

# Cuprins

<i>Cândur-Inainte (Constantin Cucos)</i> .....	ii
--	----

## Partea I

### FINALITĂȚI PRIORITARE ÎN EDUCAȚIA TIMPURIE

Capitolul 1. Educația estetică în învățământul preșcolar. Importanță, finalități, modalități de realizare ( <i>Constantin Cucos</i> ) .....	15
1.1. Preliminarii justificative .....	15
1.2. Curriculumul de factură estetică pentru învățământul preșcolar. Statut și caracteristici .....	17
1.3. Argumente pentru o educație estetică timpurie .....	19
1.4. Principii ale educației estetice corelate cu formarea timpurie .....	22
1.5. Tipuri de activități specifice nivelului preșcolar de instruire .....	25
1.6. Probleme deschise și sugestii .....	29
<i>Referințe bibliografice</i> .....	31
Capitolul 2. Dezvoltarea comportamentelor de autonomie personală și socială ale preșcolarilor ( <i>Genevieve Farray</i> ) .....	32
2.1. Autonomia – precizări semantice și clarificări conceptuale .....	32
2.2. Autonomie și dependență la vârsta preșcolară .....	34
2.3. Studiu experimental privind dezvoltarea comportamentelor de autonomie personală și socială a copiilor preșcolari de 5/6 ani. ....	36
2.4. Analiza și interpretarea rezultatelor .....	41
2.5. Constatări și concluzii ale cercetării. ....	42
<i>Referințe bibliografice</i> .....	44
Capitolul 3. Stima de sine și dezvoltarea ei la copil ( <i>Cristina-Corina Beștea</i> ) .....	46
3.1. Ce este stima de sine? .....	46
3.2. Evoluția stimei de sine .....	47
3.3. Factori care influențează dezvoltarea stimei de sine la copil .....	48
3.4. Evaluarea stimei de sine la copil .....	50
3.5. Căi de dezvoltare a stimei de sine la copil. ....	51
<i>Referințe bibliografice</i> .....	55
Capitolul 4. Pregătirea copiilor pentru școală ( <i>Georgeta Diac</i> ) .....	56
4.1. Educația timpurie – context și factori ale pregătirii copilului pentru școală .....	57
4.2. Dezvoltare timpurie – educație timpurie .....	58
4.3. Importanța educației timpurii și a pregătirii pentru școală – dovezi experimentale .....	61
4.4. Cum pregătim copilul pentru școală? .....	64
<i>Referințe bibliografice</i> .....	66

Capitolul 5. Argumente în favoarea educației interculturale a preșcolarilor ( <i>Andrei-Lucian Marian</i> ) . . . . .	67
5.1. Achiziția conceptelor de <i>cultură, rasă și etnie</i> de către copii . . . . .	67
5.2. Dimensiunea interculturală a educației timpurii . . . . .	70
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	73

## Partea a II-a

### INSTRUMENTE ȘI CONTEXTE ALE ÎNVĂȚĂRII COPILOR DE VÂRSTĂ MICĂ

Capitolul 6. Învățarea experiențială în educația timpurie ( <i>Dorina Sădăvăstru</i> ) . . . . .	77
6.1. Premise teoretice ale învățării experiențiale . . . . .	77
6.2. Conceptul de <i>învățare experiențială</i> . . . . .	81
6.3. Modelul învățării experiențiale al lui David Kolb . . . . .	82
6.4. Învățarea experiențială în educația timpurie . . . . .	84
6.5. Valențe formative ale modelului învățării experiențiale . . . . .	87
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	89
Capitolul 7. Jocul – activitatea serioasă a copilului. Considerații psihopedagogice ( <i>Ciprian Coobanu</i> ) . . . . .	90
7.1. Caracteristici ale comportamentelor ludice . . . . .	91
7.2. Concepții despre joc și comportamentele ludice . . . . .	94
7.3. Perspective psihopedagogice asupra jocului . . . . .	96
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	103
Capitolul 8. Parteneriatul cu familia în educația timpurie ( <i>Simona Bulnaru</i> ) . . . . .	104
8.1. Ce este parteneriatul educațional? . . . . .	104
8.2. Condiții ale eficienței parteneriatului educațional . . . . .	105
8.3. Beneficii ale parteneriatului educațional . . . . .	108
8.4. Factori care împiedică implicarea părinților în educație . . . . .	110
8.5. Studiu despre credințele părinților și ale profesorilor privind calitatea educației preșcolare și implicarea părinților în educație . . . . .	111
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	116
Capitolul 9. Recompensele și rolul lor în educația timpurie ( <i>Veronica Cărelaru</i> ) . . . . .	120
9.1. Perspective teoretice privind utilizarea recompensei . . . . .	120
9.2. Tipuri de recompense . . . . .	124
9.3. Recompensa ca mijloc de motivare . . . . .	125
9.4. Controverse privind efectele recompenselor . . . . .	126
9.5. Condițiile aplicării educative a recompenselor . . . . .	128
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	130
Capitolul 10. Materialele didactice – instrumente pentru formarea reprezentărilor la preșcolari. Cazul reprezentărilor matematice ( <i>Constantin Petrovici</i> ) . . . . .	132
10.1. Rolul materialului didactic în cadrul strategiei didactice . . . . .	132
10.2. Utilizarea materialului didactic în activitățile matematice . . . . .	135
10.3. Simțările și învățarea matematicii . . . . .	136
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	142
Capitolul 11. Abordarea narativă în educația timpurie ( <i>Ovidiu Gavrilovici</i> ) . . . . .	143
11.1. O introducere în elementele constitutive ale abordării narative . . . . .	143
11.2. Conversațiile externalizatoare – o perspectivă alternativă etichetării . . . . .	144

