UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA

ȘCOALA DOCTORALĂ ȘTIINȚE SOCIALE

Consorțiu: Universitatea de Stat din Moldova, Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hașdeu” din Cahul, Institutul Național de Informații și Securitate „Bogdan, Întemeietorul Moldovei

Cu titlu de manuscris

C:Z:U.: 159.964.21-055.52-055.2:616.89-053.2(043.3)

CAȘCAVAL ION

DIMENSIUNI NARCISICE ÎN RELAȚIA PĂRINTE - COPIL CU STĂRI NEVROTICE

SPECIALITATEA 511.01 – PSIHOLOGIE GENERALĂ

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific: **BOLEA Zinaida**, dr. hab. în psihologie, conf. univ.

Autor: **CAȘCAVAL Ion**

CHIȘINĂU, 2025

© CAȘCAVAL ION, 2025

CUPRINS

ADNOTARE *(în română, rusă, engleză)* 4
LISTA TABELELOR 7
LISTA FIGURILOR 8
LISTA ABREVIERILOR 9
INTRODUCERE 10
1. REPERE TEORETICE PRIVIND DIMENSIUNILE NARCISICE ÎN RELAȚIA PĂRINTE-COPIL ȘI STĂRILE NEVROTICE LA COPIL
1.1 Abordări teoretice privind dimensiunile narcisice în ontogeneza umană 20
1.2 Dimensiunile narcisice ale parentalității 25
1.3 Specificul comunicării narcisice în relația părinte-copil 30
1.4 Clarificarea conceptului de nevroză 35
1.5 Fenomenologia și etiologia stărilor nevrotice la copil 39
1.6 Concluzii la capitolul 1 49
2. STUDIU EMPIRC PRIVIND DIMENSIUNILE NARCISICE ÎN RELAȚIA MAMĂ-COPIL CU STĂRI NEVROTICE
2.1 Design-ul demersului psihodiagnostic 51
2.2 Prezentarea și interpretarea rezultatelor demersului cantitativ 58
2.3 Prezentarea și interpretarea rezultatelor demersului calitativ 76
2.4 Concluzii la capitolul 2 95
3. PROGRAM DE INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ ORIENTAT SPRE DIMINUAREA DIMENSIUNILOR NARCISICE PARENTALE ȘI A STĂRILOR NEVROTICE LA COPIL
3.1 Argumentarea și descrierea programului de intervenție psihologică 98
3.2. Clarificări conceptuale și metodologice privind studiul de caz 117
3.3 Studii de caz privind dimensiunile narcisice în relația mamă-copil 121
3.4 Evaluarea eficienței demersului formativ orientat spre diminuarea dimensiunilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil 149
3.5. Concluzii la capitolul 3 155
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI 157
BIBLIOGRAFIE 163
ANEXE 181
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII 239
CURRICULUM VITAE 240

ADNOTARE

Cașcaval Ion. Dimensiuni narcisice în relația părinte - copil cu stări nevrotice. Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2025.

Structura tezei: lucrarea conține adnotări în limbile română, rusă și engleză, introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 211 titluri, 14 anexe, 162 pagini de text de bază, 13 figuri și 16 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 10 lucrări științifice.

Cuvinte cheie: narcisism, stări nevrotice, parentalitate, mamă, copil, mentalizare, factori de personalitate, proiecție, psihanaliză, intervenție psihologică.

Scopul lucrării: constă în identificarea și analiza dimensiunilor narcisice în relația mame-copii în cazul copiilor cu stări nevrotice, precum și elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihanalitică în vederea diminuării dimensiunilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil.

Obiectivele cercetării: (1) Analiza cadrului teoretic cu privire la dimensiunile narcisice parentale și stările nevrotice la copil; (2) Identificarea și analiza dimensiunilor narcisice și a capacităților de mentalizare la mame; (3) Identificarea și analiza specificului stărilor nevrotice în rândul copiilor; (4) Constatarea relației dintre dimensiunile narcisice și a capacității de mentalizare la mame și stările nevrotice la copil; (5) Identificarea scenariilor narcisice parentale activate în relația părinte-copil; (6) Elaborarea și implementarea unui program de consiliere psihologică, de orientare psihanalitică, care să vizeze reducerea dimensiunilor narcisice la mamele a căror copii manifestă stări nevrotice.

Noutatea științifică și originalitatea lucrării. Prezentul studiu reprezintă prima cercetare în spațiul academic autohton care s-a axat pe dinamica narcisismului parental și efectele acestuia asupra stării psihoemoționale a copilului. Originalitatea cercetării constă în: 1) Identificarea și analiza relației dintre dimensiunile narcisismului parental, capacitatea de mentalizare și stările nevrotice ale copiilor, fiind stabilit, prin metode cantitative și calitative, modul în care dimensiunile narcisice ale mamei corelează cu starea psihoemoțională a copiilor, fiind accentuat rolul capacității de mentalizare în medierea acestui impact. 2) Sub aspect metodologic, a fost prezentat modelul unui studiu de caz, care înglobează atât paradigma epistemică cantitativă, cât și paradigma calitativă, iar din punct de vedere conceptual, modelul reprezentând abordarea psihanalitică. 3) Elaborarea unui program de intervenție psihologică, de orientare psihanalitică, centrat pe diminuarea dimensiunilor narcisice parentale și reducerea stărilor nevrotice la copii.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice: elaborarea și implementarea unui model de psihodiagnostic al dimensiunilor narcisice în relația părinte-copil și a stărilor nevrotice la copil; elaborarea unei metodologii mixte – cantitativă și calitativă - pentru evaluarea scenariilor narcisice ale părinților și a impactului acesteia asupra relației părinte-copil; elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică pentru perechea mamă-copil, axat pe reducerea narcisismului parental, îmbunătățirea capacității de mentalizare la mame și diminuarea stărilor nevrotice la copii, oferind soluții practice și instrumente validate pentru intervenții eficiente în disfuncționalitățile familiale cauzate de narcisismul parental.

Valoarea teoretică a cercetării. În cadrul cercetării a fost realizată o sinteză comprehensivă a literaturii de specialitate, de sorginte psihanalitică, privind narcisismul parental, capacitatea de mentalizare și stările nevrotice ale copiilor, fapt ce a contribuit la clarificarea relațiilor complexe dintre aceste variabile. Printr-o analiză detaliată a teoriilor existente asupra comportamentelor narcisice ale părinților și manifestărilor nevrotice ale copiilor, studiul oferă noi repere teoretice pentru înțelegerea influenței dinamice a narcisismului parental asupra dezvoltării psihoemoționale a copilului. O contribuție importantă a acestei lucrări constă în extinderea conceptului de mentalizare parentală, prin aplicarea sa în contexte familiale în care sunt prezente tendințe narcisice ale părinților și stări nevrotice ale copiilor.

Valoarea aplicativă a cercetării. Elaborarea unui program de intervenție psihologică, destinat perechii mamă-copil, bazat pe tehnici de conștientizare a proiecțiilor narcisice și de dezvoltare a capacităților de mentalizare reprezintă o contribuție semnificativă pentru domeniul consilierii psihologice. Programul propus poate fi implementat în cadrul școlilor, centrelor de sănătate mintală și în cadrul cabinetelor de psihoterapie individuală. Aplicabilitatea programului este demonstrată prin rezultatele semnificative referitoare la reducerea aspectelor narcisice parentale și îmbunătățirea capacității de mentalizare, precum și a diminuării stărilor nevrotice ale copiilor.

Implementarea rezultatelor științifice: în cadrul conferințelor științifice naționale și internaționale; în activitatea didactică de pregătire și formare a studenților (USM); în activitatea psihologilor și psihiatrilor Centrului Comunitar de Sănătatea Mintală Buiucani.

АННОТАЦИЯ

Кашкавал Ион. Нарциссические измерения в отношениях родителей и детей с невротическими состояниями. Докторская диссертация по психологии. Кишинев, 2025.

Структура диссертации: работа содержит аннотации на румынском, русском и английском языках, введение, 3 главы, общие выводы и рекомендации, библиографию из 211 наименований, 14 приложений, 162 страниц основного текста, 13 рисунков и 16 таблиц. Результаты работы опубликованы в 10 научных статьях.

Ключевые слова: нарциссизм, невротические состояния, родительство, мать, ребенок, ментализация, факторы личности, проекция, психоанализ, психологическое вмешательство.

Цель исследования: выявить и проанализировать нарциссические измерения в отношениях матери и ребенка у детей с невротическими состояниями, а также разработать и внедрить программу психоаналитического вмешательства для снижения родительских нарциссических измерений и невротических состояний у детей.

Задачи исследования: (1) Проанализировать теоретические основы, касающиеся нарциссических измерений родителей и невротических состояний у детей; (2) Выявить и проанализировать нарциссические измерения и ментализирующие способности у матерей; (3) Выявить и проанализировать особенности невротических состояний у детей; (4) Установить взаимосвязь между нарциссическими измерениями и ментализирующими способностями у матерей и невротическими состояниями у детей; (5) Выявить родительские нарциссические сценарии, активизирующиеся в детско-родительских отношениях; (6) Разработать и внедрить программу психоаналитического психологического консультирования, направленную на снижение нарциссических измерений у матерей, дети которых демонстрируют невротические состояния.

Новизна и научная оригинальность: Данное исследование является первым в местном академическом контексте, которое изучает динамику родительского нарциссизма и его влияние на психоэмоциональное состояние ребёнка. Оригинальность исследования заключается в следующем: Оригинальность исследования заключается в следующем: 1) выявление и анализ взаимосвязи между измерениями родительского нарциссизма, способностью к ментализации и невротическими состояниями детей, установление с помощью количественных и качественных методов, как нарциссические измерения матери коррелируют с психоэмоциональным состоянием детей, подчеркивая роль способности к ментализации в опосредовании этого влияния. 2) С методологической точки зрения была представлена модель кейс-стади, охватывающая как количественную, так и качественную эпистемические парадигмы, а с концептуальной точки зрения - модель, представляющая психоаналитический подход. 3) Разработка психоаналитически ориентированной программы психологического вмешательства, направленной на уменьшение родительских нарциссических измерений и снижение невротических состояний у детей.

Результаты исследования, способствующие решению научной задачи: Данное исследование привело к разработке и внедрению психодиагностической модели, предназначенной для выявления нарциссических измерения в отношениях родитель-ребёнок и невротических состояний у детей. Кроме того, был разработан смешанный методический подход, объединяющий количественные и качественные методологии, для оценки нарциссических сценариев родителей и их влияния на отношения родитель-ребёнок. Также была создана и применена программа психологического вмешательства для дуэта «мать-ребёнок», сосредоточенная на снижении родительского нарциссизма, повышении способностей матерей к ментализации и смягчении невротических состояний у детей. В целом, данная программа предлагает практические решения и валидированные инструменты для эффективного вмешательства в семейные дисфункции, вызванные родительским нарциссизмом.

Теоретическая значимость: Исследование представляет собой комплексный синтез психоаналитической литературы по вопросам родительского нарциссизма, способностей к ментализации и невротических состояний детей, что позволяет прояснить сложные взаимосвязи между этими переменными. Благодаря углублённому анализу существующих теорий о нарциссическом поведении родителей и невротических проявлениях у детей, исследование предлагает новые теоретические концепции для понимания динамического влияния родительского нарциссизма на психоэмоциональное развитие ребёнка. Важным вкладом является расширение понятия родительской ментализации с его адаптацией к семьям, характеризующимся родительскими нарциссическими тенденциями и невротическими состояниями детей.

Практическая значимость исследования: Исследование завершилось разработкой программы психологического вмешательства для дуэта «мать-ребёнок», основанной на методах, направленных на повышение осознания нарциссических проекций и усиление способностей к ментализации. Предлагаемая программа применима в школах, центрах психического здоровья и в условиях индивидуальной психотерапии. Её практическая значимость подтверждается значительными результатами в снижении нарциссических аспектов у родителей, улучшении способностей к ментализации и смягчении невротических состояний у детей.

