emoționale sunt scurte, intense și conținute și eforturile de minimalizare devin repede aparente.

Adulții *preocupați* în relația de atașament aduc alte provocări în procesul terapeutic, în formarea și menținerea alianței terapeutice.

Ei minimalizează exprimarea nevoilor de atașament și sentimente pentru a-și asigura persoana de îngrijiri de disponibilitate (Casidy 1994). Ei “se prezintă pe ei înșiși în tratament ca dependenți, cu mari nevoi, și cer mult de la figurile lor de atașament” Dozier. Ei își cheamă la telefon terapeutul pentru a cere întâlniri în plus, suport și sfaturi și transformă relația terapeutică într-o relație din reminiscențele relației părinte-copil.

Acest mod de a relaționa cu terapeutul nu are sensul transferului clasic ci este manifestarea modalității primare de a relaționa a pacientului (nevoia și tristețea sunt funcțiile care prezumtiv vor ține terapeutul angajat). Ceea ce îl face să experimenteze este faptul că terapeutul nu e suficient de disponibil și nici de ajutor. Aceasta poate conduce la un nivel înalt de ostilitate îndreptată împotriva terapeutului (mânia și haosul) ca tip de relație primară care e trezită în procesul transferențial.

Gunderson (1996) notează că acești pacienți nu pot tolera singurătatea iar intervențiile terapeutice cer tehnici specifice pentru a face față transferului și manifestărilor de contratransfer.

Din descrierile de mai sus rezultă că pacienții demisionari și preocupați pot răspunde procesului terapeutic într-un anume sens.

Dar ce sentimente evocă în terapeut?

Clar, dat fiind faptul că funcția de atașament este de a evoca sentimente aceasta va funcționa pentru terapeut în sensul contratransferului.

Închiși pentru totdeauna în reprezentările lor rigide pacienții demisionari își limitează terapeutul așa cum au fost ei limitați de către figurile lor de atașament. În fața impermeabilității povestirilor pacientului terapeutul experimentează el însuși faptul de a fi prins, baricadat în același peisaj ca al pacientului; numai că în acest timp el poate experimenta ceea ce acesta nu poate: lipsa speranței de schimbare și atingere a intimității.

Pe măsură ce e lăsat să simtă ceea ce pacientul a simțit odată copil fiind ajunge la mânie, în necunoaștere și inepție.

Cum sublinia Dozier (1990) acești pacienți reușesc să-și îndepărteze clinicianul și prin aceasta să piardă ajutorul de care au nevoie. Contratransferul poate fi puternic și adesea terapeutul se poate simți intrusiv, melodramatic, neajutorat, ridicol și exclus.

Astfel de pacienți pot fi rejectați și pot ușor să rănească. Inconștientul terapeutului răspunde la reject prin “intrarea” care aduce lucrurile în sfera atenției pacientului și eșuează în a răspunde problemelor transferului.

Acestea sunt exemple vivide în care terapeutul neavizat colează la inabilitatea pacientului de a face față exigențelor emoționale ale vieții sale. În mod sadic sunt posibile reacții de contratransfer cu astfel de pacienți în încercarea de a-i forța să conștientizeze sentimentele care îi tulbură.

Această reacție, ca și cea de retragere își au originea în frustrarea pe care o încearcă terapeutul blocat în intenții și în proiecția mâniei și sentimentelor nemetabolizate ale pacientului asupra terapeutului.

Sentimentele încercate de terapeut cu cele 2 tipuri de pacienți sunt complet diferite, la fel și modalitățile de lucru.

Încercând să-l pună pe terapeut în situația de a se simți confuz și a-i diminua sensul de *sine* și a-l aduce în situația de a avea el grijă de acesta (rol reverse) terapeutul poate să simtă tot ce a simțit acesta copil fiind: confuzie, mânie, neajutorare, distorsionare. Acest transfer poate fi extrem de puternic încât să-l determine pe terapeutul care le-a simțit să încerce să organizeze, să structureze pacientul. Ca efect terapeutul se poate regăsi în situația de a *crea* o poveste pentru pacient. Acest efort adesea nu e de ajutor pentru că poate crește în pacient sentimentele de haos și confuzie.

Progresele în travaliul terapeutic nu rezidă în interpretări și cuvinte ci în disponibilitatea pe termen lung pentru a fragmenta haosul. Asemenea flexibilitate și disponibilitate emoțională oferă structura care poate conduce la consolidare internă și o speranță născândă pentru schimbare.

Dozier (1990) ca și Fonagy (1996) au notat că cei demisionari pot mai curând să fie compleanți la psihoterapie iar Horowitz, Rosenberg și Bartolomew (1996) sugerează că în nici un caz psihoterapia de scurtă durată nu ameliorează, ei sugerează psihoterapie psihodinamică, terapie cognitivă și farmacoterapia.

Pentru pacienții preocupați capacitatea de a *reflecta* asupra emoțiilor în sine și alții, de a *răspunde* acestora e absentă.

Această descoperire arată că ei nu înregistrează nici un fel de îmbunătățire în psihoterapie.

Bowlby (1988) vede disponibilitatea emoțională a terapeutului ca pe ceva central în vindecarea prin psihoterapie pentru că numai când terapeutul se comportă senzitiv empatic (sigur) pacientul poate separa proiecțiile din copilărie de experiența reală în psihoterapie. Pentru unii pacienți neutralitatea atinge experiența de reject, neglijare sau abandon; așa cum pentru alți pacienți angajarea intensă a terapeutului și intrusivitatea ating temerile de a fi sufocați sau angajează dependența pacientului.

Terapia în sine se referă la pierderi, separări, reuniuni și evenimente în viața pacientului și procesul terapeutic are în mod intrinsec separări și reuniuni.

Întâlnirile și despărțirile au semnificație pentru pacient ca și pentru terapeut. În mod similar situația de *a te îngriji* de celălalt e evocatoare pentru nevoia de a se simți *îngrijit* evocată de terapeut. Iar dacă terapeutul însuși a suferit o pierdere precoce sau abandon în experiențele precoce pe care le-a reconciliat, diferiți pacienți pot declanșa în el drama propriului atașament în diferite moduri.

Pentru acești pacienți aspectele de atașament și intimitate sunt minimalizate și demisionate și în ultimă instanță departe de a fi atinse. Ei se pot simți triști, singuri, mânioși sau puteau să se simtă astfel în copilărie dar răspunsul lor e de obicei "poate dar nu sunt acum" sau vorbesc la persoana a II-a. "Te poți simți frustrat sau mânios când ai de a face cu copilul". Acest tip de răspunsuri sunt considerate tipice de Mary Main pentru tipul Demisionar (dezangajat).

Din perspectiva terapeutică, în acest caz trebuie pus în situația de a experimenta amintirile afective. Aceste căi sunt adesea blocate de ceea ce Holmes numește "nodal memories" amintiri rigide, versiuni inflexibile care trebuie "prelucrate... despachetate... și apoi reasblate dintr-o nouă perspectivă".

Sunt mai multe blocuri importante de pus până la a întâlni pacientul în durerea și confuzia sa, pentru că aderența la istoriile rigide reprezintă o cale spre negare sau uitare realizată deja.

Prin contrast cei *Preocupați* care pot apărea drept isterici sau border line ca personalități adesea par a fi depășiți și sunt turmentați de sentimente iar tratamentul constă în a-i face să-și conțină și să-și organizeze astfel sentimentele.

Holmes afirmă că una din căi ar fi "capturarea confuziei și estomparea sentimentelor care invadează și depășesc pacientul".

Absența structurilor care să conțină abundența emoțiilor e tipică pentru acești pacienți preocupați. Uneori dezvoltarea unei structuri internalizate reale pare virtual imposibilă. Așteptările terapeutice de a-și organiza experiențele par să se evaporeze imediat și sunt înlocuite cu afectele care invadează scena.

Înțelegerea lor generală a relațiilor pare superficială și suprapusă și nu pe deplin în relație cu o consolidare internă (Main 1995). Abordarea terapeutică în loc să conducă, să netezească o cale spre o structură reală, ia haloul unui sentiment de neintegrat.

În timpul întâlnirilor terapeutice pacienții sunt "conduși" de sentimentul că sar de la o problemă la alta fără nici o focalizare către scopul intern. Cu acești pacienți Fonagy și colegii (1996) au înregistrat cele mai puține succese.

Munca cu pacienții având procese de doliu sau traume nerezolvate pun alte probleme legate de *absența* rezoluției care a dus la distorsionare profundă și disociere. Aici găsim durere stocată și recreată în legătură cu ce s-ar fi putu întâmpla. A lucra cu acești pacienți angajează în același timp mecanisme în care se simt descoperiți și trebuie să facă față terorii și unei viitoare disociații a pacientului (Liotti 1993, 1995).

Din perspectiva atașamentului faptul de a fi pregătit pentru a avea grijă de pacient e normal pentru terapeut așa cum e normal pentru pacient să vină la acesta pentru îngrijiri; acesta pare un corolar al *sistemului parental de îngrijiri* (Bowlby 1980; Solomon & George 1996).

„Îngrijirea” în context terapeutic poate fi definită într-o miriadă de modalități (a oferi bază sigură, a se reflecta și a intra în experiența pacientului etc.) în orice caz aceasta implică o corectare emoțională care curge de la terapeut la pacient și invers. Aceste sentimente creează o atmosferă de siguranță și conexiune. Sentimentele terapeutului de conectare cu pacientul ca și capacitatea de a avea grijă de pacient pot contribui la capacitatea empatică și la succes terapeutic și pot fi bine înțelese în lumina procesului de atașament. În terapeutul nesigur predilecția de a îngriji îl face vulnerabil la distorsiuni și contratransfer.

Atașamentul și procesele de atașament cuprinse în aceasta reprezintă un aspect foarte important al funcționării umane fără a defini un individ în toată complexitatea sa. Înțelegerea proceselor bogat descrise de Bowlby, Ainsworth și Main cât și de alți teoreticieni și cercetători aduc lumină în demersul gândirii clinice fără a fi exhaustiv.