11.3. Conversațiile pe marginea rezultatelor unice – evidențierea și detalierea excepțiilor dezirabile de la relația împovăraătoare cu o „problemă” acută .....	147
11.4. Documentarea inițiativelor – bară pentru slăbirea capacității și a succesului .....	147
<i>Referințe bibliografice</i> .....	148
<b>Capitolul 12. Stilurile de atașament și eficiența actului educativ în copilărie (Cătălin Dirju)</b> .....	150
12.1. Preambul .....	150
12.2. Repere privind evoluția teoriei atașamentului .....	151
12.3. Stilurile de atașament ca modele interne de lucru .....	153
12.4. Eficiența actului educativ și stilurile de atașament .....	155
<i>Referințe bibliografice</i> .....	157
<b>Capitolul 13. Stresul la copii (Camelia Sopenaru)</b> .....	159
13.1. Introducere .....	159
13.2. Stresul la copiii preșcolari .....	160
13.3. Efectele stresului asupra creierului, comportamentului și cogniției în perioada preșcolară .....	163
13.4. Intervenții în gestionarea stresului la copiii preșcolari .....	165
<i>Referințe bibliografice</i> .....	166
<b>Capitolul 14. Stresul și temperamentul dificil în copilărie (Daniela Muntele Hendreș)</b> .....	169
14.1. Stres și riscuri pentru sănătate în copilărie .....	169
14.2. Temperamentul copilului considerat dificil .....	170
14.3. Facilitarea dezvoltării optime prin demersuri ce respectă trăsăturile copilului .....	173
14.4. Sugestii pentru sprijinirea comunicării educatorului cu părintele copilului dificil .....	177
<i>Referințe bibliografice</i> .....	179
<b>Capitolul 15. Trauma în copilăria timpurie (Irina Crămpel-Timariș, Cornelia Mărmari)</b> .....	181
15.1. Introducere .....	181
15.2. Tipuri de traume și impactul lor .....	182
15.3. Factori de risc și factori protectivi .....	183
15.4. Evaluarea traumei .....	184
15.5. Metode de intervenție .....	186
<i>Referințe bibliografice</i> .....	187
<b>Capitolul 16. Consilierea curriculară pentru educația timpurie (Nicoleta Rogoz, Carmen Creșu)</b> .....	190
16.1. Introducere .....	190
16.2. Serviciul de consiliere curriculară .....	191
16.3. Bune practici dezvoltate la nivel național și internațional. Studii de caz .....	194
16.4. Proiectarea sesiunilor de consiliere .....	196
16.5. Consilierea curriculară – un nou domeniu de profesionalizare? .....	198
<i>Referințe bibliografice</i> .....	199