Внедрение научных результатов: на национальных и международных научных конференциях; в дидактической деятельности по подготовке и обучению студентов (USM); в деятельности психологов и психиатров Общественного центра психического здоровья Буюкани.

ANNOTATION

Cașcaval Ion. Narcissistic dimensions of the parent–child relationship in children with neurotic states. Doctoral Thesis in Psychology. Chișinău, 2025.

Thesis structure: the thesis contains annotations in Romanian, Russian and English, introduction, 3 chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 211 titles, 14 appendices, 162 pages of basic text, 13 figures and 16 tables. The results are published in 10 scientific papers.

Keywords: narcissism, neurotic states, parenting, mother, child, mentalization, personality factors, projection, psychoanalysis, psychological intervention.

The aim of the paper: is to identify and analyze the narcissistic dimensions in the mother-child relationship in children with neurotic states, as well as to develop and implement a psychoanalytic intervention program in order to reduce the parental narcissistic dimensions and neurotic states in children.

Research objectives: (1) To analyze the theoretical framework on parental narcissistic dimensions and neurotic states in children; (2) To identify and analyze the narcissistic dimensions and mentalizing abilities in mothers; (3) To identify and analyze the specifics of neurotic states in children; (4) To ascertain the relationship between narcissistic dimensions and mentalizing abilities in mothers and neurotic states in children; (5) To identify the parental narcissistic scenarios activated in the parent-child relationship; (6) To develop and implement a psychoanalytic psychological counseling program, aimed at reducing narcissistic dimensions in mothers whose children manifest neurotic states.

Scientific novelty and originality. This study represents the first research in the local academic space that focused on the dynamics of parental narcissism and its effects on the psychoemotional state of the child. The originality of the research consists in: 1) Identifying and analyzing the relationship between the dimensions of parental narcissism, mentalizing capacity and neurotic states of children, being established, through quantitative and qualitative methods, how the narcissistic dimensions of the mother correlate with the psychoemotional state of children, being emphasized the role of mentalizing capacity in mediating this impact. 2) From a methodological point of view, a case study model was presented, which encompasses both quantitative and qualitative epistemic paradigms, and from a conceptual point of view, the model representing the psychoanalytic approach. 3) Elaboration of a psychoanalytically oriented psychological intervention program, focused on diminishing parental narcissistic dimensions and reducing neurotic states in children.

Obtained results contributing to the solution of the scientific problem: Development and implementation of a psycho-diagnostic model of narcissistic dimensions in the parent-child relationship and neurotic states in the child; development of a mixed methodology - quantitative and qualitative - for the assessment of narcissistic scenarios of parents and its impact on the parent-child relationship; elaboration and implementation of a psychological intervention program for the mother-child couple, focused on reducing parental narcissism, improving the mentalizing capacity in mothers and reducing neurotic states in children, providing practical solutions and validated tools for effective interventions in family dysfunctions caused by parental narcissism.

Theoretical value of the research. The research has made a comprehensive synthesis of the psychoanalytic literature on parental narcissism, mentalizing ability and neurotic states of children, which helped to clarify the complex relationships between these variables. Through a detailed analysis of the existing theories on parental narcissistic behaviors and children's neurotic manifestations, the study provides new theoretical benchmarks for understanding the dynamic influence of parental narcissism on children's psychoemotional development. An important contribution of this paper is the extension of the concept of parental mentalizing by applying it to family contexts in which parental narcissistic tendencies and children's neurotic states are present.

Applied value of the research. The development of a psychological intervention program for the mother-child couple, based on techniques of awareness of narcissistic projections and the development of mentalizing skills, represents a significant contribution to the field of psychological counseling. The proposed program can be implemented in schools, mental health centers and individual psychotherapy offices. The applicability of the program is demonstrated by the significant results in reducing parental narcissistic aspects and improving mentalizing ability, as well as decreasing neurotic states of children.

Implementation of scientific results: in national and international scientific conferences; in the didactic activity of preparation and training of students (USM); in the activity of psychologists and psychiatrists of the Community Mental Health Center Buiucani.

LISTA TABELELOR

Tabelul 1.1. Diagnostic diferențial dintre nevroza simptomatică și caracterul nevrotic/tulburări de personalitate.....37

Tabelul 2.1. Corelația dintre stările nevrotice și factorii de personalitate (Corelația Spearman).....63

Tabelul 2.2. Corelația dintre dimensiune narcisice și stima de sine (Corelația Spearman).....67

Tabelul 2.3. Corelația dintre funcția reflexivă parentală și dimensiunile narcisice (Corelația Spearman).....69

Tabelul 2.4. Corelația dintre stările nevrotice la copil și dimensiunile narcisice la mame (Corelația Spearman).....70

Tabelul 2.5. Corelația dintre factorii de personalitate la copil și dimensiunile narcisice și stima de sine la mame (Corelația Spearman).....72

Tabelul 2.6 Corelația dintre stările nevrotice și capacitatea de mentalizare la mame (Corelația Spearman).....75

Tabelul 2.7. Rezultatele analizei de conținut privind imaginea de sine a mamei ca și copil.....77

Tabelul 2.8. Rezultatele analizei de conținut privind imaginea de sine a părintelui în rolul parental....79

Tabelul 2.9. Rezultatele analizei de conținut privind reprezentarea proprii părinți.....82

Tabelul 2.10. Rezultatele analizei de conținut privind reprezentarea mamei asupra propriului copil...86

Tabelul 2.11. Rezultatele analizei de conținut privind reprezentările mamei pe parcursul sarcinii....89

Tabelul 3.1 Caracteristici ale intervențiilor care influențează mentalizarea.....114

Tabelul 3.2 Rezultatele la teste înainte de intervenție și post-intervenție (Studiu de caz nr. 1).....130

Tabelul 3.3 Rezultatele la teste înainte de intervenție și post-intervenție (Studiu de caz nr. 2).....140

Tabelul 3.4 Rezultatele la teste înainte de intervenție și post-intervenție (Studiu de caz nr. 3).....147

LISTA FIGURILOR

Figura 1.1. Nevoile narcisice ale copilului.....23
Figura 1.2. Dimensiunile mentalizării (după P. Fonagy și P. Luyten, anul 2009).....32
Figura 2.1 Stările nevrotice identificate la copii în urma aplicării chestionarului RCADS-47.....58
Figura 2.2 Mediile rezultatelor pentru stările nevrotice la copii în urma aplicării chestionarului RCADS-47.....61
Figura 2.3. Mediile rezultatelor pentru factorii de personalitate la copii în baza aplicării chestionarul CPQ.....62
Figura 2.4. Frecvențele pentru dimensiunile narcisice la mamele ai căror copii prezintă stări nevrotice.....65
Figura 2.5. Frecvențele pe nivele pentru stima de sine la mamele ai căror copii prezintă stări nevrotice.....66
Figura 2.6. Mediile rezultatelor la chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți – PRFQ.....68
Figura 3.1. Mediile pentru dimensiunile narcisice la mame (pre și post intervenție).....150
Figura 3.2. Mediile pentru stima de sine la mame (pre și post intervenție).....151
Figura 3.3. Mediile pentru funcțiile reflexive la mame (pre și post intervenție).....152
Figura 3.4. Mediile pentru stările nevrotice la copii (pre și post intervenție).....153
Figura 3.5. Mediile pentru factorii de personalitate la copii (pre și post intervenție).....154

LISTA ABREVIERILOR

CCSM – Centru Comunitar de Sănătate Mintală

CPQ – Chestionar de Personalitate la Copii

DSM - Manual de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale

ICD10 – Clasificarea Tulburărilor Mintale și de Comportament

PNI - Inventarul Narcisismului Patologic

PRFQ - Chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți

RCADS47 – Scala Revizuită de Anxietate și Depresie pentru Copii

USM – Universitatea de Stat din Moldova

INTRODUCERE

Actualitatea şi importanța temei abordate. Familia este locul în care copilul își formează personalitatea și devine subiect social, iar calitatea mediului psihologic familial, în special calitatea relației părinte-copil, reprezintă o premisă fundamentală pentru dezvoltarea armonioasă a personalității copilului. În astfel de condiții, trăsăturile narcisice ale părinților, la rândul lor, prefigurează narcisismul copilului și influențează personalitatea acestuia. Studiile de specialitate relevă că abilitatea părintelui de a se adapta realităților psihologice ale copilului depinde de maturitatea sa psihologică, inclusiv de stabilitatea sa narcisică [44,76,146,198]. Cu referire la maturitatea narcisică a adultului, aceasta este definită prin claritatea și continuitatea propriei identități, din care derivă capacitatea de a diferenția între propriile nevoi narcisice și nevoile narcisice ale copilului, abilitatea de a renunța la propriile dorințe narcisice nesatisfăcute în favoarea respectării personalității copilului.

În plus, este important a menționa că înțelegerea și respectarea personalității copilului devine un obiectiv tot mai dificil de atins într-o epocă narcisică - așa cum este considerată epoca contemporană -, în care valorile sociale și culturale sunt definite foarte des în termeni de performanță, competitivitate acerbă, preocupare exagerată de sine în detrimentul autenticității și a investirii corespunzătoare a celuilalt. Ca urmare a acestor tendințe, se constată că preocupările narcisice sunt în creștere în societățile occidentale moderne, acest fenomen fiind numit de J. M. Twenge și W. K. Campbell „epidemie de narcisism” [204]. Accentuarea tendințelor narcisice, atât la nivel individual, cât și social, se concretizează inclusiv printr-o rată crescută a afirmațiilor narcisiste în comunicarea cotidiană și utilizarea unui limbaj orientat narcisic în toate tipurile de producție media [144,183,205,206]. În acest context, cercetătorii se întreabă tot mai des dacă ar exista pericolul unor transformări relaționale în cadrul familial, ca urmare a cărora copilul să devină un vehicul prin care părintele – conștient și inconștient – să își reactualizeze aspirațiile narcisice nesatisfăcute într-o manieră total necorespunzătoare pentru dezvoltarea psihică a copilului.

Referindu-ne la spațiul autohton, este necesar să specificăm că pe lângă tendințele globale în sensul paradigmelor psihologice, dificultățile economice și sociale din Republica Moldova exercită, la rândul lor, o influență negativă asupra dimensiunilor narcisice ale personalității părintelui și implicit asupra dinamicii familiale. Este cunoscut faptul că condițiile social-economice precare pot perturba funcționarea mediului familial și pot epuiza resursele psihice necesare pentru exercitarea adecvată a rolului parental. Factori precum stresul economic, insecuritatea locului de muncă și presiunile sociale

pot afecta narcisismul individului și al familiei și pot submina capacitatea părintelui de a asigura un mediu emoțional stabil și suportiv pentru copil, exacerbând astfel conflictele narcisice interne și dificultățile de adaptare ale copilului.

Prin urmare, psihologul practician din spațiul autohton se confruntă adesea, în contextul consilierii psihologice, cu scenarii psiho-sociale complexe ce amplifică dimensiunile narcisice în dinamica părinte-copil, aceste realități adresând întrebări esențiale privind calitatea relației părinte-copil și impactul acesteia asupra dezvoltării psihice a copilului: „Cum sunt afectați copiii de deficiențele narcisice ale părinților?", „Cum pot fi asigurate condițiile necesare pentru a satisface nevoile narcisice atât ale copilului, cât și ale părintelui?". În demersul nostru de cercetare, presupunem că stările nevrotice ale copilului, manifestate prin anxietate, depresie, atacuri de panică, etc., sunt strâns legate de modul în care părintele și familia, în general, se autodefinesc în termeni narcisici. Pornind de la premisa unei continuități narcisice între părinte și copil, considerăm esențială clarificarea dimensiunilor narcisice în consilierea familiilor cu copii, acest obiectiv de lucru solicitând suplimentar atât resurse teoretice, cât și aplicativ-tehnice.

Dezvoltarea sistemului de asistență psihologică în Republica Moldova, inclusiv prin crearea și extinderea rețelei de Centre Comunitare de Sănătate Mintală pe întreg teritoriul țării, constituie o strategie națională esențială în vederea îmbunătățirii calității vieții familiei, precum și în vederea prevenirii și tratării tulburărilor de sănătate mintală. Aceste centre sunt reglementate de *Legea privind sănătatea mintală nr. 1402/1997*, care prevede asigurarea unei game largi de servicii, de la diagnostic precoce și consiliere psihologică, până la reabilitare psihosocială și suport comunitar [89].