Sub presiunea administrării unor tratamente scurte, centrate pe problematică și cu un demonstrabil cost-efectiv din punctul de vedere al teoriei atașamentului nu pot fi gândite ca rezultante ale lucrului cu modelele de reprezentare internă și nici în schimbarea calității reprezentărilor atașamentului. Ea nu permite nici dezvoltarea unui atașament curativ între pacient și terapeut. Având în vedere faptul că problematică se referă la “making and breaking affectional bonds” (Bowlby 1979) iar că acestea sunt construite de o viață uneori a le schimba ia tot atâta timp.

Se pun mai multe probleme legate de pregătirea generațiilor viitoare de terapeuți:

Cum îi vom sensibiliza spre a-și pune întrebări prin prisma teoriei atașamentului?

Cum îi vom determina să-și analizeze propriile istorii de viață, știind că este critic pentru o bună activitate clinică? Și cum îi vom superviza în înțelegerea, ascultarea și procesele declanșate în dinamica și organizarea afectelor de atașament?

Ce este sigur este faptul că dobândind o gândire dezvoltată putem face prevenția unor astfel de tulburări în populația cu risc utilizând tehnici specifice, adaptând mediul și ajutând în schimbarea atitudinii față de copil.

Referitor la acest subiect, al efectelor tardive ale imposibilității copilului de a se atașa de o persoană constantă și de nerecunoașterea de către adulți a nevoii de a se atașa a copilului, a proiecțiilor defensive și al practicilor de creștere a copiilor am întreprins de-a lungul anilor investigații în care am luat ca evaluatori “externi” ai procesului studenți în ani terminali și absolvenți ai facultăților de medicină, psihologie, asistență socială, cărora le-am propus să verifice validitatea unor aprecieri din instrumentele de evaluare a copilului, clasice combinate cu cele moderne pe loturi de copii din leagăne, case de copii, creșe săptămânale și grădinițele comunității unde ei își desfășurau studiile și/sau locuiau.

Faptul s-a dovedit de-a lungul anilor extrem de interesant, și a pus probleme de dinamică și reorientare însăși a evaluatorilor prin raport cu ei înșiși și cu instituțiile pe care le studiau, demn de analizat și de menținut în atenție în viitor pentru concluzii mai ample.

La început, în fața nerecunoașterii de către specialiștii pedopsihiatrii atitudinea personală a fost de a discuta în întâlniri naționale de specialitate, în anii ‘86-‘89, informațiile anilor ‘56-‘66 ca ultime informații accesibile în acel timp ca baze pentru introducerea unor criterii de diagnostic al tulburărilor observate la copil. Tulburările de atașament, cel puțin în termenii oferiți de tratatul lui Kaplan din 1983, aduceau o nouă perspectivă în considerarea sănătății mintale a copilului. Rezistențele s-au întâlnit în primul rând aici în lumea medicală și aceasta tot printr-un mecanism de defensivă personală și profesională. Ce altă soluție *practică* putea fi găsită în fața debordantei misiuni de a catapulta copilul dintr-o instituție în alta într-o situație în care însuși evaluatorul trăia condiția deprivării de informații profesionale și al sărăciei generale și a gândiri impuse (!!!).

Soluții medicale la probleme sociale ne-au condus la a face apel la mentori și literatura clasică drept ai proceselor de explorare în care ne aflam, aceasta a fost cheia unor atașamente profesionale cu specialiști și din alte domenii și care au constituit o *bază sigură* de explorare “în comun” în care ne-am putut forma certitudinile diagnostic-terapeutice și de cercetare.

Problemele atât de complexe de deprivare (de stimuli, de expectanțe, de mediu, de suport material și suport social) în condițiile ruperii legăturilor firești tradiționale și ale unei desolidarizări generale pornite dintr-o neîncredere cultivată sistematic și adânc înrădăcinată ridicau probleme nu de diagnostic, evaluare și tratament care ar fi psihiatizat în mod înspăimântător ci de abordare *conceptuală* și preventivă de tip cercetare-acțiune, care să ofere cercetătorului siguranța nu numai a unei monitorizări corecte, multiple (din perspective profesionale diferite) dar cât și posibilitatea unei intervenții concrete cu o angajare personală.

5.3. Alte forme de terapie citate în literatură

5.3.1. Terapia spirituală

Educația religioasă presupune trecerea dincolo de cuvinte cu tendința de a face experiența religioasă. Mesajul spiritual e încărcat emoțional și atunci când e experimentat are o amprentă de neuitat asupra sufletului uman. Când terapia spirituală e eficientă persoana "se atașează de Dumnezeu". Ea nu este tipic creștină. În Japonia *terapia Naikon e modelată de vechiul Budism*. (Preoții budiști retrași în peșteri au perioade lungi de meditații și autodisciplină severă și dedicație divinității până când experimentează Satori - adică iluminarea).

În terapia Naikon i se cere pacientului să stea singur și să reflecteze asupra trecutului său de la ora 5 dimineața la 21 seara în fiecare zi (cu pauze de masă și toaletă). Terapeutul vine să asculte confesiunile și să dea sarcini de rezolvat în jurul a 3 teme: ce a fost primit de la alții, ce a fost dat înapoi și ce probleme le-a făcut celorlalți.

Naikon obligă pacientul să se judece singur ca un avocat și să-și stăpânească "erorile". Această tehnică este asemănătoare celei catolice sau ortodoxe de post urmat de confesiune și "împărtășanie".

După zile de reflecții pacientul izbucnește în plâns, când realizează gradul de egoism. Atunci când i se dă sarcina să-și amendeze trecutul pentru ca acțiunile viitoare să poată fi pozitive, el a trecut deja de faza ruperii barierelor și asumării trecutului într-o manieră diferită și devine capabil să-și ofere și altora experiența în grup terapeutic.

Pentru că e o terapie de dorit pentru persoanele încarcerate, e folosită în închisorile Japoneze și în centrele de delicvență juvenilă (Rainolds 1981). Dr. Stanton Samenow (autor al cărții "Inside the Criminal Mind") abordează psihopatii utilizând înregistrări pe benzi audio, notițe pentru a reajusta gândirea greșită și a promova moralitatea. Mesajul moral este transmis în timp ce au loc în contextul unui control zilnic acțiuni care să-i permită punerea în practică a unor mici experiențe cu rezultate imediate, în care într-un fel să reexperimenteze "a fi cu celălalt" și în controlul situației.

5.3.2. Experimentarea în condiții extreme

Descrisă de William A. Reid în cartea "Demascarea psihopatului", și practică la Centrul Montan Santa Fe, New Mexico terapia presupune oferirea pentru tinerii adolescenți cu comportament marcat distorsionat antisocial, șansa de a se "măsura", de a *se testa împotriva* elementelor dintr-un *mediu complet necunoscut*, de a învăța despre sentimentele înăscute, temeri reînnoite în *situații de stres montan*.

De obicei 2 terapeuți însoțesc grupul format din 8 copii, în locuri sălbatice. Grupul și "sfătuitoarii" care-i însoțesc stau 24 ore pe zi împreună timp de 7 zile pe săptămână pe o perioadă de 3 săptămâni.

Provocările naturale sunt riguroase, dar făcute să depășească forțele copiilor, alese spre a-i ajuta să-și formeze îndemânări în cățărarea pe stânci, canoe, explorare în peșteră, mersul prin cascadă și apă de munte. Experiențele au o "coregrafie" pe care prin autodisciplinare tinerii trebuie să o respecte în acțiuni în care se cere încredere și grijă pentru celălalt și responsabilizare. Când copilul "uită" să-l pună la adăpost pe celălalt suferă consecința naturală de a dormi afară. Astfel se speră că acești adolescenți vor învăța că nu poți înșela legile naturii mamă.

În locul controlat dar între bare metalice sau între zidurile spitalului se oferă un loc unde să-ți structurezi existența să te adaptezi la stres protejând și având încredere în percepția celuilalt ca fiind protectiv.

Combinăția terapeutică pentru cazurile necesitând protecție "intramuros" se referă la *terapie individuală și de grup, terapie familială, terapie comportamentală și ergoterapie, cognitivă și psihodinamică și terapie medicamentoasă*.

Robert Zaslov, la Universitatea din San Jose (S. U. A.) lucrând cu copiii autiști și patternurile lor solitare sau bizare lansează ipoteza că în cazul în care nu se pot evidenția cauze organice clare în tulburările mentale e posibil să existe în antecedente perturbări în ciclul stabilirii atașamentului.

5.3.3. Terapia de reducere a furiei (Z. Therapy)

Procesul de reatașare pe care l-a numit "Z. Therapy" sau Reducerea furiei ("Rage Reduction") presupune forțarea pacientului spre a completa ciclul atașamentului.

Ideea confruntării față în față și "holdingului" (conținerii, ținerii strâns îmbrățișat - și în același timp de a controla) pentru a-i ajuta să depășească bariera și să ajungă la rezolvare și pace în cealaltă parte, pentru copiii *neatașați*.

Se afirmă că această tehnică distruge rezistențele interioare și permite atingerea emoțiilor ascunse. Odată eliberate acestea, copilul poate să se atașeze de alte ființe umane într-un comportament comprehensibil.

În Cleveland, am asistat personal dintr-o cameră alăturată printr-un geam cu oglindă de cealaltă parte ("one way mirror") la o astfel de terapie Z.

Două persoane având perne pe genunchi, copilul care este strâns între genunchi cu capul fixat în proba "terapeutului" care-l provoacă verbal, îl gâdilă iritant și-l determină să reacționeze furios, cu ură în timp ce el este ținut strâns indiferent de reacțiile de furie, plâns, țipete furibunde, zbiriete etc. ale copilului. Ședința la care am asistat a fost de 3 ore dar se pare că poate dura și 8 ore.

Discuția se poartă între terapeut și copil aspru: "cine e șeful?", cine stăpânește situația, iar copilul negativist deși e ținut de 2 sau 4 oameni comandați de terapeut, afirmă că el este în control.

Disputa "șeful" bun și "șeful" rău, înseamnă de fapt că bun ar fi cel care ține sub control starea de furie și agresivitatea debordantă provocată.

Uneori în cazuri extreme când copilul nu-i vorbește suficient de tare sau nu dă răspunsul corect este ținut peste picioare până când primește răspunsul corect, i se cere răspunsul față în față și i se cere să exprime pe față și în limbaj corporal, furie.