## NOI PROVOCĂRI ȘI SOLUȚII ÎN EDUCAȚIA TIMPURIE

Capitolul 17. Imitația comportamentelor agresive la copii:	
rolul mass-mediei ( <i>Octavian Onici</i> ) . . . . .	203
17.1. Factori psihosociale în producerea comportamentelor agresive . . . . .	204
17.2. Rolul mass-mediei în determinarea comportamentelor agresive . . . . .	205
17.3. Limitarea comportamentelor agresive . . . . .	206
17.4. Procese cognitive implicate în imitarea comportamentului agresiv . . . . .	207
17.5. Diminuarea efectelor nocive în urma expunerii la modele agresive și violente . . . . .	210
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	212
Capitolul 18. <i>Digitalids</i> sau impactul tehnologiei asupra dezvoltării copiilor ( <i>Violeta Enea</i> ) . . . . .	214
18.1. Utilizarea calculatorului afectează dezvoltarea fizică a copiilor? . . . . .	215
18.2. Utilizarea calculatorului afectează dezvoltarea socială a copiilor? . . . . .	215
18.3. Sunt copiii afectați emoțional de utilizarea tehnologiei? . . . . .	216
18.4. Este afectată dezvoltarea cognitivă a copiilor de utilizarea timpurie a tehnologiei? . . . . .	217
18.5. Concluzii . . . . .	218
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	220
Capitolul 19. Dimensiunea de gen la vârstele mici ( <i>Nicoleta Laura Popa, Maria Nicoleta Turliuc</i> ) . . . . .	223
19.1. Diferențe de gen la vârstele mici . . . . .	223
19.2. Stereotipul de gen. Particularități la vârsta preșcolară și micii școlari . . . . .	225
19.3. Rolul factorilor educaționali în interiorizarea stereotipurilor de gen la copii . . . . .	226
19.4. Spațiul educațional formal și diferențele de gen la vârstele mici . . . . .	231
19.5. Reflecții de final . . . . .	233
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	233
Capitolul 20. Educarea sexualității în copilăria mică/preșcolară ( <i>Cristina Neamtu</i> ) . . . . .	237
20.1. Formarea identității psihosexuale. Factori implicați și efecte asupra comportamentului copilului mic . . . . .	237
20.2. Specificul manifestării sexualității la copilul mic și preșcolar . . . . .	242
20.3. Rolul familiei în educarea sexualității preșcolarului și școlarului mic . . . . .	245
20.4. Rolul grădiniței în educarea sexualității preșcolarului și școlarului mic . . . . .	248
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	252
Capitolul 21. Impactul migrației parentale asupra dezvoltării copiilor rămași acasă ( <i>Loredana R. Gherasim</i> ) . . . . .	254
21.1. Problema migrației parentale . . . . .	254
21.2. Efectele migrației parentale . . . . .	255
21.3. Factori moderatori ai impactului migrației parentale asupra dezvoltării copiilor rămași acasă . . . . .	258
21.4. Migrația parentală în România . . . . .	260
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	262
Capitolul 22. Premise timpurii ale comportamentului vocațional ( <i>Ana-Maria Teponderi</i> ) . . . . .	265
22.1. Perspectiva dezvoltamentală asupra comportamentului vocațional . . . . .	265
22.2. Circumscrierea alternativelor vocaționale . . . . .	266

22.3. Stadiile timpurii ale circumscrierii alternativelor vocaționale	267
22.4. Categorizare, nu stereotipizare	268
22.5. ABC-ul construirii carierei	270
<i>Referințe bibliografice</i>	274
<b>Capitolul 23. Educația timpurie în alternativă educațională Montessori (Mariana Momanu)</b>	276
23.1. Contextualizare	276
23.2. Premise psihiatrice, antropologice și filosofico-pedagogice	277
23.3. Educația în primele etape ale copilăriei	278
23.4. Actualitatea educației montessoriene	287
<i>Referințe bibliografice</i>	288
<b>Capitolul 24. Grădinița Step by Step – o alternativă reală în învățământul preșcolar din România? (Venera-Mihuela Cojocariu)</b>	290
24.1. Pedagogiile alternative – sens și semnificație într-o societate democratică	291
24.2. Alternativa Step by Step – specific și deschidere spre învățământul tradițional	292
24.3. Grădinița actuală în România – variantă a grădiniței Step by Step?	294
24.4. În loc de concluzii	296
<i>Referințe bibliografice</i>	297
<b>Capitolul 25. Educația muzicală timpurie în Școala Yamaha. Implicații asupra dezvoltării auzului absolut (Dorina Iupcă)</b>	299
25.1. Auzul absolut – deprindere muzicală excepțională	299
25.2. Școala Yamaha – o nouă viziune asupra educației muzicale timpurii	302
25.3. Rolul Școlii Yamaha în dobândirea auzului absolut	305
<i>Referințe bibliografice</i>	307

#### Partea a IV-a

### ASPECTE DEZIRABILE ȘI INDEZIRABILE ÎN ACTIVITATEA CADRELOR DIDACTICE

<b>Capitolul 26. Satisfacția profesională a cadrelor didactice (Gianina-Ana Massari)</b>	311
26.1. Importanța satisfacției profesionale	311
26.2. Conceptul de <i>satisfacție profesională</i>	312
26.3. Modele ale satisfacției profesionale	313
26.4. Factorii determinanți ai satisfacției profesionale	315
26.5. Instrumente de evaluare a satisfacției profesionale	326
26.6. Efecte ale satisfacției profesionale	328
<i>Referințe bibliografice</i>	330
<b>Capitolul 27. Evaluarea cadrelor didactice din învățământul preșcolar – (re)vursă a stresului profesional (Onița Clipa)</b>	336
27.1. Stresul în activitatea didactică	336
27.2. Evaluarea ca sursă de stres pentru profesori	338
27.3. Concluziile unor demersuri investigative	340
<i>Referințe bibliografice</i>	344
<b>Capitolul 28. Observarea comportamentului copilului. Principii și repere de realizare eficace (Elena Seghedin)</b>	347
28.1. Contextualizarea problemei	347