Urmând aceleași obiective strategice în domeniul asistenței psihiatrice și psihosociale a populației, *Hotărârea de Guvern nr. 55/2012* stabilește standardele de organizare și funcționare a CCSM, punând accent pe prevenirea instituționalizării și promovarea incluziunii sociale pentru copiii, adolescenții și adulții cu probleme de sănătate mintală [126]. Potrivit *Programului Național privind Sănătatea Mintală 2023-2027*, Centrele Comunitare de Sănătate Mintală au un rol-cheie în integrarea serviciilor de sănătate mintală în asistența medicală primară și în facilitarea accesului la servicii specializate de reabilitare psihosocială [55]. Important a menționa că psihologii sunt parte importantă din aceste noi entități instituționale menite să asigure asistență familiei și copilului.

În contextul prevederilor *Convenției privind Drepturile Copilului* [211], la care Republica Moldova a aderat în 1993, aceste centre contribuie la respectarea drepturilor fundamentale ale copiilor, garantând accesul la servicii de sănătate mintală de calitate, fără discriminare. Totodată, ele susțin

integrarea copiilor cu dizabilități mintale în comunitate, conform angajamentelor din *Strategia Națională „Moldova Europeană 2030”*, care promovează incluziunea socială și egalitatea de șanse[90].

În același timp, *Programul național privind sănătatea mintală 2023-2027* subliniază importanța extinderii rețelei de CCSM și a integrării serviciilor de sănătate mintală în asistența medicală primară, pentru a facilita accesul populației la îngrijiri specializate de calitate. Potrivit datelor recente (2022), furnizate de Agenția Națională pentru Sănătate Publică, situația privind calitatea sănătății mintale a copiilor în Republica Moldova prezintă o realitate îngrijorătoare:

- 12% din totalul persoanelor înregistrate cu tulburări mintale au vârsta sub 18 ani (9.798 de copii);
- Prevalența tulburărilor mintale la copii este de 1.794 cazuri la 100.000 de copii, fiind identificată o creștere constantă comparativ cu anii anteriori;
- Incidența tulburărilor mintale la copii este de 209 cazuri la 100.000 de copii [55, p.11].

Aceste date evidențiază necesitatea unor intervenții timpurii și personalizate pentru copii și pentru familie. În completarea acestui efort, *Programul Național pentru Protecția Copilului 2022-2026*, aprobat de Guvernul Republicii Moldova în 2022, subliniază importanța protejării sănătății mintale a copiilor, extinderea serviciilor de consiliere parentală și dezvoltarea serviciilor locale pentru sprijinirea familiei [54].

Astfel, dezvoltarea sistemului de asistență psihologică din Republica Moldova, inclusiv prin înființarea Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală pe întreg teritoriul țării, implică asigurarea condițiilor fundamentale în vederea îmbunătățirii vieții familiei. În același timp, sistemul de asistență psihologică necesită în permanență resurse teoretice, metodologice și aplicative pentru asigurarea procesului de consiliere. Acestea fiind menționate, este important să specificăm că atât problematica cercetării, cât și materialul empiric supus analizei și conceptualizării în demersul nostru științific, își au originea în spațiul de lucru al Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală din Republica Moldova, iar rezultatele cercetării vin să contribuie la îmbunătățirea serviciilor de asistență psihologică în aceste instituții.

Pentru claritate terminologică, precizăm că, deși cercetarea a vizat exclusiv mame, termenul „părinte” a fost utilizat ca desemnare generică a funcției parentale. Alegerea acestui eșantion a reflectat realitățile din practica psihologică autohtonă, unde, în majoritatea cazurilor, mamele sunt cele care însoțesc copilul la consultațiile din cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală. Implicarea

tatălui este adesea limitată sau absentă în demersurile de solicitare a sprijinului psihologic sau psihiatric. În acest context, mama ajunge frecvent să îndeplinească, într-o manieră compensatorie, atât funcții materne, cât și paterne, ceea ce justifică utilizarea termenului „părinte” într-un sens general și funcțional.

Încadrarea temei în preocupările internaționale, naționale, zonale, ale colectivului de cercetare și în context inter- și transdisciplinar

Din punct de vedere teoretic, narcisismul reprezintă un concept esențial în cadrul psihologiei generale, psihologiei personalității și psihologiei sociale, având un rol central în teoriile ce explică formarea identității de sine. Dintr-o perspectivă fenomenologică, dat fiind rolul narcisismului în ontogeneză și în structurarea psihicului uman, dimensiunile narcisice în relația părinte-copil a constituit o temă predilectă pentru numeroși teoreticieni și clinicieni care s-au preocupat de condițiile dezvoltării psihice. Primele referințe în acest sens se îndreaptă către fondatorii de paradigme cu privire la fenomenologia narcisismului: S. Freud [48] a introdus conceptul de narcisism în psihanaliză, delimitând libidoul narcisic și libidoul obiectual, copilul fiind desemnat drept obiectul narcisic privilegiat al părintelui; D. Winnicott [124,125] a descris tranziționalitatea ca factor central în construirea narcisismului sănătos, analizând trecerea de la „omnipotența infantilă” la contactul cu realitatea obiectivă, dar și constituirea subiectivității; W. Bion, grație conceptelor sale de „reverie maternă” și „identificare primitivă sănătoasă”, a clarificat esența experiențelor timpurii în relația mamă-bebeluș, vizând și dimensiunea narcisică [9]; H. Kohut a elaborat o metapsihologie a narcisismului, în care relația părinte-copil reprezintă, evident, veriga centrală, fiind accentuat rolul părintelui în calitate de obiect al Sinelui [67,68]; S. Lebovici [73] a explorat mecanismele comunicării inter- și transgenerațională în structurarea narcisică a copilului.

Pornind de la primele clarificări conceptuale, ce și-au avut originea în materialul empiric și în demersurile psihanalitice în vederea elaborării unei teorii asupra psihicului, aceste teme s-au regăsit ulterior în proiecte ample de cercetare și de asistență psihologică a copilului și a familiei. *Centrul Tavistock* în Marea Britanie, fondat și gestionat de către A. Freud, D. Winnicott, J. Bowlby, la fel și *Centrul Alfred Binet* în Franța, fondat de S. Lebovici, reprezintă și astăzi spații de cercetare dedicate problematicilor afiliate temei noastre de cercetare, iar continuitatea epistemică a acestor proiecte se concretizează actualmente în lucrări semnate de psihanaliști din diverse țări ale lumii.

Prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare referitoare la tema cercetării

Direcțiile paradigmatice în cercetarea relației părinte-copil în procesul de dezvoltare a psihicului, expuse mai sus, au fost preluate și nuanțate de mai mulți cercetători contemporani. În scopul prezentării rezultatelor internaționale referitoare la tema cercetării, vom menționa cercetători psihanaliști care reprezintă principalele centre de psihanaliză din lume.

În spațiul francofon regăsim cercetările realizate de D. Marcelli [77] dedicate ontogenezei, respectiv fixațiilor și regresiilor în procesul de dezvoltare a copilului, cercetările lui A. Braconnier [78] și M. Vincent [120], dedicate formelor de suferință narcisică a copilului și adolescentului și indicațiile terapeutice corespunzătoare.

În școala italiană de psihanaliză regăsim cercetările lui A. Ferro, care introduce conceptul de „câmp bipersonal" pentru a ilustra comunicare permanentă părinte-copil, transpusă în comunicarea copil-analist [47]. Studii recente semnate de psihanalistul italian A. Ciccone, scot în evidență în experiența parentalității, calitatea relației părinte–copil și, implicit, „obligațiile" inconștiente ale copilului, care se referă la continuitatea narcisică și repararea istoricului parental [102].

Continuând aceeași tematică a comunicării inconștiente părinte–copil, școala americană de psihanaliză este reprezentată prin lucrările dedicate aspectelor narcisice și relației părinte-copil semnate de H. Kohut [67], J. Allen, A. Bateman și P. Fonagy [5], D. Stern [112,201], O. Cohen [139]. Autorii menționați consideră că permeabilitatea graniței psihice dintre copil și persoana îngrijitoare este un fapt dovedit în studiile clinice, reprezentările de sine și de obiect ale adultului fiind proiectate pe reprezentarea de sine în dezvoltare a copilului.

J. Monzano, F. P. Espasa, N. Zilkha reprezintă școală elvețiană de psihanaliză, acești autori remarcându-se prin cercetări laborioase asupra aspectelor narcisice în relația părinte-copil, prin adaptarea tehnicii psihanalitice problemelor specifice copilului și părintelui, dar și prin elaborarea unei metodologii de cercetare în acest sens [76,186]. Sub aspect metodologic, lucrarea noastră reprezintă o continuare și o nuanțare a cercetărilor realizate de reprezentanții școlii elvețiene de psihanaliză.

În ultimele două decenii, studiile dedicate copilăriei, relației părinte-copil și narcisismului au vizat proiecte de cercetare multinaționale, unul dinte acestea fiind proiectul care a găzduit cercetători psihanaliști din Franța, Statele Unite, Mexic, Brazilia și care s-a materializat în lucrarea colectivă „Parentalitatea", coordonată L. Solis-Ponton, și în care găsim studii semnate de M. R. Moro. J. Schaeffer, S. Missonnier, C. Ochoa-Torres, I. Lelong, D. Houzel, L. Solis, C. Gutfriend [110].

Dintre cele mai recente cercetări, vom remarca studiul longitudinal condus de J. M. A. Hewitt și col. (2024), în care s-a investigat legătura dintre narcisismul patologic al părinților și depresia copilului, fiind specificat rolul atașamentului anxios și a funcției reflexive. Rezultatele au indicat o asociere semnificativă între narcisismul patologic al părinților și depresia copilului, evidențiind impactul negativ al dinamicii parentale asupra sănătății emoționale a copilului [159]. Aceste concluzii se aliniază cu rezultatele altor cercetări recente, care explorează influența diferitelor tipuri de narcisism parental asupra sănătății mintale a copiilor și a tinerilor adulți.

Un exemplu relevant în acest sens este și studiul realizat de M. Vignando și B. Bizumic (2023), autorii fiind interesați de relația dintre narcisismul vulnerabil și narcisismul grandios identificat la părinți și impactul acestor pattern-uri narcisice asupra anxietății și depresiei la tinerii adulți. Rezultatele au arătat că narcisismul grandios al taților, așa cum a fost perceput în perioada copilăriei, are un impact direct asupra nivelului de anxietate și depresie la vârsta adultă. În schimb, narcisismul vulnerabil perceput la ambii părinți, precum și narcisismul grandios perceput la mame, influențează aceste simptome în mod indirect [207].

În mod similar, K. P. Rawn și col. (2023) au constatat că narcisismul grandios al părinților, în special grandiozitatea și sentimentul de îndreptățire/exploatare, este asociat cu mai multe tactici parentale negative și mai puține tactici pozitive, ceea ce influențează comportamentele internalizate și externalizate ale copilului [192].

Datele relevate de cercetările psihanaliștilor sunt susținute și de cercetătorii italieni din domeniile psihologiei generale și psihologiei personalității. În acest sens, F. Dentale, V. Verrastro, I. Petruccelli, P. Diotaiuti (2015) au investigat impactul narcisismului parental asupra sănătății mentale și au descoperit că accentuările narcisice de personalitate la părinți corelează semnificativ cu simptomele de depresie și anxietate ale copiilor [143].

Tematica legăturii dintre narcisismul parental și starea psihoemoțională a copiilor este reflectată și în cercetările lui Nicholas J. S. Day și col. (2020). Aceștia au analizat impactul narcisismului patologic în cazul a 683 de participanți care trăiesc în relații apropiate cu persoane ce prezintă trăsături narcisice. Studiul a arătat o prevalență ridicată a problemelor de sănătate mintală, 69% dintre participanți raportând simptome de depresie și 82% manifestând tulburări de anxietate. În cazul părinților, narcisismul patologic afectează relația cu copiii printr-un stil de îngrijire lipsit de empatie și marcat de critică excesivă, contribuind la insecuritate emoțională și dificultăți de adaptare [142].