De fapt prin controlul forței i se cere pacientului capitularea și acceptarea încrederii și controlului ceea ce teoretic nu mi s-a părut greu de înțeles, iar "ședința" de-a dreptul sadică și nici îmbrățișarea finală a mamei nu m-au convins. Nu avea nimic din procesul de atașament, nici din ideea îmbrățișărilor securizante ci din procesul maltratării și folosirii psihologiei victimei.

Nici situația diagnostică nu mi s-a părut clară. Era cazul unei fete de 10 ani căreia îi muriseră ambii părinți într-un accident de avion iar persoana desemnată de aceștia înaintea morții de a-i fi tutore o adoptaseră să-i obțină averea... din care cheltuiau pentru terapia ei "de copil neatașat". Fetița nu putea integra pierderea bruscă și deci o descărca furios în timp ce mama adoptivă avea nevoie de manifestări tandre, am fost clar de părere că într-o astfel de situație nu mi se pare nici metoda nici indicația bine aleasă și-am comunicat-o terapeutului. În S. U. A. se pare că există un grup destul de restrâns de *practicanți* de acest gen de abordare a copiilor furibunzi și mi s-a părut normal că Zaslav și-a pierdut licența de psihologie în 1972 pentru California.

Se pare că între sesiuni se dau sarcini părinților și copilului de tipul "nu te joci cu chibriturile". Apoi i se cere să se simtă mai apropiat de membrii "grupului" care l-au conționat și după ce într-o săptămână copilul nu mai "are nevoie" de restricție sau stimulare se concentrează asupra problemelor și discută ținut în brațe aspectele sănătoase ale unei gândiri autonome.

După opinia personală această practică este de fapt un abuz în situația inegală de medic - pacient, adulți - copii.

5.3.4. Atingerea senzitivă

Mult mai justificată mi s-a părut tehnica modificată, în care utilizând "atingerea senzitivă" se reduc rezistențele copilului acționând ca o figură de atașament. Astfel îl ajuți să-și structureze comunicarea, să se restructureze și verbal și fizic asigurându-l de suport până când supărarea va trece și o să reușim să lucrăm ceva împreună ca să ajungem la un rezultat (Plăcerea împărtășită). Jocul sau procurarea zâmbetului care reduce tensiunea în viziunea lui Allan (1986) uneori depinde de vârsta copilului — manifestări spontane, corporale sunt apreciate ca permise și utile pentru descărcări motorii într-un loc sigur.

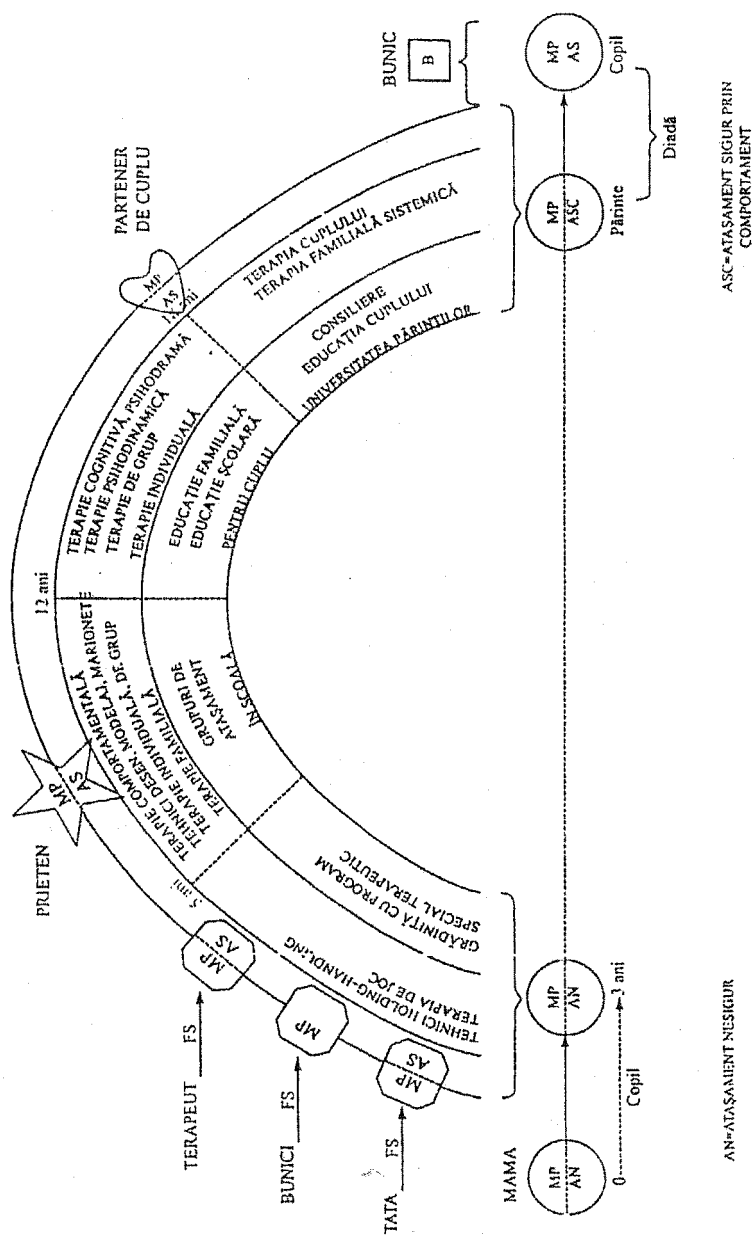
Prin desene, analiza problemelor din ele și verbalizări, reformulări apoi ale trecutului copilului prin tehnica co-constructivă, acesta e determinat de a formula situația clar din punct de vedere lingvistic. Terapeutul devenit figură de atașament îl ajută pe copil să identifice, să înțeleagă și să exprime sentimente profunde pe care să le mănuiască apoi să construiască cu părinții proiecte de viitor (după ce le-a transferat stilul interacțiunii în sensul înțelegerii copilului).

Uneori, în familiile cu probleme grave/psihiatrice sau pierderi/decese care declanșează reacții de doliu greu de conținut e normal să gândim că educatorii empatici pot utiliza elemente din "a fi stăpânul situației" și a lua decizii corecte, acordând timp ("time out") pentru liniștire, asigurând copilul că e lângă el pentru a-l susține în caz că dorește să găsească altă *modalitate de comunicare* decât agresivitatea și descărcările furibunde.

Angajarea familiei în modificarea patternurilor de comunicare sau a familiei de plasament, orientarea spre abordări relaxante mi se pare o cale de a-i învăța pe toți că există comunicare și că ea poate fi efectivă pe alte căi și nu în cercul vicios al victimizărilor succesive.

Strategiile pentru a evita frustrarea, mânia și conflictul necesită cunoașterea relațiilor și patternurilor de exprimare a afectivității în familie.

POSSIBILITĂȚI DE INTERVENȚIE PENTRU CORECTAREA
ATAȘAMENTULUI NESIGUR



5.3.5. Tehnica double - bind

Este o tehnică pentru familiile având copii neatașați în care copilul e confruntat cu un răspuns corect despre faptul că, de exemplu are scâpări sfincteriene când se opune părinților și se teme în același timp de consecințe în fața părinților și terapeutului.

Milton Erickson introduce o criză care să aducă schimbarea.

Tehnica *Restructurarea ierarhiei și a pozițiilor de putere în familie*: Cloe Madanes și Jay Haley introduc ideea că dacă copilul s-ar purta normal ar pierde puterea pe care i-o dau "ieșirile" în fața părinților.

Acțiunile greșit direcționate se focalizează pe temerile părinților asupra copilului mai mult decât înspre problemele lor personale, sociale sau economice și dilemele legate de acestea.

Concentrarea asupra conștientizării corporale cunoscută sub numele de "terapie integrală" a fost promovată de unul din studenții lui Richard Shane care utilizează respirația și limbajul corporal ca indicativ al condiției corporale.

5.3.6. Comunitatea terapeutică

Evaluarea neurologică și psihologică la copilul mic, având în vedere necesitatea măsurării comportamentelor observabile utilizează *înregistrarea video, autoexaminarea părinților*, activități de grup pentru încurajarea cooperării art-terapie pentru explorarea sentimentelor și gândurilor (Potss 1986).

În 1947 Dr. Maxwell Jones lansa conceptul numit "therapeutic community". "Partea cea mai înspăimântătoare a eredității și mediului este că părinții le oferă pe amândouă" (Walt Schreibman).

Niciodată în istoria omenirii creșterea copiilor n-a fost o provocare mai mare decât în societatea fragmentată de azi cu părinți divorțați, lucrând sau în migrare în căutare de lucru, când familiile se multiplică sau se divid și singura constantă e *schimbarea* cu conotația de stres. În aceste condiții "administrarea" de dragoste și disciplină copiilor de care nu te-ai atașat devine o problemă pe care unii o transferă altor "părinți" - școala și poliția.

Dr. Tiffany Field, expert din Miami sesiza în Psychology Today (1987): "Anxietatea în timpul sarcinii a fost legată nu numai de hiperactivitatea și iritabilitatea nou născutului, dar și de anomalii cranio-faciale, cum ar fi "gura de lup" și "buza de iepure".

Faptul că după 30 minute de la naștere nou născutul reacționează la vocea mamei, că poate focaliza după 4 ore figura umană de la 15 cm (distanța de hrănire la sân) promovează facilitarea nevoii de atașament innăscute între un contact, "față în față".

În plus arată studiile lui A. J. De Casper și W. P. Fifer încă din 1980 sugarii sunt activi în a-și manifesta preferința pentru reproducerea vocii mamei.

Prin procesul de atașament energiile sugarului se canalizează, se reglează și sunt transformate într-un proces de creștere sănătoasă.

Copilul începe procesul socializării având sensul întipărit de bunăstare și încredere în sine. Odată cu socializarea începe și formarea conștiinței.

Formarea unor legături slabe sau inconsistente sau chiar ruperea relațiilor și deteriorarea sistemului de atașament conduc la *descărcări* neregulate ale *energiilor* copilului neîncredere și insecuritate. Se pare că aici se află germeii tulburărilor de personalitate găsite mai târziu.