28.2. Observarea comportamentului copilului - condiție a intervenției educaționale reușite. . . . .	348
28.3. Principiile activității de observare a copilului. . . . .	355
28.4. Implicații pentru profesori și părinți. . . . .	356
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	357
<b>Capitolul 29. Grijă pentru copil – imperativ deontologic</b>	
<i>prioritar (Liliana Stan, Roxana Ghițădu)</i> . . . . .	358
29.1. Etica educației timpurii. . . . .	358
29.2. Concepte etice fundamentale . . . . .	361
29.3. Grijă - valoare morală și imperativ deontologic prioritar în educația timpurie . . . . .	369
<i>Referințe bibliografice</i> . . . . .	372

Volum coordonat de  
**Liliana Stan**

# **EDUCAȚIA TIMPURIE**

## **Probleme și soluții**

Cuvânt-Înainte de Constantin Cucuș

POLIROM  
2016

## 15.2. Tipuri de traume și impactul lor

Relele tratamente aplicate copilului (de exemplu, abuzul fizic și sexual), traumele medicale, accidente, dezastrele naturale, războiul, terorismul, pierderea traumatică, agresiunea severă, expunerea la violență în familie și comunitate, divorțul părinților reprezintă câteva exemple de evenimente traumatice care pot fi trăite de un copil. În plus, copiii cu vârsta sub 6 ani prezintă un risc crescut de a trăi traume accidentale, provocate de diferite situații, precum arsuri, traversare necorespunzătoare a străzii, atacuri ale animalelor etc. (Gerson și Rappaport, 2013).

Dintre toate tipurile de experiențe traumatice, cele de natură interpersonală care implică trădarea din partea persoanelor semnificative au un impact mai puternic asupra sănătății psihice, comparativ cu cele nonrelaționale. La un nivel mai restrâns, situațiile traumatice care implică membrii familiei sunt cele mai periculoase, deoarece familia este cadrul în care copilul se dezvoltă și, în condiții de normalitate, are funcția de a-i oferi sentimentul de încredere și de siguranță. Când această funcție eșuează, efectele nefaste sunt profunde și de durată. Expunerea la traumele părinților și la răspunsurile negative ale acestora poate, de asemenea, să aibă un impact puternic asupra copilului, chiar și în absența expunerii directe la traume (Ford *et al.*, 2010).

*Despărțirea ireversibilă de persoane semnificative din viața copilului* este unul dintre evenimentele de viață cu un puternic impact negativ asupra copilului. Doliul la o vârstă atât de fragedă poate favoriza apariția tulburărilor emoționale, a sentimentelor de primejdie, nelăcredere și neputință. Problemele de somn, de alimentație, stările de apatie sau nervozitate, disconfortul fizic sunt câteva dintre simptomele pe care le pot manifesta în special copiii mai mici de 2 ani. Pentru preșcolari (3-6 ani), efectele pe termen scurt pot fi estompate de faptul că aceștia nu înțeleg foarte bine expresia „pentru totdeauna” și cred că pierderea, moartea sunt reversibile (Cohen *et al.*, 2002).

După o experiență traumatică, un număr semnificativ de copii au reacții care întrerup funcționarea obișnuită, cursul normal al dezvoltării sau chiar duc la pierderea unor abilități dobândite anterior. La nivelul sănătății mentale, cel mai mare risc al expunerii la traume este dezvoltarea *tulburării de stres posttraumatic*. Studiile anterioare arată că simptomele specifice acestei tulburări sunt similare la adulți și la copii, cu câteva particularități specifice vârstei (Kassam-Adams *et al.*, 2011).