Aceleași concluzii se regăsesc în cercetarea efectuată de C. M. Hart și col. (2017), care a scos în evidență faptul că narcisismul parental corelează semnificativ cu o creștere a utilizării strategiilor parentale disfuncționale. Această legătură este explicată, în parte, prin nivelurile reduse de empatie caracteristice părinților narcisici, care conduc la un stil de îngrijire neglijent care poate afecta dezvoltarea psihoemoțională a copilului [158].

În România, cercetările dedicate copilăriei, problematicii narcisice și relaționării părinte-copil, se regăsesc în proiectele realizate în cadrul Fundației Generația, școală psihanalitică care și-a avut sorgintea în interesul pentru copilărie și adolescență. Mai mulți autori români precum V. Șandor [115], D. Luca [75], S. Reghintovschi [193] au realizat și publicat cercetări dedicate acestor tematici. În spațiul academic al Republicii Moldova, studii de sorginte psihanalitică referitoare la problematicile legate de copilărie, aspectele narcisice în relaționare și intervenția terapeutică pe aceste subiecte au fost realizate de A. Nacu[181], Z. Bolea [12,13,14,15], I. Cașcaval [25,26,27,28,29,30,31,32], D. Dreglea [41], C. Podubnîi [18].

În pofida acestor realizări semnificative la ora actuală, totuși, studiul dimensiunilor narcisice în relația părinte-copil și explorarea modului în care disfuncționalitățile narcisice parentale contribuie la dezvoltarea și menținerea stărilor nevrotice la copii rămâne a fi un subiect insuficient cercetat în contextul academic autohton. Iată de ce, în cadrul demersului nostru de cercetare, am pornit de la premisa conform căreia aprofundarea acestei tematici printr-un demers de cercetare mai nuanțat, și în același timp mai extins ca număr de subiecți și metode de cercetare, poate deschide calea către optimizarea intervențiilor psihologice și îmbunătățirea practicilor parentale.

În contextul celor menționate anterior, **problema de cercetare** abordată în lucrarea noastră se referă, în termeni generali, la o tendință tot mai evidentă în ultimul deceniu de accentuare a disfuncțiilor narcisice, pe fondul influenței unor factori sociali, economici și culturali, iar în termeni specifici invocă contradicția dintre observațiile recurente privind prezența manifestărilor narcisice în rândul părinților care accesează serviciile Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală din Republica Moldova și absența unor studii de specialitate care să elucideze specificul relației dintre dimensiunile narcisice parentale și stările nevrotice ale copilului.

Scopul cercetării constă în identificarea și analiza dimensiunilor narcisice în relația mame-copii în cazul copiilor cu stări nevrotice, precum și elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică, de orientare psihanalitică, în vederea diminuării dimensiunilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil.

Obiectivele cercetării:

1. Analiza cadrului teoretic cu privire la dimensiunile narcisice parentale și stările nevrotice la copil;
2. Identificarea și analiza dimensiunilor narcisice, a nivelului de stimă de sine și a capacităților de mentalizare la mame;
3. Identificarea și analiza specificului stărilor nevrotice în rândul copiilor;
4. Constatarea relației dintre dimensiunile narcisice, nivelul de stimă de sine și capacitățile de mentalizare la mame și stările nevrotice la copil;
5. Identificarea scenariilor narcisice parentale activate în relația părinte-copil;
6. Elaborarea și implementarea unui program de consiliere psihologică, de orientare psihanalitică, care să vizeze reducerea dimensiunilor narcisice la mamele a căror copii manifestă stări nevrotice.

Ipoteze generale:

- Presupunem că dimensiunile narcisice și capacitatea de mentalizare ale mamei corelează semnificativ cu starea psihoemoțională, implicit stările nevrotice, și trăsăturile de personalitate ale copilului.
- Presupunem că implementarea unui program de consiliere psihologică, de orientare psihanalitică, va contribui la reducerea dimensiunilor narcisice ale mamelor și la ameliorarea stărilor nevrotice ale copiilor.

Metodologia cercetării științifice se bazează pe:

1. metode teoretice: analiza și sinteza literaturii de specialitate, analiza comparativă, metoda ipotetico-deductivă pentru analiza rezultatelor obținute în cercetare.
2. metode empirice de colectare a datelor: RCADS 47 - Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000); Chestionar de personalitate pentru copii CPQ (R. B. Cattell & IPAT Staff, 1992); Inventarul narcisismului patologic (Aaron L. Pincus, Emily B. Ansell et al., 2009); Chestionarul funcționării reflexive la părinți (P. Luyten, L. C. Mayes, L. Nijssens & P. Fonagy, 2017); Scala stimei de sine (M. Rosenberg, 1965); Interviul semi-structurat cu răspunsuri libere (Anexa 7).

3. Metode statistico-matematice: analiza frecvențelor, compararea mediilor prin statistici descriptive, determinarea coeficienților de corelație Spearman, testul exact Fisher, testul nonparametric Wilcoxon.
4. Metode calitative de analiză a datelor: analiza de conținut calitativă prin teoretizare; studiul de caz psihanalitic.

Structura tezei: lucrarea conține adnotări în limbile română, rusă și engleză, introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 211 titluri, 14 anexe, 13 figuri, 16 tabele, declarația privind asumarea răspunderii și CV-ul autorului.

În **capitolul 1**, „*Repere teoretice privind dimensiunile narcisice în relația părinte-copil și stările nevrotice la copil*", sunt sintetizate și analizate teoriile psihanalitice privind dimensiunea narcisică a personalității, fiind specificat rolul dimensiunilor narcisice în dezvoltarea personalității și a aparatului psihic, dar și valențele relaționale ale narcisismului. Acestea din urmă sunt prezentate printr-o sinteză a studiilor de specialitate referitoare la aspectele narcisice ale parentalității și la nevoile narcisice ale copilului, fiind scos în evidență specificul comunicării părinte-copil. La fel, în acest capitol este analizată etiologia și fenomenologia stărilor nevrotice la copii, fiind expuse atât perspectivele nosologice tradiționale, cât și cele psihanalitice.

Capitolul 2, „*Studiu empiric privind dimensiunile narcisice în relația mamă-copil în cazul copiilor cu stări nevrotice*", începe cu prezentarea și argumentarea design-ul de cercetare, care include atât metode de ordin cantitativ, cât și calitativ. Ulterior, sunt prezentate rezultatele cercetării, fiind analizate rezultatele demersului cantitativ referitoare la incidența stărilor nevrotice la copii și dimensiunile narcisice ale mamelor, iar ca urmare a demersului calitativ de cercetare sunt analizate problematicile narcisice invocate de mame și reprezentările acestora asupra relației mamă-copil.

În **Capitolul 3**, „*Program de intervenție psihologică orientat spre diminuarea dimensiunilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil*", este prezentat programul de intervenție psihologică realizat în vederea dezvoltării unor strategii de consiliere psihologică de sorginte psihanalitică, care să asigure realizarea obiectivelor propuse. Sunt prezentate premisele teoretice și empirice ce au stat la baza elaborării programului de intervenție și sunt analizate etapele în elaborarea și realizarea programului. Rezultatele studiului vizează elaborarea studiilor de caz, care scot în evidență anamneza biografică și clinică, intervenția psihologică și rezultatele intervenției. De asemenea, eficiența programului a fost evaluată printr-o metodologie pre-test și post-test, aplicată pe

un grup de subiecți, ceea ce a permis validarea impactului intervenției asupra diminuării dimensiunilor narcisice parentale și a reducerii stărilor nevrotice la copii.

Concluziile generale și recomandările incluse la finalul tezei oferă o sinteză riguroasă a principalelor idei dezvoltate în fiecare capitol, precum și o prezentare succintă, dar cuprinzătoare, a rezultatelor obținute în urma desfășurării cercetării. Sunt formulate sugestii și recomandări practice privind implementarea optimă a programului de intervenție psihologică, acestea vizând reducerea dimensiunilor narcisice parentale și ameliorarea stărilor nevrotice manifestate la copil. În același timp, sunt evidențiate limitele studiului, fiind formulate direcții noi de cercetare, menite să contribuie la aprofundarea cunoașterii în acest domeniu al psihologiei.

1. REPERE TEORETICE PRIVIND DIMENSIUNILE NARCISICE ÎN RELAȚIA PĂRINTE-COPIL ȘI STĂRILE NEVROTICE LA COPIL

1.1 Abordări teoretice privind dimensiunile narcisice în ontogeneza umană

Rolul narcisismului în dezvoltarea identității și auto-percepției individului este esențial. La nivelul psihologiei simțului comun, narcisismul este adesea definit prin afecțiunea exagerată pe care individul o nutrește față de sine însuși. Dintr-o perspectivă științifică, narcisismul reprezintă o realitate psihică complexă, ce presupune o paletă largă de stări și comportamente, care se pot include în dimensiunea sănătoasă a funcționării psihice sau în cea patologică.

În articolul său din 1914, „Pentru a introduce narcisismul", S. Freud a redefinit și aprofundat conceptul de narcisism, inspirat de observațiile sale clinice asupra pacienților cu schizofrenie, care prezentau trăsături narcisice. Din perspectivă freudiană, comportamentul narcisic apare ca urmare a redirecționării energiei libidinale de la lumea exterioară spre sine. În această ordine de idei, S. Freud subliniază că delirul de grandoare asociat cu narcisismul nu este un fenomen nou, ci o amplificare a unei stări preexistente din dezvoltarea timpurie, numită de el narcisism primar, în care copilul își concentrează toată energia libidinală asupra propriei persoane [48].

Referindu-se la conceptul freudian de narcisism primar, E. Roudinesco menționează că pentru S. Freud narcisismul primar este „primul stadiu al vieții, anterior constituirii Eului, este un stadiu în care nu există o diferențiere dintre Eu și Celălalt" [101, p.629], iar O. Fenichel definește narcisismul primar drept o stare psihică în care obiectele lipsesc, iar investirea libidinală este în întregime autoerotică [46, p.105].

Aceeași poziție este continuată de psihanalista britanică M. Mahler, care consideră că nou-născutul nu posedă inițial capacitatea de a se diferenția de obiectul maternant. În primele 5-9 luni de viață, copilul trăiește într-un stadiu de simbioză intensă cu mama, unde nu există o delimitare clară între cei doi, mama având rolul unui „Eu auxiliar", esențial în formarea identității copilului. Ulterior, copilul începe să evolueze spre independență și individualitate - un proces susținut activ de mamă. Psihanalista britanică subliniază importanța separării treptate între mamă și copil, fapt ce permite copilului să-și definească propriul ritm în cadrul procesului de separare-individuare [apud 103].

Potrivit psihanalistului francez R. Roussillon, narcisismul primar este o etapă esențială în dezvoltarea subiectivității copilului, primele eboșe de subiectivitate fiind marcate de o dependență intensă față de mediul înconjurător. La începutul vieții, bebelușul nu face distincție clară între sine și lumea exterioară, interpretând tot ce se întâmplă ca fiind generat de propria persoană. Important de

menționat că această etapă nu este considerată patologică, ci o parte structurală a dezvoltării individului. Bebelușul, deși conștient de prezența mamei, nu poate distinge cu exactitate sursa evenimentelor și acțiunilor din jurul său, ceea ce duce la confuzia între sine și mediu. Prin urmare, susține R. Roussillon, copilul trăiește iluzia că el este sursa a tot ce percepe, ceea ce reprezintă o strategie a minții infantile de a evita haosul și sentimentul de neputință [102].