Așa cum a ținti nu înseamnă a și ochi sau a folosi arma tot așa și decelarea unor simptome de neatașare în mica copilărie nu înseamnă în mod automat psihopatie sau marginalitate în privința bolii psihice.

Factorii de risc însă ar fi:

1. Istoric (genetic) de familie de psihopați anetopați.
2. Traume prenatale - mame în stres extrem, dependență de droguri.
3. Părinte cu tulburări emoționale grave.
4. Prematuritatea/greutatea mică la naștere.
5. Naștere traumatică și complicațiile din timpul nașterii.
6. Separarea la naștere sau imediat în primele luni de persoana discriminată de îngrijiri.
7. Întreruperi în consistența și continuitatea îngrijirilor (divorț) îngrijiri în creșe săptămânale, abuzul și neglijarea în familie sau instituții.

E important de reamintit că atașamentul puternic și legăturile puternice stabilește în relații și sistemul de atașament presupune un joc interactiv în sens pozitiv care se desfășoară între persoana de îngrijiri și sugar și care uneori începe înainte de naștere între părinți și copii și tot ce împiedică această relație, ținând de unul din parteneri (copil sau adult) sau de mediu au un rol în tulburările de mai târziu.

Foto 1. Adultul „figura paternă” într-o atitudine securizantă „conține” copilul, acoperindu-l *protector* și lăsându-i acestuia timpul să-și „conțină” la rândul său *anxietățile*, care-l inundă în fața noii situații. Ecoul corporal perceput, în *acordaj afectiv* conduce la calm și stare de bine resimțită reciproc, în diadă.

Foto 2. Adultul, disponibil în timpul hrănirii, îl *acompaniază* pe copil în *explorarea plăcerilor gastronomice împărtășite*. Cu simț al umorului, adultul „se lasă hrănit”, acceptă jocul cu lingurița și poziția *copilului devenit inițiator* și conducător și impune ritmul la final.

Foto 3. Pe covor, la același nivel cu copilul, adultul devenit „figură constantă de atașament” *servește drept referință* acestuia în identificarea situațiilor noi din nișa de habitat. „Citind” *surpriza* pe fața copilului, adultul o oglindește *decodând-o mimic și postural*. Figura adultului prezintă în feed-back (ca pe un ceran de monitor) expresia percepută dar în același timp îl ține în poală, îl *susține* de umeri și se depărtează postural cu trunchiul spre a *lăsa copilului spațiul și timpul* pentru metabolizarea emoției în timp ce e *înțeles, respectat* în nevoia de a-și *stăpâni* teama de „nou” și integrare cu răspuns adecvat, exprimată prin menținerea policelui în gură.

Foto 4. Tonalitățile *tandre* ale acordajului afectiv, înglobează momentele de *bucurie împărtășită* ale diadei. *Obiectul tranzițional* (ursulețul) va acompania fizic copilul atunci când „*figura primară de atașament*” nu poate fi prezentă, accesibilă emoțional sau disponibilă pentru copil.

Foto 5. *Simțul umorului demonstrat de copil*, e perceput gratifiant de către adult în interacțiuni în care *procesarea expresiilor faciale e concordantă și coerentă* la ambii parteneri ai *jocului social*. „*A pretinde că*” / „*să zicem că*” în joacă permite copilului *asumarea rolului de inițiator al acțiunilor*.

Foto 6. Copilul descoperă și apreciază „*figura celuilalt*”, „*decodând*” starea sugarului aflat într-un moment de *relaxare după joacă și contemplare liniștită* pe podeaua țarcului. Nevoia de a *explora prin atingere* (conform vârstei) e controlată de copil (care din curiozitate a escaladat țarul) într-o atitudine *non intruzivă* de *expectanță, de gingășie a gestului, de distanță personală* acordată celui mai mic, care se transferă în *relație protectivă* exersată timpuriu și interiorizată ca valoare personală.

Foto 7. Aducerea unui sugar într-o „*familie supleantă*” din „Casa cu Ferestre Deschise”, *pregătită* corect de adult, solicită exercițiul sistemului de „*scop stabilit în parteneriat și ajustat reciproc*” cu copilul mic. Secondați de adult în „*descoperirea*”

noului venit Mișu și Andra, neliniștiți *decodează empatic* starea acestuia de tensiune, *neliniște anxioasă* care-l determină să-și mențină tot pumnul în gură.

Foto 8. Atmosfera de *ospitalitate* (interiorizată de ei, ca „regula casei”) permite ca Andrei, într-un *val de generozitate și deschidere* să-i adreseze *zâmbetul de „bun venit”* pe care sugarul îl acceptă din primul minut deschizând pumnul și realizând *contactul din priviri*.

Foto 9. Sugarul *separat precoce și abandonat în instituție*, adus într-un *mediu securizant în perioada propice* pentru intervenția preventivă asupra *efectelor deprivării* pune în joc *marile competențe individuale*. Având capul susținut de palma puternică și cotul sprijinit pe brațul unui bărbat, sugarul *preia* de pe fața adultului, *procesează oglindind* emoția acestuia și o exprimă cu ochi luminoși – *cu lumina care poate alunga tenebrele și instala reziliența*.

Foto 10. Balansoarul – locul din casă unde *sugarul în brațele adultului se leagănă în același ritm*, când sunt relaxați, *transmițându-și calmul și disponibilitatea reciprocă* – devine loc de *învățare socială*. Copiii *preiau posturi și atitudini mimico-gestuale de tandrețe și gingășie*, cu *mesaj securizant*, și le *exersează într-un parteneriat masculin* la nivelul aceleiași vârste.

Foto 11. Finalul unei secvențe de situații soluționate după modelele internalizate deja: Gabriel a venit să o sărute pe Adriana înainte de culcare (conform obiceiurilor casei) și a fost refuzat „din cochetărie”. Gaby a acceptat doar temporar refuzul, a mers la patul lui Florin și l-a sărutat. Adriana, căreia i s-a acordat timp să înțeleagă situațional ce dorește Gaby și-a depășit momentul de incertitudine. Gaby se întoarce, escaladează pătutul și o sărută scurt pe obraz. Aceasta îl sărută la rândul ei pe celălalt obraz și imediat după aceea ridică ambele brațe în semn de „suficient”, aici e limita suportabilității mele. Gaby, *senzitiv*, care era pregătit cu o mână pe marginea patului de plecare, respectă limitele toleranței emoționale a celuilalt, a înțeles refuzul și coboară împăcat că a convins, a acționat, a respectat regulile casei și a trăit o emoție pozitivă împărtășită. E un copil adaptat și adaptabil, cu mare senzitivitate și atașament sigur pe care știe cum să-l transmită în relațiile cu cei de aceeași vârstă.

Foto 12. A fi în lume și a fi cu celălalt. Stilul interacțional în relațiile dintre adulți și parentalitatea își au originea în mica copilărie și își pun amprenta de-a lungul ciclurilor vieții având transmitere intergenerațională.