În cazul copiilor, categoriile principale de manifestări clinice implică :

- stări de amorțire psihică și emoțională* care alternează cu stări de *hiperexcitație* (dificultăți de somn, iritabilitate crescută, nervozitate, o stare constantă de percepere a pericolului, răspunsuri de tresărire, dificultăți de concentrare, nivel ridicat de activism). Simptomele de amorțea emoțională se pot manifesta sub forma retragerii sociale și a înstrăinării de familie și prieteni ;
- evitarea* conversațiilor, oamenilor, obiectelor, situațiilor sau locurilor care amintesc de experiența traumatică trăită. Aceste manifestări se pot observa la un nivel discret sau pot fi foarte evidente, luând forma încercărilor active de implicare în multiple activități care îi țin departe de stimulii asociați cu trauma trăită ;
- intruziuni* sau senzația de retrăire a evenimentului traumatic în prezența unor stimuli care amintesc de acesta. Copiii pot să reexperimenteze adesea o traumă prin intermediul jocului. Caracteristicile distinctive ale jocului posttraumatic presupun existența



unui mod repetitiv, rigid și anxios de joacă, prin care copilul reface continuu teme specifice traumei (Lieberman și Kasor, 2007). Amintirile intruzive ale traumei se pot manifesta și prin intermediul desenelor realizate de copii sau al coșmarurilor. Starea de depresie și de anxietate, apariția bolilor fizice cronice, afectarea memoriei, atenției și funcționării mentale sunt alte consecințe ale traumelor trăite în copilărie (Elroy și Hevey, 2014).

Atunci când diferite traume sunt trăite simultan, se pot cumula numeroase efecte de complexitate deosebită. Studiile anterioare raportează existența unor evenimente care coapar frecvent la copii, precum abuzul fizic și expunerea la violență domestică, abuzul fizic și maltratarea psihologică sau abuzul sexual și cel fizic. Mai mult decât atât, efectele nefaste nu au doar un efect limitat, pe termen scurt, ci se pot manifesta pentru mulți ani, chiar și la vârsta adultă (Gerson și Rappaport, 2013). De exemplu, neglijarea, abuzul fizic și abuzul sexual duc la dezvoltarea unui atașament nesigur sau anxios, fapt care crește riscul implicării într-o relație maritală conflictuală (Stith *et al.*, 2000). A fi martorul violenței parentale este, de asemenea, un factor de risc pentru dezvoltarea unor relații adulte satisfăcătoare (Busch și Robertson, 2000). Alte consecințe ale traumelor din copilăria timpurie manifestate la vârsta adultă implică o stare generală de sănătate mentală precară, realizare profesională scăzută și ocuparea/valorificarea inadecvată, scăzută a forței de muncă (Spies și Seedat, 2014).

### 15.3. Factori de risc și factori protectivi

În pofida efectelor dramatice, care nu pot fi neglijate, ale expunerii la traume în copilăria timpurie, este important de reținut și că unele dintre aceste efecte pot fi contracarate de prezența unor factori protectivi la nivel individual și social. În acest subcapitol vom prezenta o serie de factori de risc și de factori protectivi care pot avea un rol important în apariția simptomelor posttraumatice.

*Factorii pretraumatici* cel mai frecvent studiați sunt de natură demografică (vârstă, gen, statut socioeconomic) sau din domeniul personalității copilului. În privința vârstei, rezultatele studiilor pe care le invocăm sunt contradictorii. În timp ce unele studii susțin că efectele traumelor timpurii (1-3 ani) sunt mai severe și durează mai mult (Thakar, Coffino și Lieberman, 2013), altele susțin faptul că riscurile sunt mai ridicate la copiii cu o vârstă mai mare (4-6 ani) decât la cei cu vârste mai fragede (Boelen și Spuij, 2013). În privința diferențelor dintre fete și băieți referitoare la manifestările posttraumatice resimțite, studiile arată că fetele prezintă o probabilitate mai mare de a manifesta simptome internalizate precum tulburarea de stres posttraumatic, anxietatea, depresia (Boelen și Spuij, 2013), în timp ce băieții își vor externaliza trăirile mai degrabă sub forma unor probleme comportamentale (Card *et al.*, 2008). Prin urmare, genul biologic nu este un factor de risc sau unul protectiv, ci se asociază cu prezența unui profil diferit de simptome. Emotivitatea, sărăcia, bolile mentale și divorțul părinților sunt alți factori de risc pentru apariția simptomelor clinice posttraumatice. În plus, expunerea anterioară la traume sporește riscul apariției manifestărilor clinice posttraumatice (Nader, 2008).

Din categoria *factorilor asociați evenimentului traumatic*, frecvența și durata expunerii la evenimente traumatice influențează severitatea și durata simptomelor. De exemplu, studiul lui Graham-Bermann și al colaboratorilor săi arată că expunerea la violența familială se asociază cu un risc mai ridicat al experimentării fricii și manifestărilor intruzive comparativ cu alte evenimente traumatice, precum injuriile accidentale (Graham-Bermann *et al.*, 2008).