În opinia altui psihanalist francez, J. Lacan, narcisismul își are originea în așa-numitul *stadiu al oglinzii*, moment structural în formarea subiectivității, care marchează o deplasare cronologică a apariției narcisismului față de viziunea freudiană. În această etapă – situată între 6 și 18 luni de viață – copilul, deși se află într-o fază de vulnerabilitate motorie și de dependență, se confruntă cu o imagine externă a propriei corporalități, pe care o percepe ca fiind întreagă, coerentă și stăpânibilă. Această identificare imaginară cu o formă unificată proiectează un ideal al sinelui, constituind fundamentul narcisismului primar în sens lacanian. [apud 43, p.272].

În interpretarea lui S. Lebovici, psihiatru și psihanalist francez, conceptul de ,,stadiu al oglinzii", propus de J. Lacan, contestă existența unei entități stabile cunoscute sub numele de ,,eu" sau ,,mine". Lebovici argumentează că, contrar percepției comune, subiectul, așa cum este convențional înțeles, este de fapt inexistent. Identitatea subiectului este considerată a fi doar un rezultat al modului în care este perceput și tratat de către părinți, o reflectare a viziunilor și așteptărilor lor, nu o esență autonomă. Astfel, ,,eu"-ul individual își găsește validarea și relevanța exclusiv în ,,oglinda" oferită de părinți, care joacă un rol crucial în construirea și recunoașterea sinelui de către copil [73, p.298].

În articolul ,,Rolul de oglindă al mamei și familiei în dezvoltarea copilului" (1967), psihanalistul britanic D. Winnicott explorează rolul esențial pe care mama îl joacă în validarea și animarea experiențelor inițiale ale copilului, deși nu folosește explicit termenul de narcisism. Winnicott postulează că privirea mamei funcționează ca o primă oglindă pentru copil, servind drept un reper prin care copilul își poate vedea și recunoaște propria reflecție. Astfel, într-o conexiune aproape narcisică, mama devine instrumentul care îi permite copilului să se vadă pe sine însuși, marcând începutul conștientizării de sine. La un nivel mai profund, psihanalistul britanic vine cu o contribuție revoluționară în conceptul de ,,existență", sugerând că procesul de a fi observat — în acest caz de către mamă — conferă copilului un sentiment de existență și ființare. Prin faptul de a fi văzut, copilului îi este confirmată existența sa, de aici derivând renumita concluzie winnicotiană: ,,Când privesc, sunt văzut, deci exist". Această perspectivă îmbogățește discuția despre dezvoltarea

narcisismului, subliniind importanța primelor interacțiuni în formarea identității de sine a copilului [125].

În aceeași ordine de idei, psihanalista franceză H. Faimberg consideră că ,,narcisismul are nevoie să fie validat de celălalt: la început de către mama și tata" [44, p.23], autocunoașterea fiind percepută nu ca un proces solitar, ci ca unul care se desfășoară în și prin intermediul relațiilor. Interacțiunea dinamică cu mama permite sinelui să se recunoască și să se descopere în celălalt, creând un teren fertil pentru confirmarea și întărirea sentimentului de sine al copilului. Așadar, în acest schimb reciproc, copilul își construiește un sentiment de sine stabil și afirmat, ancorat în relația afectuoasă cu mama.

În aceeași ordine de idei, S. Lebovici subliniază că interacțiunea vizuală între copil și mamă reprezintă un dialog mutual, unde copilul nu doar percepe privirea mamei, dar trăiește și revelația conștientizării propriei prezențe în câmpul vizual al mamei. Această dinamică reciprocă de ,,a privi și a fi privit" servește ca un fundament esențial în stabilirea conștientizării de sine la copil [73, p.298].

În lucrările sale dedicate relației mamă-copil, D. Winnicott a examinat în profunzime dinamica relației între mamă și bebeluș, punând un accent special pe formarea sinelui și dezvoltarea experienței subiective a copilului. Din perspectiva autorului, la începutul vieții, bebelușul necesită o iluzie de omnipotență subiectivă, un mediu în care dorințele lui par a se împlini automat. Această etapă critică este facilitată de existența unei ,,mame suficient de bune", care nu este neapărat omniprezentă, dar are abilitatea de a răspunde adecvat nevoilor copilului și de a se retrage atunci când este necesar, menținând astfel un echilibru ce susține sentimentul de siguranță și omnipotență a copilului [apud 1,124,125].

Psihanalistul britanic W. Bion consacră conceptul de ,,reverie maternă" în contextul polemicilor dedicate narcisismului și relației mamă-copil. Grație capacității de reverie, mama își poate imagina ce trăiește bebelușul, primește și înțelege mesajele sugarului, ceea ce îi permite să răspundă într-un mod corespunzător, oferindu-i copilului experiența conținerii trăirilor sale. Prin termenul de conținere, W. Bion se referă la abilitatea mamei de a se afla într-o stare de receptivitate calmă, de a fantasma asupra trăirilor bebelușului, pentru a-i primi angoasele acestuia și de ale oferi semnificație și spațiu de liniștire [9].

Psihanalistul american H. Kohut a deschis noi direcții în studiul narcisismului, începând cu anii 70 ai secolului trecut. Lucrările sale se axează pe analiza tulburărilor narcisice, prezentând narcisismul ca o investiție libidinală în sine, care trece de la o etapă arhaică la una matură și include

atât narcisismul, cât și iubirea de obiect [69, 70, 71]. H. Kohut evidențiază o etapă inițială a ,,fericirii narcisice", comparabilă cu narcisismul primar al lui S. Freud, ca fiind fluidă și vulnerabilă la imperfecțiunile îngrijirii materne. El descrie două strategii ale copilului pentru a recâștiga această fericire narcisică pierdută: (1) încercarea de a reconstrui un sine perfect, proiectând aspectele negative în exterior și însușindu-le pe cele pozitive, creând un sine narcisic/grandios; și (2) încercarea de a recupera perfecțiunea îngrijirilor materne pierdute, prin crearea unei imagini parentale idealizate și omnipotente, ca un mecanism de apărare împotriva durerii și frustrării realității [apud 88, p.37].

De asemenea, H. Kohut dezvoltă conceptul de ,,obiect al sinelui", unde obiectul reprezintă o persoană reală semnificativă în experiența psihică a individului. În teoria lui H. Kohut, ,,Sinele" este definit ca o entitate centrală a vieții psihice, care înglobează totalitatea fenomenelor psihice, conferind unitate și integralitate personalității. Elaborând noțiunea de ,,obiect al sinelui", autorul se referă inclusiv la o experiență internă în care un ,,obiect" susține funcțiile esențiale pentru armonizarea și reglarea sinelui [66,67].

Cu referire la condițiile care ar asigura dezvoltarea unui narcisism sănătos, H. Kohut subliniază importanța unui mediu empatic de îngrijire în dezvoltarea unui Sine coeziv. Autorul identifică trei componente esențiale în acest proces: (1) oglindirea, prin care realizările copilului sunt recunoscute și apreciate, consolidând identitatea și autonomia; (2) idealizarea, unde copilul vede părinții ca fiind puternici și omnipotenți, oferind siguranță și confort; și (3) gemelaritatea, care presupune o relație de reflecție fidelă și comuniune emoțională între copil și altul. Aceste experiențe sunt cruciale pentru formarea unei structuri de sine sănătoase, care va facilita dezvoltarea unei personalități mature și echilibrate [apud 109, p.71].

În aceeași ordine de idei, R. Haller subliniază importanța conexiunii empatice dintre părinte și copil în dezvoltarea încrederii de sine a copilului. Autorul susține că fără empatie și constanță în îngrijire, copilul poate dezvolta sentimente de nesiguranță și teamă că nevoile și dorințele sale sunt ,,periculoase", ceea ce poate duce la formarea unei răni narcisice. Acest deficit emoțional poate împiedica formarea unei identități sănătoase și a relațiilor stabile pe termen lung [56, p.70].

Ca urmare a analizei literaturii de specialitate, constatăm că formarea sinelui și consolidarea narcisismului reprezintă două procese psihice interconectate, indispensabile dezvoltării identității personale. Narcisismul, într-un context sănătos, este esențial pentru afirmarea de sine, iar prezența unui adult care validează și confirmă existența copilului este fundamentală. În figura 1.1, prezentăm nevoile narcisice ale copilului, care contribuie la o dezvoltare armonioasă și echilibrată a identității.

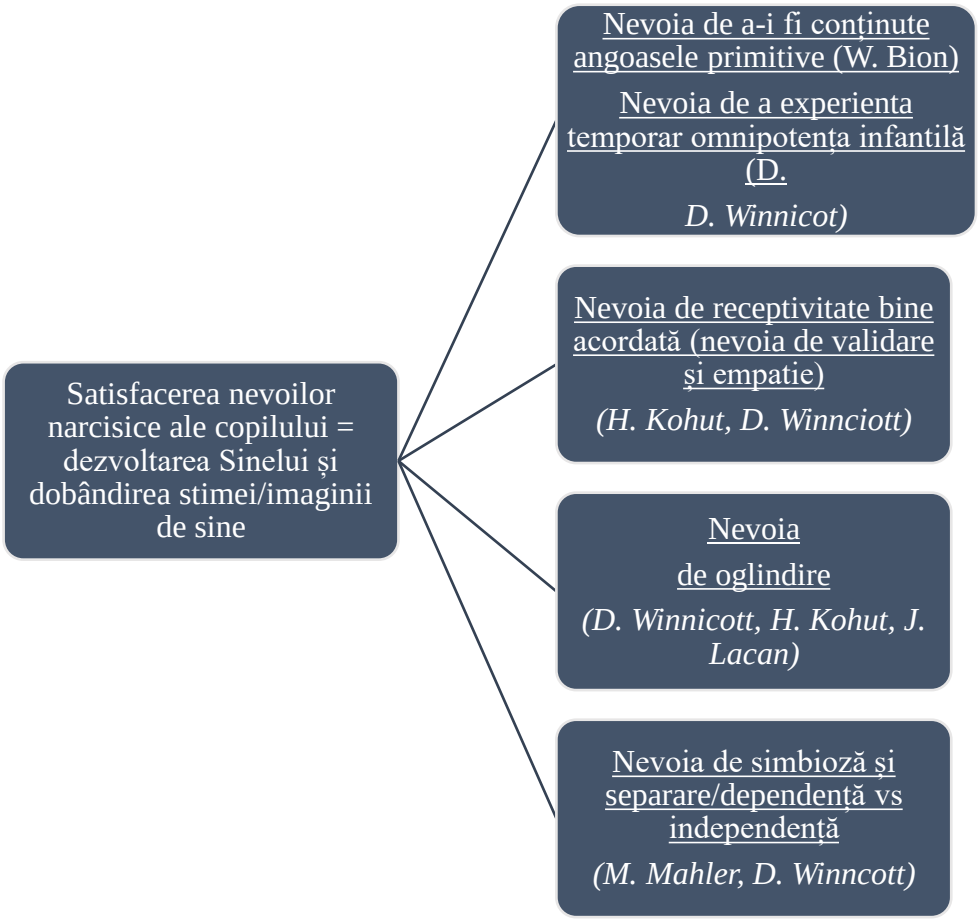


Figura 1.1 Nevoile narcisice ale copilului

Studiile de specialitate relevă că pentru a asigura o dezvoltare sănătoasă a copilului, este vital ca părinții să îndeplinească diverse funcții (fig.1.1), cum ar fi protecția, oglindirea emoțiilor și validarea experiențelor copilului. În lipsa satisfacerii acestor nevoi, copilul poate dezvolta tulburări narcisice, manifestând simptome precum sentimentul persistent de vid interior, stări depresive, scăderea încrederii în sine sau, dimpotrivă, tendințe de grandoare și comportamente agresive [134,157,162]. Aceste tulburări indică dezechilibre profunde în formarea sinelui și pot avea efecte pe termen lung asupra bunăstării și relațiilor interpersonale ale individului.

Studiile de specialitate [20,24,67,76,103,124,125,176,186] dedicate nevoilor narcisice ale copiilor relevă aceeași situație definitorie pentru constituirea unui narcisism sănătos – copilul are nevoie de un Celălalt semnificativ și continuu – părintele, care îl va asista în procesul de constituire a sentimentului de sine și a fundamentului narcisic propriu. Narcisismul copilului se va sprijini pe narcisismul părintelui și pe capacitatea acestuia de a asigura realizarea etapelor de dezvoltare ale

copilului, asigurând trecerea copilului de la faza de dependență totală spre independență, de la etapa de simbioză spre etapa de separare și individuare.