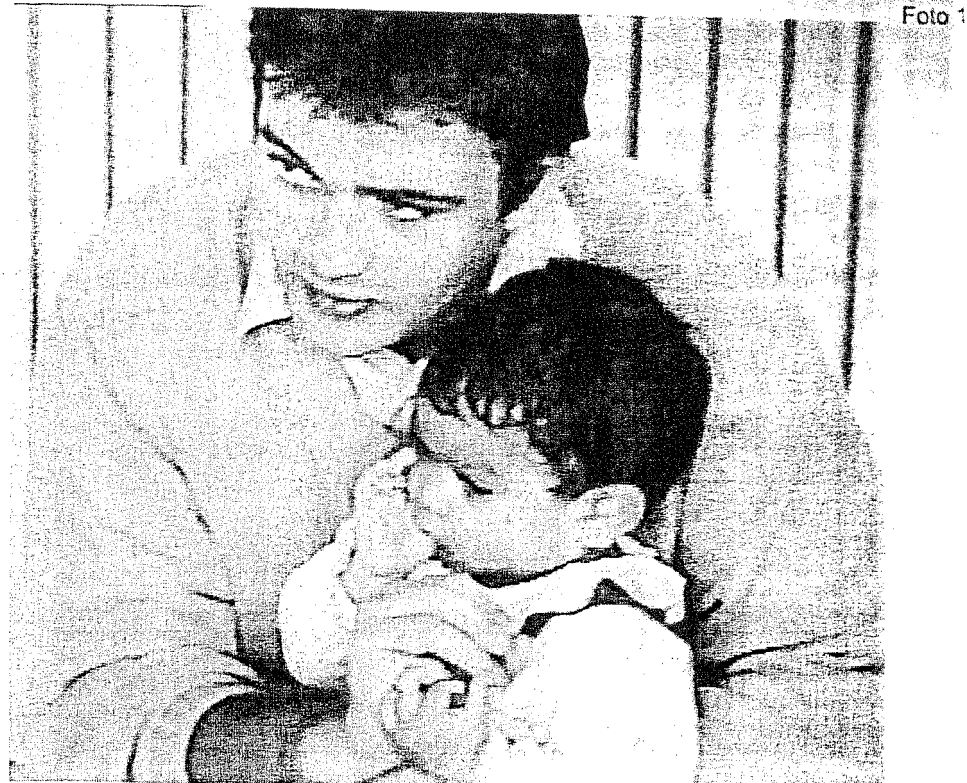


Foto 1



Foto 2

Foto 3



Foto 5



Foto 4



Foto 6





Foto 8



Foto 9

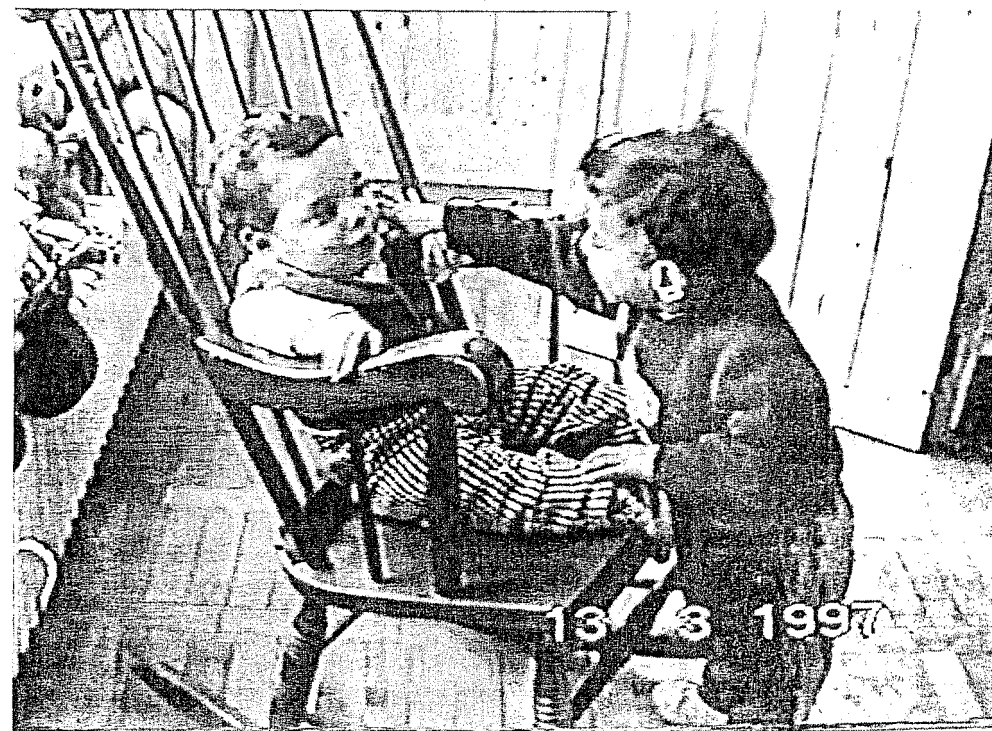


Foto 10

Foto 11



Foto 12



POSTFAȚA

Fiindcă nu toți pot fi ca Eneas, întemeietorul de cetăți, prinți dezmoșteniți prin urzeli criminale ca Hamlet, cuceritori de pământuri și cetăți noi ca Ulise, rătăcitorul spre Ithaca, toți putem și trebuie să făptuim în felul nostru binele. Uneori ne identificăm cu Don Quijote al lui Cervantes, ori cu prințul Mișkin, „idiotul” lui Dostoievski, aventuri umane ale binelui pur la nivelul sublim de trăire și cunoaștere, răul și binele fiind doar două elemente contrarii care ating faza definitivă de „coincidentia oppositorum”. „Cavalerul” încorporează prin esență dăruirea, slujirea semenilor săi, iar „prințul”, o noblețe intimă individuală care nu implică pe nimeni.

Granițele dintre normal și anormal fiind foarte instabile pe tărâmul inefabil al ființei omeneste, ele oscilează în timp și spațiu, așa încât pentru nimeni nu mai este bizar faptul că ceea ce a fost ieri normal, astăzi devine suspect, iar mâine, curată nebunie.

Întrebarea „Sunt precum par?” a aprins multe spirite și a încercat multe condeie, dar noi o punem de această dată din prisma ființei abia apărute pe lume și a imaginilor cu care ea se confruntă. O punem în speranța că teoria și implicațiile practice, intervenția asupra fragedelor făpturi poate fi în slujba omenirii (redușă la dimensiunea locală), dacă în acest parcurs și discurs apar elemente care au fost etichetate drept „idealiste” și acțiunile don quijotești.

E adevărat că o dreptate postumă nu mai valorează nimic pentru cei care au fost nedreptățiți, dar valorează enorm pentru cei care învață istoria. E tot atât de adevărat însă că pentru copiii victime ale serviciilor și ignoranței noastre, această mărturie „post festum” nu produce o mare diferență.

Așa cum spunea Sadoveanu la intrarea sa în Academia Română, trebuie „cu recunoștință să mă întorc asupra umilițiilor și ofensațiilor vieții, acelor care s-au petrecut ca frunzele și florile anotimpurilor și care totuși mi-au transmis depozitul sufletului lor spre a-l depune mărturie în fața lumii nouă pentru nedreptatea imensă săvârșită asupra lor.”

Pentru toate generațiile de medici care au învățat puericultura pe copii hospitalizați în „leagănele” anilor '70-'90, încă mai poate fi restaurat adevărul; de asemenea, perspectiva asupra secțiilor de „distrofici” se poate schimba.

Eforturi se fac din multe direcții, mai ales în abordarea perspectivei familiilor în pericol de a-și neglija, abuza emoțional sau maltrata copilul într-un lanț al transmisiei intergeneraționale. Ar fi necesar ca împreună să găsim atât sensurile negative, cât mai ales pe cele pozitive, care să ne motiveze o intervenție precoce, cu aspect preventiv în context comunitar și cultural nediscriminativ în domeniul sănătății mintale a copilului.

De aici intenția de a nu opri aici demersul livresc ci de a continua.

BIBLIOGRAFIE

1. Achenbach, T.M., Edelbrock, C.S., (1979) – *The child behavior profile II: Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47, p.223-233
2. Adcock M., White R., (1985) – *Good- Enough Parenting*. A framework for assessment. British Agency for Adoption and Fostering, p. 115
3. Adler, A., (1996) – *Cunoasterea omului*, Ed. IRI, p.275
4. Adler J. (1978) – *L'adoption vecue*. Editions du seuil, p.249
5. Ainsworth, M., Boston, M., (1952) – *Psychodiagnostic Assessments of a Child after Prolonged Separation in Early Childhood*, Brit. J. Med. Psychol., 25, p.169-201
6. Ainsworth, M. (1962) – *The effects of maternal deprivation: A review of findings and controversy in the context research strategy*. In *Deprivation of Maternal Care: A Reassessment of Its Effects*. Public Health Papers No. 14, Geneva : World Health Organisation.
7. Ainsworth M. (1969) – *Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of infant-mother relationship*. Child Development 40 : p. 969-1025.
8. Ainsworth M., Bel S.M., Stayton D. (1971) – *Individual differences in strange situation behavior of one-year olds*. In H. R. Shaffer (Ed.), *The origins of Human Social Relations*. P. 17-57. London: Academic Press.
9. Ainsworth M., Bell S. M. (1970) – *Attachment, exploration and separation : Illustrated by the behavior of one-year olds in a strange situation*. Child Development 41: 49-67.
10. Ainsworth, M., McWaters E., Wall, S., (1978) – *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange situation and at home*, Hillsdale, NY, Lawrence Erlbaum, 296 p.
11. Ainsworth M., Fichberg, C., (in press) – *Effects on infant mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure or another traumatic experience*, in B.Marris, J.Stevenson Hinde, C.Parkes, NY
12. Ainsworth, M., Blehar M.C., Waters, E., Walls, S., (1978) – *Patterns of Attachment: A psychological study to strange situation*, Hillsdale NY, Lawrence Erlbaum
13. J. de Ajuriaguerra (1994) – *Revue de medecine psychosomatique* nr.37/38, mars-june, Bebe en famille, bebe a l'hopital, p.255
14. Allen K. Eileen, Hart B. (1984) - *"The early years". "Arrangements for learning"*. Prentice Hall Inc.

15. Anderson-Brolin, Lillemar, Lorentzon B., Memmiri O., Michanek. E., Ndgala D. (1991-01) – *"The art of survival. A study on sustainability in Health Projects"* (SER 1991/3), "Promoting Sustainable Livelihoods-A report from the Task Force on Poverty Reduction" (Swedish International Development Cooperation Agency Stockholm, 1996 p. 151
16. Anderson-Brolin. Lillemar, Câtela M. E., Mendes Fernandes R., Liljeson Lars (1990-05) – *"Assistencia a Educacao num Contexto de Reforma"* Educ. Div. Doc. Nr. 49, "Promoting Sustainable Livelihoods-Areport from the Task Force on Poverty Reduction" (Swedish International Development Cooperation Agency Stockholm, 1996 p. 151
17. Anderson-Brolin, Lillemar et all (1987-03) – *Health Centers-in Needed of Treatment* (SER/1987/4), "Promoting Sustainable Livelihoods-Areport from the Task Force on Poverty Reduction" (Swedish International Development Cooperation Agency Stockholm, 1996 p. 151
18. Anderson C. W., Nagle R.J., Robert W.A., Smith J. W. (1981) – *Attachment to substitute caregivers as a function of center qualitz and caregiver involvement.* In Child Development, 52, p. 53-61.
19. Anthony, E.J., Koupernik, C., (1974) - *L'enfant dans sa famille* vol II; L'enfant devant la maladies et la mort, paris Masson
20. Anthony, E.J., Chiland, C., Koupernik, C., (1982) - *L'enfant dans sa famille – L'enfant vulnerable – Le fille rouge*, Presses Universitaires de France, p.504.
21. Antonovsky A. (1979) – *Health, stress and coping: new perspectives on mental wellbeing.* San Francisco: Josey Bass.
22. American Psychiatric Association (1994) – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*
23. American Psychiatric Association Committee on Nomenclature (1987) – *Diagnostic and Statistical Manueal of mental Disorders III*
24. American Psychological Association – *Developmental Psychology.* Published bimonthly
25. Andres, T., Chess, S., Siuen, J., Mendez, O., (1974) – *Cross Cultural study of behavior in children with special vulnerabilities to stress.* in D.Ricks, A.Thomas, M.Roff (ed), Life Story research in psychopatology (vol III, p.53-67)
26. Apell Genevieve, David Myriam – *Le maternage insolite ou Pikler Loczy.*
27. Apell Genevieve, Tardos Anna (1998) – *Prendre soin d'un jeune enfant.* De