*Factorii de natură posttraumatică* influențează considerabil capacitatea de adaptare și de recuperare după trăirea unui eveniment critic. Suportul social și în special calitatea relației părinte-copil sunt aspectele cele mai importante care condiționează adaptarea și recuperarea. O relație cu părinți bazată pe atașament securizant se asociază cu un nivel optim de funcționare emoțională, socială și comportamentală, chiar și în condițiile expunerii la situații de risc traumatic. Calitatea relației părinte-copil, sănătatea mentală a părinților și climatul familial general influențează adaptarea copilului după trăirea unor experiențe critice (Johnson și Lieberman, 2007). Este important ca un copil să beneficieze de suport social și de asistență psihosocială cât mai curând posibil după un eveniment traumatic, în vederea unei recuperări mentale și fizice adecvate.

## 15.4. Evaluarea traumei

În primii ani de viață, copiii se dezvoltă, implicit se schimbă într-un ritm alert. Modificările de comportament sunt normale și adeseori justificate firesc de trecerea timpului. A distinge eventualele comportamente suspecte în acest context poate fi o provocare. În plus, persoanele care au acces la repertoriul comportamental al copilului sunt părinții, educatorii, indivizi puternic implicați afectiv, care riscă să fie subiectivi în evaluările lor. Lipsa capacităților verbale în prima parte a copilăriei face imposibilă completarea observației cu mărturiile copiilor despre evenimentele trăite. Acestea sunt doar câteva dintre motivele pentru care stabilirea expunerii la traumă în perioada copilăriei timpurii este o sarcină dificilă (Lieberman *et al.*, 2011). Instrumentele de diagnostic al simptomelor traumatice la copii sunt puține la număr și adeseori nu sunt gândite special pentru copii preșcolari (Buss, Warren și Horton, 2015). Formularea întrebărilor, cuvintele folosite și criteriile de diagnostic pot fi nepotrivite vârstei copiilor evaluați. Până de curând, toate aceste dificultăți în evaluare și diagnostic erau completate de natura limitativă a criteriilor stabilite în ediția a IV-a revizuită a *Manualului de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale*. Numeroase studii au menționat nepotrivirea criteriilor de diagnostic în cazul copiilor preșcolari asociată cu stabilirea de diagnostice greșite și cu ignorarea simptomelor traumatice (Garro *et al.*, 2011). În acest context, Asociația psihologică americană (APA) semnalează că majoritatea copiilor expuși la traumă nu sunt identificați și nu primesc ajutorul necesar (American Psychological Association Presidential Task Force on..., 2008).

*Observația* este o metodă esențială pentru identificarea și evaluarea simptomelor traumatice la orice vârstă. În cazul copiilor preverbali, observația devine una dintre puținele metode disponibile (Nader, 2011). Părinții, educatorii și alte persoane semnificative din viața copilului pot avea un rol important în reducerea consecințelor negative provocate de simptomele stresului posttraumatic. Cunoscând și observând semnele timpurii, pot căuta ajutor cât mai curând. Am prezentat deja manifestările stresului posttraumatic la copiii

preșcolari. Ele pot varia mult de la un copil la altul în funcție de nivelul de dezvoltare, de caracteristicile psihice, de tipul de traumă suferit, de durata și frecvența expunerii, de gradul de apropiere de stresor, precum și de reacțiile părinților sau ale persoanelor apropiate la experiența traumatică resimțită de minor (Fletcher, 2007). Gradul de implicare afectivă a observatorului poate deforma și mai mult calitatea observației. Totuși, dificultățile de exprimare datorate vârstei fragede pot fi compensate în evaluare doar prin contribuția aparținătorilor. Pentru ilustrare, să luăm cazul Anei, o fetiță de 3 ani care a fost implicată într-un accident de mașină. Ambii părinți erau prezenți, tatăl conducea, iar ea se afla pe scaunul din spate când mașina lor s-a ciocnit frontal cu o alta. Nimeni nu a suferit răni importante. Ana a auzit zgomotul puternic al impactului și strigătul de spaimă al mamei. Au speriat-o airbagurile care s-au deschis imediat și cioburile de sticlă care au ajuns până la scaunele din spate. Și-a văzut mama plângând și tremurând în stare de șoc. Ea însăși a rămas nemișcată timp de mai multe zeci de secunde, încercând să înțeleagă evenimentul. În cazul Anei, părinții ar putea observa mai multe simptome traumatice. S-ar putea ca Ana să plângă de fiecare dată când se află din nou în mașină, ar putea să tresară vizibil atunci când aude o ușă închizându-se sau un zgomot moderat care îi amintește de zgomotul impactului. Ana s-ar putea trezi noaptea speriată sau ar putea dezvolta scenarii neobișnuite de joc cu mașini care se ciocnesc sau care se apropie una de alta în timp ce ea re trăiește starea de nemișcare perplexă din ziua accidentului. Din păcate, copiii cu stres posttraumatic le pot părea asimptomatici celor mai mulți dintre observatori (Scheeringa, 2009). Persoanele apropiate pot considera reacțiile lor neimportante și trecătoare. Observațiile realizate în context clinic de un specialist s-au dovedit, de asemenea, insuficiente, detectând doar 12% dintre simptomele prezente (Scheeringa *et al.*, 2001). Clinicienii pot invita copilul să realizeze diferite jocuri cu păpuși, marionete sau alte jucării în funcție de tipul de traumă. Pot apela, de asemenea, la *sarcini de desen* în care copilul ar proiecta fricile sale sau elemente care îl preocupă. Cum gândurile intruzive sunt caracteristice stresului posttraumatic, aspecte legate de evenimentul traumatic vor apărea adesea în desenele lor. Desenele pot însoți interviul clinic facilitând exprimarea copiilor preșcolari (Katz și Hamama, 2013).