1.2 Dimensiunile narcisice ale parentalității

Pedopsihiatrul și psihanalistul francez D. Houzel evidențiază faptul că a fi părinte depășește simpla desemnare ca atare, implicând un proces numit „tranziție spre parentalitate", autorul desemnând trei dimensiuni principale ale parentalității:

- ***Exercițiul parentalității:*** include aspectele juridice și sociale, precum statutul de părinte, filiația și normele simbolice fundamentale, printre care se numără interdicția incestului.
- ***Experiența parentalității:*** reflectă dimensiunea trăită, subiectivă și inconștientă a asumării rolului parental, incluzând dorința de a avea un copil și procesele psihice asociate devenirii părinte.
- ***Practica parentalității:*** aceasta se referă la sarcinile zilnice și îngrijirea copilului, atât din punct de vedere fizic, cât și psihic, ambii părinți având responsabilitatea implicării în aceste îngrijiri.

În același timp, pentru a evita crearea unei reprezentări nerealiste asupra rolului de părinte, D. Houzel atrage atenția că un părinte poate excela în una sau două dintre aceste dimensiuni, dar nu neapărat în toate trei [59,110].

Referindu-se la elaborările lui Houzel, C. Sellenet subliniază că abordarea parentalității prin prisma a trei axe distincte facilitează identificarea posibilelor disfuncționalități. Există situații în care un părinte poate fi competent din punct de vedere practic, abordând sarcinile parentale într-o manieră aproape tehnică, dar fără a resimți conexiunea emoțională sau identitatea parentală față de copil, sau viceversa [107].

Este important a menționa că înțelegerea fenomenului parentalității a avansat semnificativ, cu un accent deosebit pe experiența maternității. Pentru a explica acest proces, în literatura de specialitate au fost folosiți termenii de maternalitate și, ulterior, paternalitate. Se cunosc acum în detaliu schimbările psihologice ce au loc la femei pe durata sarcinii și în perioada de după naștere, cum ar fi starea de preocupare maternală primară identificată de D.W. Winnicott, fenomenul de transparență a sarcinii descris de M. Bydlowski, și conceptul de constelație a maternității, așa cum a fost detaliat de D. Stern [1,24,110,124,125,201].

Conform lui S. Farca, chiar de la o vârstă fragedă, fetele încep să-și imagineze cum ar fi să aibă un copil, creând astfel o legătură imaginară ce reflectă dorințele personale. În jocurile lor

copilărești, care adesea includ păpuși, fetele simulează roluri parentale, arătând afecțiune sau, dimpotrivă, manifestând comportamente disciplinare, în funcție de propria experiență de alint sau mustrare. Aceste jocuri sunt adesea reflectări ale relației pe care fetița o are cu mama sa [45].

Psihanalista română V. Șandor afirmă că întâlnirea dintre o mamă și nou-născutul ei este de fapt o întâlnire dintre două inconștiente, iar inconștientul mamei determină în mod fundamental dezvoltarea psihică a copilului. Chiar de la început mama are reverii în legătură cu acest copil, are planuri pentru el, îl investește narcisic din primele clipe cu visele ei, cu nerealizările, cu stima și imaginea ei de sine [114].

Psihanalistul francez R. Roussillon subliniază că un părinte care a dezvoltat o fantasmă, influențată de istoria sa infantilă și relațiile cu primele obiecte de atașament, își va manifesta această fantasmă în interacțiunile cu copilul, indicându-i astfel rolul pe care trebuie să-l joace conform scenariului fantasmatic. Părintele, înainte de toate, deține în mintea sa un concept al unui copil, o imagine care diferă de realitatea copilului efectiv [102].

Alt psihanalist francez, S. Lebovici, care împărtășește aceeași opinie asupra felului în care apare conceptul de copil în mintea părinților, susține că reprezentarea copilului în mintea părintelui poate lua patru forme și anume: copil imaginar, copil fantasmat, copil mitic și copil narcisic..

1. ***Copilul imaginar*** ilustrează aspirația mamei de a concepe, alimentându-i reveriile și gândurile latente preconștiente despre bebelușul viitor.
2. ***Copilul fantasmat*** reprezintă manifestarea conflictelor infantile reprimate ale mamei, în particular în cadrul complexului Oedip, simbolizând copilul pe care l-ar fi dorit de la tată.
3. ***Copilul mitic*** reflectă influențele culturale și mediatice, fiind încărcat cu referințe din aceste domenii.
4. ***Copilul narcisic*** personifică proiecțiile și dorințele narcisice ale părinților, fiind o extensie a propriei lor imagini și aspirații [73, p.76].

B. Robinson argumentează că, în viziunea părinților, copilul anticipat este inițial idealizat ca o extensie narcisică a propriei persoane. În acest rol, copilul devine un simbol al speranței și al aspirațiilor, reflectând normele și valorile grupului social din care părintele face parte. Mai mult, copilul este perceput ca un potențial mijloc de alinare sau vindecare a traumelor narcisice experimentate de părinte [99, p.303].

S. Freud interpretează dragostea părinților față de copil ca fiind o formă de reverie, o reactualizare a propriului lor narcisism abandonat anterior. Prin relația cu copilul, părintele încearcă

să retrăiască aspirațiile și dorințele nerealizate, proiectându-și speranțele și visurile pe copil. Freud susține că părinții își doresc ca copiii să fie feriți de suferințele și restricțiile pe care ei le-au întâmpinat, considerând astfel că iubirea părintească este o manifestare a narcisismului renăscut [48]. Teoria freudiană aduce în discuție modul în care părinții pot transfera propriile aspirații și neîmpliniri pe copii lor, privindu-i ca o extensie a propriului Eu și ca un mod prin care poate fi atinsă nemurirea simbolică.

Narcisismul părintelui ocupă un rol important în dezvoltarea sentimentului de identitate la copil. D. Winnicott subliniază că un părinte suficient de bun, cu un narcisism sănătos, este esențial pentru dezvoltarea unui ,,Sine adevărat" la copil [125, p.219]. Un astfel de părinte îi permite copilului să își exploreze și să își exprime individualitatea. În contrast, un părinte excesiv de narcisic poate utiliza copilul ca un instrument pentru promovarea propriei imagini. Această abordare părintească conduce la dezvoltarea unui sine deficitar și a unei identități false la copil, deoarece acesta devine mai mult o extensie pentru a satisface nevoile părintelui decât o entitate independentă [6, p.75].

D. Winnicott susține că un mediu de îngrijire insuficient poate duce la dezvoltarea unui ,,Sine fals" la copil, o formă de adaptare la un mediu imprevizibil sau haotic. Acest ,,Sine fals" ascunde ,,Sinele adevărat", care este asociat cu procesele primare și cu inconștientul, și care se manifestă prin creativitate și un sentiment autentic de existență. Acest ,,Sine adevărat" rămâne protejat de ,,Sinele fals" până când condițiile permit manifestarea liberă a autenticității individului [apud 1, p.354].

D. Stiemerling argumentează că un copil dezvoltă un ,,sine fals" atunci când este forțat, din cauza circumstanțelor, să trăiască într-un mod care nu este în conformitate cu adevărata sa esență. Această deformare se poate datora părinților care impun copilului un traseu de viață nerealist, transferându-și propriile identități sau dorințe asupra acestuia, în loc să permită exprimarea autentică a potențialului individual al copilului [113, p.95].

Patologia narcisică și relația acesteia cu parentalitatea

Psihiatrul și psihanalistul american G. Gabbard subliniază dificultatea de a distinge între narcisismul sănătos și cel patologic, în contextul unei culturi narcisice axate pe competiție și consum. În această cultură, exploatarea interpersonală, un criteriu cheie al tulburării narcisice, este adesea văzută ca adaptativă. Diferențierea între adaptare culturală și patologie narcisică devine astfel complicată. G. Gabbard sugerează că narcisismul patologic este mai bine evidențiat în calitatea relațiilor individului, unde lipsa empatiei și tendința de a trata pe ceilalți ca obiecte pentru beneficii personale ies în evidență [50,51]. Acest fenomen cultural poate influența modul în care părinții interacționează cu copiii lor și își îndeplinesc rolurile parentale.

L. Sperry, precum și M. Shoshani, identifică un continuum pentru personalitatea narcisică, variind de la un stil sănătos la o tulburare patologică [108,111]. Într-o formă sănătoasă, caracteristicile includ sensibilitate emoțională moderată la critici, abilități interpersonale perspicace, încredere în sine și autoconștientizare echilibrată, fără așteptări de privilegii speciale. În schimb, tulburarea de personalitate narcisică se manifestă prin reacții agresive la critici, exploatare în relații, grandiozitate, nevoia constantă de admirație, așteptări de privilegii, lipsa de empatie și invidie.

Când vorbim despre părinți narcisici, ne referim la indivizi cu o percepție distorsionată și vulnerabilă asupra propriei imagini, precum și o tendință excesivă de a se concentra pe sine. Conform lui N. McWilliams aceste personalități sunt centrate pe menținerea unei imagini de sine favorabile, bazându-se pe confirmările primite de la cei din jur [79, p.202]. Această dependență de validarea externă poate avea un impact profund asupra modului în care interacționează cu copiii lor, influențând adesea în mod negativ dezvoltarea autonomiei și a sentimentului de sine al acestora.

Atât C. Bollas, cât și J. André consideră că pentru persoana narcisică diferența este insuportabilă, fiind percepută ca o amenințare la adresa coeziunii sale psihice. În viziunea lor, narcisicul nu manifestă un interes autentic față de experiența subiectivă a celor din jur, întrucât aceasta nu îi confirmă propria imagine de sine [7,19].

În domeniul literaturii de specialitate, se identifică două abordări principale cu privire la narcisism, analizate prin prisma teoriilor dezvoltate de O. Kernberg și H. Kohut. Conform observațiilor lui G. Gabbard și Russel, O. Kernberg descrie un tip de personalitate narcisică de tip grandioasă și omnipotentă, în timp ce H. Kohut caracterizează un tip de personalitate vulnerabilă, depresivă și hipervigilentă [50,196]. Această diferențiere subliniază complexitatea și diversitatea narcisismului în cadrul studiilor psihologice contemporane.

O. Kernberg abordează narcisismul ca o manifestare a unei patologii profunde, punând accent pe tendințele agresive și defensive ale personalității narcisice. El consideră că narcisismul patologic se manifestă prin: imagine de sine exagerată, care reprima aspectele negative ale sinelui și distorsionează informațiile externe; aroganță; tendințe egocentrice și agresive; dorința intensă de a fi mereu în centrul atenției și relații bazate pe idealizare excesivă sau devalorizare. Din perspectiva lui Kernberg, părinții narcisici pot prezenta un eu grandios și o tendință de a idealiza și devaloriza relațiile, inclusiv pe cele cu copiii lor. Ei pot manifesta agresivitate și mecanisme de apărare precum negarea și proiecția, afectând dezvoltarea sănătoasă a copilului [63,64].

În contrast, H. Kohut interpretează narcisismul ca o fază normală a dezvoltării umane. El consideră că narcisismul patologic derivă din deficiențe în dezvoltarea sinelui, unde nevoile narcisice nu sunt satisfăcute adecvat în copilărie. Aceste personalități, spune H. Kohut, sunt sensibile la feedbackul social, se caracterizează prin inhibiție și timiditate, preferă să nu fie în centrul atenției și sunt hipervigilente la orice semn de desconsiderare sau critică, având sentimente de neputință și gol interior. Dar și în acest caz, părinții narcisici pot fi văzuți ca fiind incapabili să ofere empatia și sprijinul emoțional necesar pentru dezvoltarea unui sine sănătos la copil [67,68].

E. Brummelman și S. Hart demonstrează impactul negativ al părinților narcisici asupra stimei de sine a copiilor și dezvoltarea narcisismului la aceștia [134,158]. De exemplu, S. Hart explorează stilurile parentale narcisice și efectele lor asupra copiilor. În aceste contexte, copilul este adesea văzut ca o extensie a părintelui, cu puțină considerație pentru nevoile și individualitatea sa, ceea ce poate duce la dezvoltarea unor probleme emoționale și comportamentale pe termen lung [158].