- l'empathie aux soins therapeutiques. Eres. P. 218
28. Aspids Rene, (1965) – *The first year of life – A psychoanalytic Study of Normal and Deviant development of Object relations*, International University Press NY, p.394.
29. Balint Alice (1954) – *The early years of life.* Basic Books Inc.
30. Barnes Graham Justice, (1994) – *Love and Wisdom*, Library of Psychiatria Danubiana Zagreb, p.254
31. Belsky J., Rovine M.J. (1988) – *Nonmaternal care in the first year of life and the security on infant-parent attachment.* Child Development, 59, p. 157-167.
32. Bem Porad (1971) – *New Views on the Psychodynamics of the Depressive Character Arietic* (ed) World Bienial of Psychiatry and Psychotherapy, vol I, NY, basic Books
33. Blum H. (1983) – *Adoptive parents: generative conflict and generational continuity* . Psychoanalytical studies. 38: 141-163
34. Bourgault D., De la Harpe F., (1988) – *L'enfant en famille d'accueil.* Centurion. p. 152
35. Bowlby, J. (1965) – *Child Care and the Growth of Love*, A. Penguin Book , III Ed. p.255
36. Bowlby, J., (1982) – *Attachment and loss*, vol I, Attachment NY Basic Books
37. Bowlby, J., (1973) - *Attachment and loss*, vol II, Separation NY Basic Books
38. Bowlby, J., (1980) - *Attachment and loss*, vol III, Loss, sadness and depression, NY Basic Books
39. Bowlbz J. (1988) – *A SecureBase.* New York: Basic Books.
40. Black ,I.E, Roberts J. (1993) .*"Rituls for our times"* Harper Perennial
41. Brazelton, T.B., (1998) – *Les tensions dans les familles d'aujourd'hui*
42. Brazelton, T.B., (1973) – *Neonatal behavioral assessment scale*, London: Spastics International Medical Publications
43. Brazelton, T.B., Nugent K.J., (1995) – *Neonatal behavioral assessment scale.* 3rd Edition. Mac Keith Press. p. 150
44. Brazelton, T.B., Cramer B.G., (1990) – *The Earliest Relationship*, Addison – Wesley Publishing Company, Inc.
45. Brazelton, T.B.,(1989) – *Families: Crisis and Caring.*Ballantine Books, New York, p. 251
46. Brazelton, T.B., (1981) – *Om Becoming a Family.* The Growth of Attachment. A Merylord Lawrence Book. P.210

47. Brazelton, T.B. (1983) – *Infants and Mothers. Differences in Development*. Delta. P. 302
48. Brazelton, T.B. (1985) – *Ecoutez votre enfant. Comprendre les problèmes normaux de la croissance*. Petit Bibliothèque Payot, p. 221
49. Brazelton, T.B. (1982) – *"Toddlers and parents"*, A Delta Book
50. Brazelton, T.B. (1995) – *"Points Forts". "Les moments essentiels du développement de votre enfant"*, Stock - Laurence Pernoud
51. Brusiloff P., Witenberg, M.J. (1983) – *"The emerging child"*, Jason Aronson, Inc.
52. Brenner C. (1957) – *An elementary Textbook of Psychoanalysis*. A Doubleday Anchor Book, p. 224
53. Bretherton, I., (1985) – *Attachment Theory: retrospect and prospect*, in Bretherton
54. Waters (ed) *Growing points of attachment theory and research. Monography of the*
55. Society for research in Child Development
56. Bettelheim, B., (1969) – *The Children of the Dream, Communal Child Rearing and American Education. The Empty Fortress and Love is not Enough*, The McMillan Company
57. Brehm S., Kassim, S., (1989) – *Social Psychology*, Houghton Mifflin Company
58. Bronfenbrenner, U., Crouter A., (1983) – *The evolution of environmental models in developmental psychology*, in PH Mussen (ed) *Handbook of child development vol I History Theories and Methods*, NY, Wiley
59. Bridges, W., (1986) – *Making sense of life's changes*, Transitions, Addison – Wesley Publishing Company
60. Breger, L., (1974) – *From Instinct to Identity – The Development of Personality*, Richard Lazarus (ed) *The Prentice Hall Series in Personality*
61. Burchfield S.R., Elich M.S., Woods S.C. (1977) – *Geophagia in response to stress and arthritis*. *Physiology and Behavior*, 19, p. 265-267.
62. Cramer Bertrand (1988) – *Psychiatrie du bébé*, Nouvelles frontières, ESHEL
63. Carr, J., Vitaliano PP (1985) – *The theoretical implications of converging research on depression and the culture – bound syndromes*. in A. Kleinman, B. Good (ed), *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorders*.
64. Chess, S., Thomas, A., (1984) – *Origins and evolutions of behavior disorders*, Brunner / Masel

65. Chiland C., Young J.G. (1990) – *L'enfant dans sa famille. Nouvelles approches de la santé mentale de la naissance à l'adolescence pour l'enfant et sa famille*. Presses Universitaires de France. p. 601
66. Cramer Bertrand – *Les Psychoses infantiles et les étapes du développement de la séparation et de l'individuation* chez Margaret Mahler, p.41-69
67. Chess, S., Thomas, A. (1986) – *Temperament in clinical practice*, NY, Guilford Press.
68. Cicchetti, D., Carlson V. (1989) – *Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge University Press
69. Collomb Henry – *Etudes Transculturelle*, vol. I, p.215-277
70. Chiland, Colette – *Psychoses et névroses de l'enfant dans l'œuvre de Winnicott*, p.35-41
71. Carlson, V., Cicchetti, D., Barriett, D., Braunwald, K., (1989) – *Disorganised / disoriented attachment relationships in maltreated infants*, *Developmental Psychology* 25.
72. Cassidy J., (1988) – *Child mother attachment and the self in 6 years olds*, *Child development*, p.59
73. Cramer B. (1988) – *Psychiatrie du Bébé*. Nouvelles frontières. Editions Médecine et Hygiène, p. 542
74. Cross, M. (1998) – *Proud Child, Safer Child. A Handbook for Parents and Carers of Disable Children*, The Women's Press, p.206
75. Cyrulnik B. (2001) – *Les Vilains petits canards*. Editions Odile Jacob, p. 279
76. David, Myriam, (1990) – *Le placement familial de la pratique à la théorie*, Collection "La vie de l'enfant", p.457
77. David Myriam (1991) – *0 à 2 ans. Vie affective et problèmes familiaux*. Privat.
78. David M., Appel G. (2001) – *An Unusual approach to mothering*. Pikler-Loczy Tarsag, Budapest
79. Delaisi de Parseval G., Lallemand S. (1985) – *L'art d'accueillir les bébés. 100 ans de recettes françaises de puériculture*. Editions Seuil, p. 276
80. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) – 4th Ed.*, American Psychiatric Association, p.886
81. Diatkine R., Simon J. (1973) – *La psychanalyse précoce*. Le fil rouge. Presses Universitaires de France, p. 422
82. Didier, J., (1963) – *Le nouveau Spock* Londra Hodder Staughton, p.256

83. Dinnage R, Kellmer Pringle M.L.(1969) – *Foster Home Care Facts and Fallacies*. A Review of Research in the United States, Western Europe, Israel and Great Britain between 1948 and 1966, The National Bureau for Co-operation in Child Care Longmans, p.268
84. Dolto, F.(1979) - *Lorsque l'enfant paraît*, Editions du Seuil, p.186
85. Dolto, F.,(1988) – *L'image inconsciente du corps*. Editions du Seuil, Paris. p. 376
86. Dolto, F.,(1971) – *Psychanalyse et pediatrie*. Editions du Seuil, p. 279
87. Dolto, F., Rapoport D., This B. (1990) – *Enfants en souffrance*. Stock/Laurence Pernoud, p. 236
88. Donovan W.L., Leravitt L.A. (1985) – *Physiologic Assessment of Mother-Infant attachment*. Journal of the american academy of Child Psychiatry, 24, p. 65-70.
89. Dulcan, K.M., Popper, C.W., (1991) – *Child and adolescent psychiatry*, American Psychiatric Press, p. 255.
90. Emde, R., (1988) – *Reflexiones sur le soins maternelles et la reactualisation de l'experience relationnelle precoce*, ESHEL, p.23-31
91. Erikson E.H. (1963) – *Childhood and society*. In Bretherton I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect.
92. Fahlberg, V.(1988)-*Fitting the pieces together*-Attachment and separation Child development Helping children when they must move The child in placement:common behavioural problems-British Agencies for Adoption & Fostering,p368
93. Fahlberg, V., (1991) – *A Child's Journey Through Placement Perspectives*, University Press
94. Filipoi Sempronia (1998) – *Basmе terapeutice pentru copii și părinți*. Fundația Culturală Forum, Cluj- napoca.
95. Floru R. (1974) – *Stressul psihic*. Editura Enciclopedica Romana, p. 198
96. Fraiberg S.H., (1959) – *The Magic Years*. Understanding and Handling the Problems of Early Childhood. Charles Scribner's Sons, New York, p. 305
97. Freud S. (1968) – *The Interpretation of Dreams*. Discus Books, p. 736
98. Freud S. (1969) – *Dora: Analysis of a Case of Hysteria*. Collier Books., p. 157
99. Freud S. (1961) – *Introduction a la psychanalyse*. Petite Biblioteque Payot, p. 443
100. Freud S. (1967) – *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Petite Biblioteque Payot, p. 317
101. Freud S. (1971) – *Three Essays on the Theory of Sexuality*. The cornerstone of Freudian psychoanalysis. Discus Books, p. 174
102. Fromm-Reichmann F. (1961) – *Principles of intensive psychotherapy*. Phoenix Books.
103. Garnezy, N., (1981) – *Children under stress: perspectives on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psychopathology*, in A.Rabin, J.Arnoff (ed) Further explorations in personality, NY
104. Glasscote R.M., Fishman M.E., Sonis M., (1972) – *Children and mental health centers*. Programs, problems, prospects. The Joint Information Service. p. 257
105. Golu, M., (1971) – *Perceptie și activitate*, Ed. Științifică, colectia Psyche
106. Goldenberg, I., Goldenberg, H., (1996) – *Therapy – An Overview*, IV Ed. Brooks, p.471
107. Goldstein J., Freud A., solnit A.J. (1979) – *Beyond the Best. Interests of the Child* New York, Free Press.
108. Graham, Ph., Turk, J., Verhulst, (1999) – *Child Psychiatry - A developmental approach*, II Ed., Oxford University Press, p.1036
109. Greenberg M.T., Cicchetti D, Cummings EM., (1990) – *Attachment in the Preschool Years*. Theory, Research, and Intervention. The University of Chicago Press. p. 507
110. Greenspan S., Thorndike-Greenspan N. (1986) – *Le developpement affectif de l'enfant*. Payot, Paris, p. 318
111. Greenspan S. I. (1995) – *The Challenging Child*. Perseus Books.
112. Gross, D., R., (1992) – *Psychology – The Science of Mind and behavior*, Hodder, Stoughton, London
113. Guedeney, Kreisler L., (1988) – *Troubles sever du sommeil dans de dixhuit premiers mois de la vie*, ESHEL, p.431-451
114. Harkness, S., Super, C., (1983) – *The cultural construction of child development: A framework for the socialisation of affect*, Ethos, p.221-231
115. Hembree-Kigin T.L., McNeil C.B. (1995) – *Parent-Child Interaction Therapy*. Clinical Child Psychology Library, p. 169
116. Hilgard, R.E., Atkinson, R.C., Atkinson, R.L. (1971) – *Introduction to Psychology*, 5th Ed., Harcourt Brace Jovanovich, p.640
117. Himes J.R., Kessler S. Landers C. (1991) – *Children in Institutions in Central and Eastern Europe and a First Look at Alternative Approaches*. Florence. Italy: UNICEF International Child Development Centre.
118. Howes C., Philips D.A., Whitebook M. (1992) – *Thresholds of Quality: implications*