*Interviurile cu aparținătorii* au rolul de a maximiza obținerea de informații despre reacțiile copiilor și stresorii la care au fost expuși (Fletcher, 2007). Există ghiduri de interviu semistructurat care urmăresc tipurile de simptome descrise în *DSM-V*. Specialistul va adresa întrebări cât mai specifice pentru a identifica eventuale reacții din fiecare categorie de simptome. În cazul Anei, o întrebare generală legată de starea de agitație manifestată în prezența stimulilor care îi amintesc de evenimentul traumatic ar putea fi insuficientă pentru a identifica toate reacțiile sale. Părinții ar putea povesti despre plâsetele recurente din timpul călătoriilor cu mașina, dar ar putea omite tresăririle la zgomote moderate sau coșmarurile. Simptomele stresului posttraumatic nu sunt suficiente de cunoscute de populația generală, iar întrebările specifice au rolul de a le clarifica. Interviul poate cuprinde și alte întrebări legate de frecvența, durata și momentul primei constatări a reacțiilor descrise (Scheeringa, 2009). Părinții pot fi ei înșiși afectați de evenimentul traumatic sau pot supraestima intensitatea simptomelor remarcate, astfel încât este recomandat ca mărturiile lor să fie asociate cu raportări din alte surse apropiate copilului, cum sunt educatorii (Nader, 2008).

Asemenea interviuri pot fi foarte laborioase și consumatoare de timp. Deși sunt varianta ideală de evaluare, mulți specialiști apelează la *instrumente de tip autoraport* pentru

a optimiza evaluarea. Apurătorilor li se cere să marcheze evenimentele traumatice la care copilul a fost expus, simptomele prezente, frecvența și durata lor dintr-o listă exhaustivă de evenimente și reacții posibile (Cohen, Mannarino și Deblinger, 2006). Printre cele mai folosite autoraportate se numără „UCLA PTSD Reaction Index pentru DSM-V” (Elhai *et al.*, 2013). Acest instrument poate fi folosit atât pentru copiii de vârstă școlară, cât și pentru părinți. Interviuurile față în față obțin o rată mai mare de identificare a simptomelor decât autoraportatele (McDonald *et al.*, 2014).

*Interviurile directe cu copiii* nu ar trebui să lipsească. Pentru a evalua gradul de înțelegere a evenimentului și percepția copilului asupra sa, este important ca acesta să poată povesti întâmplările din punctul său de vedere. Este dificil, dar util să se distingă gândurile și emoțiile provocate de perceperea directă a evenimentului, de simptomele mobilizate de reacțiile adulților semnificativi la eveniment (Fletcher, 2007). Adesea, copiii nu înțeleg gravitatea unor situații pe care adulții le evaluează ca traumatice. Reprezentarea directă a copiilor poate fi benignă, dar interpretarea și reacțiile persoanelor din jur pot determina malignizarea percepțiilor. În cazul Anei, o reacție promptă, echilibrată, liniștitoare din partea părinților ar fi putut anula efectul traumatic al accidentului. Panica mamei, strigătele și hohotele ei de plâns au transmis copilului gravitatea momentului trăit. Interviul cu copilul poate identifica rolul asumat de acesta în evenimentul traumatic, eventualele sentimente de vină, suportul oferit de cei apropiați și resursele emoționale din anturaj.