H. Faimberg propune ideea că transmiterea intergenerațională din partea părinților către copii nu se axează întotdeauna pe conținuturi specifice, ci mai degrabă pe un mod narcisist de a aborda și rezolva conflictele interne. În esență, părinții își transmit copiilor abordările și strategiile narcisiste pe care le-au folosit pentru a gestiona propriile lor probleme psihologice [44, p.70].

În lucrarea lui D. M. Mahoney *„Narcissism, Parenting, Complex Trauma: The Emotional Consequences Created for Children by Narcissistic Parents”* , referindu-se la relația dintre narcisism, parenting și trauma complexă, autorii invocă consecințele emoționale pe termen lung dezvoltate de copiii părinților narcisici, accentuându-se impactul toxic și dăunător al acestui mediu asupra dezvoltării identității copiilor și a funcționării lor relaționale [175].

A. Rappoport introduce termenul de co-narcisism, definit ca adaptarea excesivă la comportamentul părinților narcisici. El descrie modul în care copiii co-narcisiști încearcă constant să mulțumească și să fie pe placul părinților lor, adesea ignorând propriile nevoi și dorințe. Această stare de lucruri poate determina probleme precum lipsa unei identități bine definite, dificultăți în relațiile interpersonale, frica de a fi asertiv și tendința de a se auto-culpabiliza [191], iar copiii sunt văzuți ca extensii ale propriei persoane pe care pot fi proiectate aspirații, dorințe și așteptări.

Mai mulți cercetători din domeniu, precum F. Dentale, M. Farzand, C. Hart, D. Mahoney, F. Jabeen, P.C. Racamier, M. Vignando, B. Bizumic ș.a., arată că părinții cu tendințe narcisice tind să își concentreze atenția asupra propriei persoane, exagerându-și realizările și căutând constant adulație. Această nevoie de aprobare și recunoaștere externă a părintelui poate conduce la o neglijare a

dezvoltării independenței și individualității copilului. Dinamica parentală de acest gen poate influența negativ dezvoltarea sănătoasă a copilului, afectând capacitatea acestuia de a-și forma o identitate proprie [96,143,146,150,158,163,175,195,207].

În concluzie, comportamentul părinților narcisici, care își controlează și impun așteptări asupra copiilor lor, poate avea un impact profund asupra dezvoltării emoționale și psihologice a acestora. Copiii învață să se conformeze și să-și valorifice abilitățile pentru a câștiga apreciere și iubire, adesea fără a simți că sunt iubiți sau valorizați pentru ceea ce sunt cu adevărat. Aceasta creează un ciclu de probleme legate de autenticitate, stimă de sine și relații interpersonale sănătoase.

1.3 Specificul comunicării narcisice în relația părinte-copil

Potrivit lui F. Palacio Espasa, asumarea parentalității implică o restructurare psihică profundă, parte din procesul de doliu de dezvoltare. Trecerea implică două mișcări esențiale: desprinderea de poziția de copil în raport cu propriii părinți și asumarea funcției parentale prin identificare cu aceștia. În acest parcurs, adultul tinde să își transfere dorințele și nevoile infantile asupra nou-născutului, prin mecanisme de identificare proiectivă [186].

Identificarea proiectivă, în opinia mai multor psihanaliști, este un mecanism esențial în comunicarea dintre mamă și bebeluș, considerat a fi un precursor al empatiei [9,57,85,86,102]. C. Rycoft definește identificarea proiectivă în felul următor „procesul prin care o persoană se imaginează pe sine însăși înăuntrul unui obiect exterior sieși, astfel subiectul având iluzia controlului asupra obiectului ceea ce îi permite să-și nege lipsa de putere” [104, p.134]. Această dinamică joacă un rol crucial în dezvoltarea relației dintre părinte și copil.

Psihanalistul american T. Ogden descrie trei etape ale procesului de identificare proiectivă:

1. Etapa proiectivă – aceasta este caracterizată de dorința individului de a se elibera de anumite aspecte ale sinelui său, pe care le percepe ca fiind amenințătoare;
2. Etapa de inducție sau influență interacțională – în această fază, persoana care proiectează încearcă insistent să influențeze comportamentul interlocutorului său astfel încât să corespundă cu propria sa fantezie interioară. Acest lucru se realizează prin exercitarea unei presiuni comportamentale și interacționale asupra receptorului;
3. Etapa de introiecție sau identificare – în această ultimă fază, receptorul ajunge să se identifice cu proiecțiile care i-au fost induse, integrându-le în propria sa experiență și percepție de sine [86, p.21].

Aceste faze evidențiază complexitatea procesului de identificare proiectivă și impactul său asupra dinamicii relațiilor interpersonale.

F. Palacio Espaza argumentează că în relațiile dintre părinți și copii, identificările proiective sunt de obicei normale și structurale, contribuind la empatizarea cu nevoile bebelușului și la dezvoltarea psihologică favorabilă a copilului. Cu toate acestea, în practica clinică se observă că nu întotdeauna această dinamică este una sanogenă. Unii părinți, confruntându-se cu propriile lor dureri, frustrări și sentimente de abandon sau inferioritate, pot încerca să le rezolve prin intermediul copiilor lor. Palacio Espasa menționează că atunci când părinții nu pot recunoaște și accepta că experiențele lor din copilărie nu pot fi reînnoite sau recuperate, ei pot implica inconștient copiii într-un proces de modificare a unei realități inevitabile. Această problemă are tangențe semnificative cu ideea lui S. Freud despre transferul narcisismului parental către copii, creând astfel „scenarii narcisice ale parentalității", un concept elaborat de psihanaliștii J. Manzano, F. Palacio Espasa și N. Zilkha [76,186].

Conform autorilor acestui concept, scenariile narcisice parentale includ patru elemente cheie:

1. ***Proiecția*.** Părinții proiectează o parte din sine, fie direct, fie indirect prin intermediul unei imagini interne. Aceste proiecții sunt de natură narcisică.
2. ***Identificarea complementară***. Părinții se identifică cu o altă reprezentare internă, cum ar fi imaginea unui părinte ideal pe care și l-ar fi dorit. Acest scenariu implică o relație între diferite aspecte ale sinelui.
3. ***Scopul scenariului***. În toate cazurile, scopul este obținerea unei satisfacții narcisice. Pot exista și scopuri defensive, cum ar fi negarea unei pierderi, sau realizarea unei satisfacții libidinale.
4. ***Interacțiunea comportamentală***. Comportamentul părinților și al copiilor este rezultatul acestor proiecții și identificări. Faptul că scenariul se manifestă în realitate îi conferă o importanță majoră, depășind sfera imaginarului și devenind un simptom concret [76,176].

Scenariile narcisice parentale, prezente în toate relațiile părinte-copil, pot fi benefice sau pot deveni patologice. Acestea implică proiecția unei părți din sinele părintelui asupra copilului, fie direct, fie indirect. Copiii pot fie să accepte aceste proiecții și să se adapteze rolului impus, ceea ce poate duce la probleme psihice ulterioare, fie să le respingă, dorind să fie văzuți ca indivizi separați, ceea ce poate cauza decompensarea părinților [176].

Un aspect important în reglarea și diminuarea proiecțiilor îl constituie capacitatea părintelui de a face diferența dintre sine și celălalt, precum și de a înțelege propriile stări mintale și ale celuilalt.

În acest sens, dificultățile derivă din faptul că persoanele cu o funcționare narcisică au o slabă capacitate de a face această diferență [137,156,170]. Incapacitatea părintelui de înțelege propriile stări mentale și pe cele ale copilului conduc la o slabă diferențiere, precum și la neglijarea nevoilor narcisice ale copilului, plasându-le pe ale sale ca fiind primordiale.

Teoria minții este o abilitate cognitivă de a atribui, explica și prezice comportamentul celorlalți indivizi, cât și a propriei persoane, în termeni de stări mentale. Prin termenul de stări mentale facem referire la credințe, intenții, dorințe și emoții. Această capacitate contribuie, de asemenea, la anticiparea și înțelegerea comportamentelor și acțiunilor altor persoane [130,155].

Cercetătorii J. Allen, P. Fonagy și A. Bateman, inspirați de domenii diverse precum psihologia dezvoltării, neuropsihologia, teoria atașamentului și teoria minții, și influențați de contribuțiile semnificative ale psihanaliștilor W. Bion, D. Winnicott, M. Klein și A. Freud, au elaborat și dezvoltat conceptul de mentalizare. Potrivit lor mentalizarea „se referă la acordarea de atenție stărilor mentale proprii și a celorlalți, alături de conștientizarea implicită sau explicită a faptului că aceste stări mentale sunt reprezentări ale realității din numeroasele perspective posibile” [5, p.60].

P. Fonagy și Luyten identifică patru dimensiuni esențiale ale mentalizării (fig. 1.2), bazându-se pe studii avansate în domeniul neuroimagisticii, dezvoltării sociale și cognitive, precum și pe baza unor analize euristice detaliate. Aceste dimensiuni reprezintă concepte esențiale în înțelegerea modului în care oamenii procesează și înțeleg stările mentale, atât ale lor, cât și ale altor persoane [153].

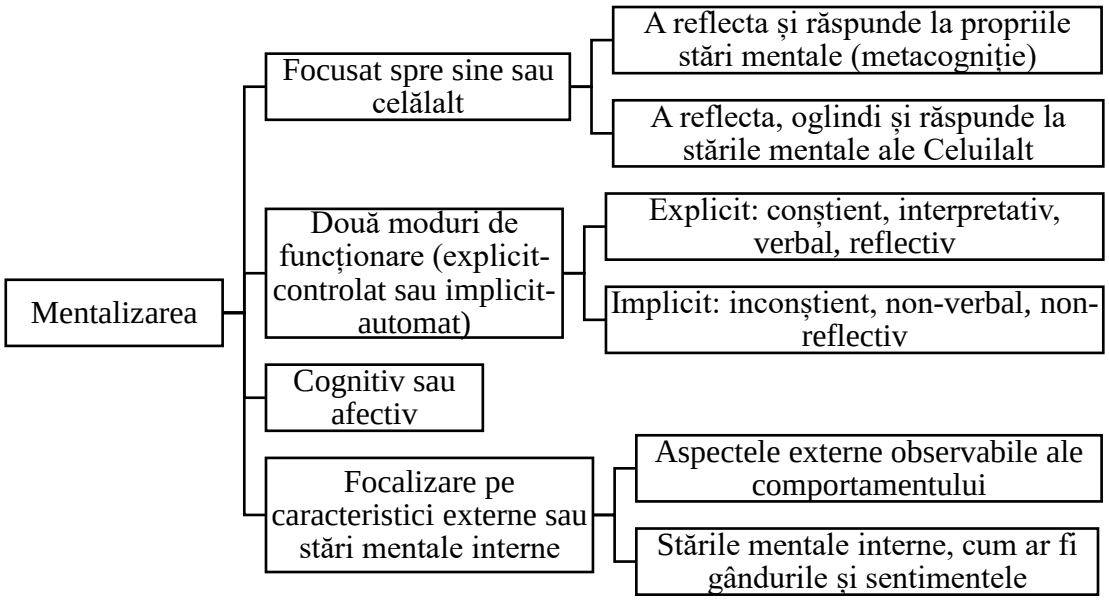


Figura 1.2 Dimensiunile mentalizării (după P. Fonagy și P. Luyten, anul 2009)

Etiologia capacității de mentalizare este complexă, îmbinând elemente genetice și de mediu. Această capacitate a evoluat pentru a facilita interpretarea rapidă și eficientă a comportamentelor altora în contexte variate. Dezvoltarea acestei abilități esențiale este profund influențată de experiențele noastre timpurii și de fondul genetic [167].