- for the social development of children in centr-based child care. *Child Development*, 63, p. 449-460.
119. Hoeksma J.B., Koomen H., (1991) – *Development of early mother-child interaction and attachment*. Drukkerij Elinkwijk BV. p. 191
120. *Infant mental health journal – The Official Journal of the World Association for Infant Mental health*, Wiley (1997)
121. Imber, B., Roberts, J., (1993) – *Rituals for our times – Celebrating, healing and Changing Our Lives and Our relationships*, Harper Perennial
122. Jung C.G. Kerényi K., (1994) – *Copilu divin. Feciora divina*. Editura Amarcord. p.287
123. Kaplan, I.K., Sadock I.B., (1985) – *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV*, p.2040
124. Kennel J. Voos D., Klaus M. (1976) – *Parent- infant bonding*. In R. Helfer and C.H. Kempe (Eds.). *Child Abuse and Neglect*. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Co.
125. Killen K. (1998) – *Copilul maltratat*. Editura Eurobit.
126. Kreisler, L., (1985) – *L'expression somatique – La pathologie psychosomatique*, vol II, p. 453-445, p.709-747
127. Kreisler, L., (1985) – *Les enfants victimes de services*, p.53-71
128. Kutner L., (1993) – *Pregnancy and your baby's first year*. William Morrow and Company, INC. New York, p.224
129. Leach P. (1994) – *Children first. What our society must do-and is not doing-for our children today*. Alfred A. Knopf, New York.
130. Lamb M.E., Thompson R.A., Gardner W.P., Charnov E.L., Estes D. (1984) – *Security of infantile attachment as assessed in the Strange Situation: Its study and biological interpretation*. *Behavioral and Brain sciences*, 7, p. 127-147.
131. Lăzărescu M. (1994) – *Psihopatologie clinică*. Editura Helicon, p. 463
132. Lebovici, S., Diatkine, R., Soule, M., (1985) – *Traite de Psychiatrie de l'enfant et de la adolescence*, vol.I p.670, vol.II p.821, vol.III, p.603
133. Lebovici, S., (1983) – *Le nurisson, la mere et le psychanalyste*, Colectia Paidos, le Centurion, Paris, p. 378
134. Lebovici, S. Weill, Halpern, F., (1989) – *Pathologie du bebe*, Colectia Psyche Presses Universitaires de Frances Paris
135. Lebovici, S., Mazet P., Visier J.P., (1989) – *L'evaluation des interactions pecoces*, ESHEL, Paris 1989

136. Lewis, M., Suzann M., (1990) – *Handbook of developmental psychopatologie*. Plenum press, NY, p.530
137. Lebovici, S., Soule M., (1970) – *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse*, Le file rouge Presses, Universitaires de France, p.680
138. Loutre- Du Pasquier (1981) – *Le Devenir D'Enfants Abandonnes*. Le tissage et le lien. Presses, Universitaires de France, p.256
139. Lowenfeld M., (1967) – *Play in Childhood*. Science Edition John Wiley and Sons, INC. p. 341
140. Luchins A.S., (1964) – *Group Therapy*. A guide. Random House, New York. p.170
141. Mahler, M., (1970) – *Manuel On Human Symbiosis and the vicisitudes of Individuation* Vol.I Infantile Psychosis, International University Press
142. Mahler, M., Pinc, F., Bergman, A., (1987) – *The Psychological Birth of the Human Infant Symbiosis and individuations*, Basic Books Ny p 308.
143. Main, M., Goldwyn, R., (in Press) – *Interview based adult attachment classificatîons: related to infant mother and infant father attachment*. *Developmental Psychology*
144. Main, M., Kaplan, N., Cassidy (1985) – *Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation*. în Bretherton, Waters (ed) *Growing points of attachment theory and research*. Monography of the society for research on child development 50, nr.209
145. Main, M., Solomon, J., (1986) – *Discovery of a new, insecure disorganized / disoriented attachment pattern*. în Brazelton, Yogman (ed) *Affective development in infancy*, p.95-124.
146. Mannoni M., (1964) – *L'enfant arriere et sã mere*. Edition du Seuil., p. 245
147. Maury L. (1991) – *Developpment de l'enfant*. Presses Universitaires de France, p. 127
148. Mazet P., Stoleru S., (1988) – *Psychopathologie du nourisson et du jeune enfant*, Masson, p.278
149. Mayall B., Foster M.C., (1989) – *Child Health Care*. Living with children, working for children. Heinemann Nursing. p. 207
150. Meissels. S., Shonkoff, J., (1996) – *Handbook of Early Childhood Intervention*, University Press Cambridge.

151. Middleton N., (1971) – *When Family Failed*. The treatment of children in the care of the community in the first half of the twentieth century. Victor Gollancz LTD, London, p. 335
152. Mircea T., Stan, V., (1997) – *Curs de psihiatrie a copilului și adolescentului*, UMF, Timișoara, p.103
153. Mitrofan, I., (1989) – *Cuplul conjugal. Armonie – dizarmonie*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București.
154. Mitrofan I., Nuță A. (1999) – *Jocurile conștiinței sau terapia unificării*. Editura Sper, București.
155. Minuchin. P. (1985) – *Families and individual development. Provocations from the field of family therapy*. Child Development, 56.
156. Montagner H. (1999) – *L'attachement. Les debuts de la tendresse*. Edition Odile Jacob, p. 331
157. Montessori M., (1992) – *L'enfant*. Epi. Desclee de Brouwer. p.202
158. Morison S.J., Ames E.W., Chisholm K. (1995) – *The development of children adopted from Romania orphanages*. In Merrill-Palmer Quarterly, Vol. 41, No. 4, p. 411-430.
159. Neill A.S. (1991) – *Libres enfants de summerhill*. Folio/Essais
160. Nickman S.L. (1985) – *Loses in adoption. Psychoanalytical Study of the Child*. 40: 365-398.
161. Noel, J., (1985), - *L'enfant "cas social"*, PUF.
162. Noica, C., (1944) – *Jurnal Filosofic*, Ed. Publicom, p.123
163. O'Brien, J., (1997) – *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*.
164. Odier C., (1966) – *L'angoisse et la pensee magique*. Essai d'analyse psychogenetique appliquee a la phobie et la nevrose d'abandone. Delachaux et Niestle. p. 238
165. Pamfil, Ed., Ogorescu, D., (1973) – *Psihologie șiinformatie*, Ed.Științifică, Colectia Psyche
166. Papalia, D., Sally Wendkos, (1986) – *Human development*, Ed. a III-a, p.624
167. de Paris M. – *Guide de l'aide sociale a l'enfance de Paris*.
168. Piaget, J., (1973) – *Nasterea inteligentei la copil*, EDP, București
169. Piaget, J., (1952) – *The origins of intelligence in children* (M.Cook, Trans.), NY International University Press
170. Pikler, E., (1997) – *Friendlyche Babys – Zufriedene Mutter*, herder Spektrum, p.22

171. Portage: *The Importance of Parents*. Proceedings of the Third Conference on Portage Services at University College, London. NFER-NELSON, p. 224
172. Provence S., Lipton R.C. (1962) – *Infants in institutions*. International Universities Press, Inc., New York.
173. Rappaport, J., Ismont, D., (1996) – *DSMIV Training guide for diagnosis of childhood disorders*, Brunner / Mazet Publisher NY, p.360
174. Rexford, N.E., Sander, L.W., Shapiro, T. (1976) – *Infant Psychiatry. A New Synthesis*, New Haven and London Yale University Press, p.350
175. Rosenberg B.E., (1992) – *The Adoption Life Cycle. The Children and Their Families Through the Years*. The Free Press, New York, p. 209
176. Rota, M., (1991) – *Communiquer avec l'enfant*, Ed.Enfances Initiation, p.256
177. Rutter M. (1981) - *Maternal deprivation reassessed*. London : Penguin books.
178. Rutter M., Bredenkamp T.G., O'Conner T.G. (1999) – *Attachment Disturbances and Disorders in Children Exposed to Deprivation*. Infant Mental Health Journal, 1999, 20, p. 10-29.
179. Sagi A., Lamb M.E., Lewkowicz K.S. Shoham R., Dvir R., Estes D. (1985) – *Securitz of infant-mother, -father, -metaplet attachments among kibbutz-reared Israeli children*. In Bretherton I. And e. Waters. Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for Research in Child Development, 1985, 50, 3-35.
180. Scarr, S., McCartney, (1983) – *How people make their own environments: A theory of genotype environment effects*, Child Development 54, p.424-435
181. Sameroff A.J., Seifer, B., (1981) – *The transmission of incompetence. The offspring of mentally ill women*. în M.Lewis, L.Rosenblum (ed) *The uncommon child* , p.63-90
182. Săhleanu V., Athanasiu A. (1973) – *Psihologia profesiei medicale*. Editura Științifică.
183. Selye H. (1936) – *a syndrome produced by diverse nocuos agents*. In Levine, P., (1991). What is stress? In Brown M.R., Koob G.F. and Rivier C. *Stress: Neurobiology and Neuroendocrinology*. New Zork, p. 331-353.
184. Schatzberg A. F., Cole J.O. (1991) – *Manual of Clinical Psychopharmacology*. American Psychiatric Press, Inc.