## 15.5. Metode de intervenție

*Metodele de prevenție* trebuie să constituie un obiectiv principal în lupta cu stresul post-traumatic la preșcolari. Identificarea copiilor aflați în situație de risc este primul pas în eforturile de prevenție (Garro *et al.*, 2011). Supravegherea constantă a familiilor vulnerabile prin implicarea serviciilor sociale, prin organizarea de seminare de formare pentru părinți și prin educarea populației pentru recunoașterea și prevenirea simptomelor stresului posttraumatic sunt câteva strategii de prevenție posibile. Metodele de prevenție pot viza construirea de relații pozitive între părinți și copii sau folosirea de strategii optime de educație și disciplinare, chiar dacă trauma nu este obiectivul lor principal. Aceste metode pot avea ca rezultat scăderea riscului de traumatizare prin abuz și violență și prezența unui mediu-resursă dacă s-ar produce evenimente traumatice.

*Metodele de intervenție* pentru copiii preșcolari folosesc jocul ca strategie principală și necesită adeseori implicarea părinților (Buss, Warren și Horton, 2015). Aceste metode terapeutice sunt derivate frecvent din terapii create pentru adulți, validate științific prin studii pe populații variate. Printre cele mai populare metode se numără terapia cognitiv-comportamentală centrată pe traumă, care se adresează copiilor, adolescenților și părinților acestora care au trecut printr-un eveniment traumatic. Abordarea folosește strategii centrate pe procesarea traumei, principii cognitiv-comportamentale, modelele umaniste, strategii integrative orientate asupra relațiilor familiale și atașamentului, metode pentru internalizarea controlului și noțiuni din neurobiologia dezvoltării (Cohen, Mannarino și Deblinger, 2006). Ședințele terapeutice au obiective variate, precum procesarea traumei, dezvoltarea abilităților parentale, psihoeducația, abilitățile de relaxare și gestionare a

stresului, expresia afectivă și reglarea emoțională, abilitățile de coping cognitiv, povestirea traumei și procesarea cognitivă a experienței traumatice a copilului, desensibilizarea *in vivo* la stimuli care amintesc evenimentul traumatic, creșterea siguranței și a dezvoltării viitoare (Lieberman *et al.*, 2011). Părinții și copiii parcurg sesiuni paralele în care învață abilitățile ce le sunt necesare și se întâlnesc în ședințe comune spre final pentru ca părințele să asculte povestirea traumei copilului și să pună în aplicare tehnicile de comunicare și exprimare afectivă asimilate. Metoda a fost validată pe copii preșcolari, obținând rezultate superioare comparativ cu terapia suportivă nondirectivă (Cohen, Mannarino și Deblinger, 2006).

Psihoterapia copil-părinte este o altă abordare validată științific, construită însă exclusiv pentru copiii preșcolari victime ale evenimentelor traumatice și părinții acestora (Lieberman și Van Horn, 2008). Inițial a fost concepută pentru copii care au fost martori ai violenței domestice, vizând repararea și consolidarea relațiilor dintre părinte și copil. Strategiile propuse pot fi însă folosite și în tratarea altor tipuri de traumă.

Acestea sunt doar câteva dintre abordările terapeutice existente. Între elementele comune prezente în cadrul metodelor de tratament al simptomelor posttraumatice la copiii preșcolari se numără modalitățile de intervenție adaptate stadiului dezvoltării copilului, centrarea asupra relațiilor-resursă și abordarea sistemică (Buss, Warren și Horton, 2015).

Cercetări recente au clarificat reprezentările evenimentelor traumatice la copiii preșcolari și impactul acestora asupra dezvoltării lor viitoare. Consecințele pe termen scurt și lung sunt adesea evidențiate. Funcționarea individului poate fi profund afectată de traumele nerezolvate ale copilăriei timpurii. Deși această categorie de vârstă prezintă un risc crescut de victimizare, adeseori simptomele traumatice rămân nediagnosticate și neabordate. Motivele acestui paradox țin de dificultățile de evaluare și de slaba informare a părinților și a cadrelor didactice despre reacțiile la traumă și consecințele lor. Metoda optimă de intervenție este prevenția, iar capitolul de față încearcă să contribuie în acest sens prin prezentarea informațiilor esențiale despre traumă în copilăria timpurie.

## Referințe bibliografice

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. Washington, DC: APA.
- American Psychological Association Presidential Task Force on Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Children and Adolescents (2008). *Children and Trauma: Update for Mental Health Professionals*. <http://www.apa.org/pi/families/resources/update.pdf>.
- Boelen, P.A., & Spuij, M. (2013). Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder in Bereaved Children and adolescents: Factor Structure and Correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 1097-1108.
- Busch, R., & Robertson, N. (2000). Innovative Approaches to Child Custody and Domestic Violence in New Zealand: The Effects of Law Reform on the Discourses of Battering. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 269-299.
- Buss, K.E., Warren, J.M., & Horton, E. (2015). Trauma and Treatment in Early Childhood: A Review of the Historical and Emerging Literature for Counselors. *The Professional Counselor*, 5(2), 225-237.