185. Shields A., Cichetti D. (1997) – *Emotion Regulation Among School-Age Children: The Development and Validation of a New Criterion Q-Sort Scale*. Developmental psychology, 1997, 33, nr. 6, p. 906-916.
186. Spangler G., Grossman K.E. (1993) – *Biobehavioral organisation in securely and insecurely attached infants*. Child Development, 64, p. 1439-1450.
187. Spitz R.A. (1945) – *Hospitalism: An Inquiry into genesis of psychiatric conditions in early childhood*. The Psychoanalytic Study of the Child, 1, p. 53-73.
188. Spitz R., (1968) – *De la naissance a la parole*. La premiere annee de la vie. Presses, Universitaires de France, p. 278
189. Sroufe, L.A., Cooper, R.G., (1998) – *Child Development – Its Nature and Course*. Knopf Alfred, NY, p.608
190. Sroufe L.a., Waters E. (1977) – *Heart rate as aconvergent measure in clinical and developmental research*. Merrill-Palmer Quarterly, 23, p. 3-25.
191. Stan, V., (1998) – *Ataşamentul – de la terorie la practica*, Ed. Grafo Market, Timisoara
192. Steinberg J.A., Silverman M.M. (1987) – *Preventing Mental Disorders. A Research Perspective*. National Institute for Mental Health, p. 250
193. Stern, D., (1980) – *The First Relationship – Infant and Mother*, Harvard University Press, p.149
194. Stern H.H. (1972) – *Educarea părinților în lume*. Editura Didactică și Pedagogică, București.
195. Stewart M.A., Gath A., (1978) – *Psychological Disorders of Children. A Handbook for Primary Care Physicians*. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, p. 167
196. Stoleru, S., Lebovici, S., (1985) – *L'interaction parent nourisson*, PUF, vol.I, p.143-157
197. Stone, F., Koupernik, C., (1987) – *Introduction a la psychiatrie infantile*, Ed. Flammarion, p.144
198. Stork, H., (1986) – *Enfances indiennes. Etudes de psychologie transculturelle et comparee du jeune enfant*. Collete Chiland. Ed. Paidos, p.237
199. Sze. William Ph.D., (1975) – *Human life cycle*, Ed.Jason Arosen, NY, p.737
200. Teti D.M., McGourty (1996) – *Mothers as Attachment Q-set Observers*, Child Development, 67, p. 597-605.
201. de Truchis-Leneveu C. (1996) - *L'evail de votre enfant. Pour un bebe actif et detendu*. Bibliotheque de la famille/Albin Michel

202. *The writings of Anna Freud*, vol. I-VIII International Universities Press NY, Vol.VI, Normality and Pathology in childhood: Assessment of development, p.275
203. Thirion M., (1980) – *Les Competences du Nouveau-Ne*. Editions Ramsay, p. 312
204. Van Ijzendoorn M.H., Kroonenberg P.M. (1990) – *Cross-cultural consistency of coding the Strange Situation*. Infant Behavior and Development, 13, p. 469-485.
205. Van Ijzendoorn M.H., Van der Veer R., Van Vliet-Visser S. (1987) – *Attachment three years later: Relationships between quality of mother-infant attachment and cognitive/emotional development in kindergarten*. In L.W.C. Tavecchio and M.H. Ijzendoorn, Attachment in social networks: Contributions to the Bowlby-Ainsworth Attachment theory. Amsterdam, Elsevier Science Publishers.
206. Verweij-Tijsterman E. (2000) – *Day care and attachment*. Vrije Universiteit.
207. Voizot, B., (1977) – *Le development de l'intelligence chez l'enfant*, Paris, p.327
208. Vulcanescu, R., (1979) – *Dictionar de etnologie*, Ed. Albatros, Bucuresti
209. Zahn-Waxler, Cummings, C., McKnew, E.M., (1984) – *Altruism, aggression and social interactions in young children with a maniac depressive parent*. Child Development 55, p.112-122
210. Zeanah, C., Andres, T.F., (1988) – *La subjectivite dans le relations parents-enfants: modeles de fonctionnement interne*, ESHL, p.337-363
211. Zeanah, C.H., (1993) – *Handbook of infant mental health*. The Guilford Press NY, p.501
212. Waddington, C.H., (1971) – *Concept of development*. în E.Tobach, E.Shaw (ed) – The Biopsychology of development NY, Academic press
213. Waters E., Deane K.E. (1985) – *Defining and assessing individual differences in attachment Relationship: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood*. In Bretherton I. And E. Waters. Growing points of attachment and research. Momographs of the socirty for Research in Child Development, 1985, 50, p. 41-66.
214. Waters E. (1995) – *The attachment Q-set (version 3.0)*. In Waters, E. Vaughn B.E., Posada G. And K. Kondo-Ikemura (Eds.). Caregiving, cultural and cognitive perspectives on secure-base behavior and working models. Monographs of the society for Research in Child Development, 1995, 60, p. 234-247.
215. Watzlawick, P., Weakland, J., (1990) – *Interaction*, Munchen, p.525

216. Watzlawick P., Weakland J., Fisch R. (1974) – *Principles of problem formation and problem resolution*. W.W. Norton and Company Inc.
217. Weihs J.T (1987) – *Copilul cu nevoi speciale*. Elemente de pedagogie curativă. Humanitas, p. 203
218. Weill, H., Blanche, F., Grisselli, C., (1988) – *Virus HIV et SIDA: la prise en charge pluridisciplinaire du nourisson*, ESHEL, p.481-495
219. Whiting, J.W., (1977) – *A model for psycocultural research. Culture and infancy. Variation in the human experience*, NY, Academic press, p.29-48
220. Whitfield, Ch., (1993) – *Boundaries and relationships. Knowing, Protecting and Enjoying the Self*. Health Communications, Florida, p.265.
221. Widlocher, D., (1985) – *Les lignes de development de l'enfant selon*, Anna Freud, PUF, vol. II, p.25-33
222. Winnicott D.W. (1996) – *Thinking About Children*. Addison-Wesley Publishing Company, Inc. p. 345
223. Winnicott D.W. (1988) – *Babies and their Mothers*. Free Associatin Books, London, p. 125
224. Winnicott D.W. (1991) – *L'enfant et să familie*. Petit Biblioteque Payot. p. 211
225. Winnicott D.W. (1990) – *De la pediatrie a la psychanalyse*. Science de l'homme Payot, p. 464
226. Winnicott D.W. (1984) – *Jeu et realite*. L'espace potentiel. Edition Gallimard, p. 212

CUPRINS

INTRODUCERE	1
CAP. I. FUNDAMENTELE TEORIEI ATAŞAMENTULUI	1
1.1 Contextul apariţiei teoriei ataşamentului	7
1.2 Modele internalizate de reprezentare a relaţiei primare de ataşament	14
1.3 Tipurile de ataşament ale copilului	15
1.4 Tipurile de ataşament ale adultului	20
1.5 Modele psiho-neuro-biologice implicate în structurarea reprezentărilor cerebrale	21
1.6 Sisteme de afiliere cu scop protectiv	32
1.7 Alte modele de abordare a dezvoltării umane	35
1.8 Predictibilitate şi transformare în procesul dezvoltării	40
1.9 Abordarea sistemică a reglării şi dezvoltării	44
1.10 Integrarea conceptelor asupra dezvoltării	45
CAP. II. UN NOU MOD DE ABORDARE A MICII COPILĂRII PRIN PRISMA TEORIEI ATAŞAMENTULUI	47
2.1 Influenţa factorilor de mediu asupra dinamicii formării sistemului de ataşament	47
2.2 Matricea primară de ataşament	54
2.3 Rolul nişei de dezvoltare în formarea ataşamentului la copil	57
CAP. III. PERSPECTIVE ŞI METODE DE CERCETARE CLASICE ŞI MODERNE ÎN PERIOADA MICII COPILĂRII	69
3.1 Introducere	69
3.2 Metoda observaţiei	71
3.3 Metode ethologice în investigarea miciei copilării	86
3.4 Metoda clinică	88
3.5 Scările de dezvoltare	90
3.5.1 Scara de dezvoltare a lui Gesell	92
3.5.2 Kleinkinder Test: Ch. Bühler – H.Hetzer	96
3.5.3 Scara de dezvoltare Brunet-Lezine	101
3.5.4 Scările de dezvoltare Bailey	105

3.5.5 Scările de dezvoltare a inteligenței fundamentate pe teoria lui Piaget	106
3.5.6 Scările Gaensbauer	108
3.5.7 Evaluarea cu ajutorul schemelor de interacțiune (GLOS)	109
3.6 Instrumente de screening, testul Denver (T. D. II)	110
3.7 Metode și instrumente folosite în evaluarea calității atașamentului	112
3.7.1 Chestionarul de atașament Q-sort	112
3.7.2 Exemplu de combinare a metodelor de investigare folosite în programul Casa cu Ferestre Deschise	121
3.8 Criterii de diagnostic pentru: tulburarea de atașament reactivă a copilăriei	124
3.9 Criterii de diagnostic propuse pentru tulburările de atașament precoce	126
3.10 Criterii de diagnostic pentru „comportament opozant - sfidător”	128
3.11 Criterii de diagnostic pentru „Tulburări de conduită”	129
CAP. IV. ATAȘAMENTUL BAZĂ A FAMILIEI SUPLEANTE	131
4.1. Deprivarea maternă	131
4.2. Sistemul de ocrotire familială temporară "Casa cu Ferestre Deschise"	146
CAP. V. ORGANIZAREA ATAȘAMENTULUI ȘI SCOPURILE PSIHOTERAPIEI	164
5.1. Copilul neatașat - factor de risc	164
5.2. Organizarea atașamentului și scopurile psihoterapiei	171
5.3. Alte forme de terapie citate în literatură	178
5.3.1. Terapia spirituală	178
5.3.2. Experimentarea în condiții extreme	179
5.3.3. Terapia de reducere a furiei	179
5.3.4. Atingerea senzitivă	181
5.3.5. Tehnica double-bind	183
5.3.6. Comunitatea terapeutică	184
POSTFAȚĂ	188
BIBLIOGRAFIE	189
CUPRINS	203

*Carte editată cu sprijinul financiar al
Fundației Ovidiu.*