De asemenea, relațiile de atașament sunt vitale în dezvoltarea mentalizării, oferind copiilor un mediu propice pentru dezvoltarea inteligenței sociale și a reglării emoționale. Un atașament sigur întărește răspunsul hormonal (oxitocina) care accentuează sensibilitatea socială, esențială în relațiile mamă-copil [152,167].

Autori precum J. Allen, P. Fonagy, P. Luyten, M. Janczak, S. Kim susțin că capacitatea de a mentaliza se dezvoltă din experiențe interpersonale, cu accent pe relația mamă-copil. Lipsa unui îngrijitor empatic poate duce la deficiențe în dezvoltarea acestei abilități, crescând riscul de tulburări de personalitate, mai ales în contextul neglijării timpurii și al traumelor [5,153,165,167].

H. Steele și M. Steele au stabilit o corelație directă între competențele de mentalizare ale părinților și starea de bine psihologică a copiilor. Această aptitudine le permite părinților să descifreze și să reacționeze eficient la complexitățile emoționale ale copiilor, contribuind astfel la dezvoltarea lor emoțională. Un îngrijitor capabil de reflecție profundă asupra stărilor mentale ale copilului încurajează, la rândul său, dezvoltarea funcției reflexive a acestuia [199].

A. Cooper și S. Redfern subliniază importanța mentalizării de către părinte a stării mentale a copilului, evidențiind cum, prin comportamentul și modul de a comunica, părintele reflectă și validează experiențele emoționale ale copilului [35, p.29]. Această idee rezonează cu teoriile lui D. W. Winnicott, care accentuează rolul esențial al mamei ca „oglindă” în dezvoltarea sănătoasă a sinelui copilului. Winnicott susține că răspunsurile atente și reflectoare ale mamei față de nevoile și stările copilului sunt cruciale pentru ca acesta să dezvolte o imagine de sine coerentă și să înțeleagă propriile trăiri emoționale. În absența acestor condiții, copilul riscă să se confrunte cu dificultăți în recunoașterea și înțelegerea propriilor emoții și stări mentale [125].

Conform lui P. Fonagy, mentalizarea își are rădăcinile în funcția reflexivă a psihicului. Aceasta implică abilitatea de a te vedea pe tine însuți și pe ceilalți ca ființe cu o lume interioară complexă și bogată. Astfel, funcția reflexivă nu este doar o modalitate de auto-percepție și de înțelegere a altora, ci și un factor cheie în cultivarea relațiilor interpersonale sănătoase și echilibrate [5].

În concordanță cu aceste idei, E. Meins demonstrează cum acuratețea cu care părinții identifică și răspund la procesele mentale ale copilului influențează dezvoltarea funcției reflexive a acestuia.

Prin recunoașterea și articularea gândurilor și emoțiilor copilului, părinții pot facilita la copil o mai bună înțelegere de sine și a altora [178].

În contextul studiilor psihanalitice dedicate funcției reflexive, contribuțiile lui R. Roussilion și A. Ciccone reprezintă un punct de referință esențial. Acești teoreticieni francezi extind conceptualizarea funcției reflexive dincolo de simpla reflectare a stărilor mentale ale copilului, subliniind necesitatea unei transformări active din partea părintelui. Această transformare implică procesarea datelor senzoriale primare și a emoțiilor nefiltrate ale copilului într-un *modus operandi* gânditor și integrat. Referindu-se la teoriile lui W. Bion, aceștia explorează dinamica complexă a elementelor beta, funcția alfa și reveria maternă în cadrul procesului de mentalizare părinte-copil [102, p.108].

Dezvoltând conceptele lui W. Bion de elemente alfa, elemente beta și reverie ma„ternă, psihanalistul italian A. Ferro le transpune pe problematica relaționării părinte-copil. Acesta descrie elementele beta ca fiind date senzoriale brute, nestructurate, care se manifestă prin emoții primitive și nearticulate. În acest cadru teoretic, funcția alfa și reveria maternă sunt interpretate ca fiind capacități ale minții părintelui de a conține și de a transforma aceste stări mentale brute în ceva mai structurat și simbolic. Prin această metabolizare, funcția reflexivă a părintelui devine un instrument vital pentru dezvoltarea unei minți gânditoare la copil, facilitând astfel trecerea de la stări mentale brute la o gândire mai elaborată și conștientă [47].

Prin urmare, conceptualizările lui R. Roussilion și A. Ciccone, alături de interpretarea lui A. Ferro asupra lucrărilor lui W. Bion, oferă o perspectivă valoroasă asupra modului în care funcția reflexivă a părintelui joacă un rol crucial în modelarea experiențelor inițiale ale copilului și în dezvoltarea capacității acestuia de a procesa și a înțelege complexitățile emoționale și cognitive.

Continuând tema analizei funcției reflexive în contextul parental, D. Wallin adaugă o dimensiune nouă la înțelegerea acesteia prin identificarea a trei abilități cheie necesare părinților pentru a procesa eficient stările mentale ale copilului. Aceste abilități rezonează cu conceptele lui R. Roussilion, A. Ciccone și A. Ferro, expuse mai sus, extinzând înțelegerea noastră asupra complexității interacțiunii părinte-copil și asupra rolului esențial al părintelui în modelarea dezvoltării psihologice a copilului.

Abilitățile identificate de Wallin se referă la:

1. Înțelegerea cauzei distresului copilului – acest fapt implică recunoașterea și interpretarea corectă a surselor de disconfort ale copilului.

2. Gestionarea emoțiilor intense la copil – presupune abilitatea părintelui de a face față emoțiilor intense ale copilului și de a le alina, un aspect care este în strânsă legătură cu conceptul de reverie maternă descris de Bion, conform căruia părintele conține și prelucrează emoțiile copilului.
3. Recunoașterea minții copilului – implică capacitatea părintelui de a recunoaște și de a aprecia mintea copilului ca entitate separată, capabilă de gânduri și intenții proprii. [67, p. 73].

Capacitatea de mentalizare este un proces dinamic și dependent de context, nu o caracteristică statică. Aceasta variază în funcție de stările mentale și este susceptibilă să scadă în situații de stres semnificativ [60]. Conform cercetării realizat de T. Nolte și col. stresul legat de atașament influențează în mod unic cogniția socială și mentalizarea, afectând regiunile cerebrale asociate cu aceste procese. În situații de stres intens legate de atașament, oamenii pot experimenta o reducere a activării în regiuni cerebrale specifice, cum ar fi cortexul prefrontal medial și joncțiunea temporoparietală, care sunt implicate în mentalizare [184]

Funcția reflexivă și capacitatea de mentalizare sunt strâns legate de aspectele narcisice ale personalității umane și joacă un rol crucial în stabilirea unei baze narcisice în cursul dezvoltării copilului. Funcția reflexivă a părintelui, însoțită de abilitatea sa de a mentaliza, creează un mediu psihologic esențial în care narcisismul copilului are oportunitatea de a se dezvolta în mod sănătos. Prin capacitatea de a înțelege și de a se raporta la stările mentale ale copilului, părintele nu doar că răspunde nevoilor narcisice ale acestuia, dar, în același timp, facilitează dezvoltarea capacității copilului de a fi în legătură cu sine însuși și cu ceilalți. Aceasta duce la o diminuare a proiecțiilor excesive și creează suficient spațiu psihic pentru formarea și creșterea unei baze narcisice sănătoase în personalitatea copilului.

1.4 Clarificarea conceptului de nevroză

Termenul ,,nevroză" a fost introdus inițial de W. Cullen în 1769 pentru a descrie afecțiunile nervoase asociate cu perturbări ale personalității. Mai târziu, acest concept a fost dezvoltat de P. Pinel în 1785. În 1893, S. Freud a reluat termenul, folosindu-l pentru a indica o boală nervoasă a cărei simptomatologie reflectă un conflict psihic reprimat, având rădăcini în perioada copilăriei [101, p.635].

În *„Marele dicționar al psihologiei Larousse”* nevroza este definită ca fiind o „maladie mentală de care subiectul rămâne în mod dureros conștient și care, în ciuda tulburărilor permanente de personalitate pe care le poate determina, nu-i afectează profund funcțiile esențiale” [11, p.812].

În nosografia clasică, așa cum subliniază Ș. Ionescu și A. Blanchet, definiția tulburărilor nevrotice este conturată în mod vag și predominant prin negație, fiind percepută ca antiteza psihozelor:

- În cazul tulburărilor nevrotice, capacitatea de adaptare la realitate este relativ intactă, la fel ca și sentimentul de identitate personală;
- Persoana cu tulburare nevrotică își recunoaște simptomele: conștientizează aspectul patologic al acestora și adesea se plânge de simptomele respective [61, p.173].

Psihiatrul român F. Tudose caracterizează nevrozele ca fiind o categorie de tulburări determinate psihogen, profund integrate în contextul biografic unic al fiecărui individ. Acestea se manifestă printr-un set de simptome care se dezvoltă treptat și subtil, având o severitate general moderată. Anxietatea, creșterea susceptibilității la iritare și perturbările funcțiilor fiziologice fundamentale constituie pilonii centrali în definirea nevrozei [118].

Psihanalistul francez A. Ferrant critică utilizarea ambiguă a termenului nevroză în limbajul psihopatologic. Acesta subliniază faptul că numeroase tipuri de comportamente sunt etichetate incorect ca nevrotice, deși nu prezintă trăsături specifice nevrozelor. El evidențiază necesitatea unei distincții clare între ,nevrozele în sensul freudian, referindu-se la psihonevrozele de apărare, și alte manifestări psihopatologice etichetate ca nevrotice, care adesea relevă moduri de funcționare psihică marcate de aspecte narcisice și de identitate [102, p.455].

Dintr-o perspectivă psihanalitică, simptomul nevrotic este considerat de diverși autorin ca fiind o formațiune de compromis între mecanismele defensive și pulsiunile individului. Mecanismele defensive sunt concepute pentru a proteja Eul de anxietatea provocată de conflictele inconștiente, fie că acestea sunt rezultatul tensiunilor dintre pulsiuni contradictorii, fie că derivă din confruntarea între pulsiunile individului și exigențele Supraeului. În acest context, simptomele nevrotice sunt interpretate ca având o funcție adaptativă de compromis, menită să protejeze Eul prin prevenirea penetrării în conștiință a unor reprezentări sau afecte considerate inacceptabile, care ar putea genera anxietate [22,33,46,71].

În contextul polemicilor despre dinamica nevrozei și rolul mecanismelor de apărare, refularea apare ca un concept central în teoria psihanalitică, fiind considerată esențială în formarea și manifestarea simptomelor nevrotice. Refularea este descrisă ca procesul prin care conținuturile psihice

conflictuale, precum gânduri, amintiri sau fantasme legate de pulsiuni, sunt împiedicate să acceseze conștiința. Aceste conținuturi rămân active în inconștient, devenind sursă de tensiune psihică fără a fi direct accesibile individului. Caracteristica distinctivă a refulării este că, deși blochează accesul la reprezentare, nu neutralizează afectul asociat; acesta poate să se manifeste sub formă mascată în simptome nevrotice [33,62,71].

N. McWilliams propune o distincție clinică relevantă între nevroza simptomatică și caracterul nevrotic (tabelul 1.1). Prima se referă la apariția unor simptome tranzitorii, declanșate de factori de stres sau conflicte contextuale, fără a reflecta structura de personalitate. În schimb, caracterul nevrotic implică trăsături de personalitate persistente, precum perfecționismul, anxietatea anticipativă sau dificultățile relaționale cronice, care influențează constant modul de funcționare psihologică al individului [79, p.53].

Tabelul 1.1 Diagnostic diferențial dintre nevroza simptomatică și caracterul nevrotic/tulburări de personalitate (*după N. McWilliams, 2011/2014*)

Nevroză simptomatică	**Caracter nevrotic/tulburări de personalitate**
Individul își poate reaminti, mai mult sau mai puțin, un factor precipitant al tulburării	Individul nu-și poate aminti nici un factor precipitant al tulburării
Prezența unei stări de anxietate, specifică simptomelor nevrotice	Prezența unei deteriorări generale a stării psihoemoționale
Simptomele sunt egodistonice, individul le vede ca fiind problematice și irațională	Simptomele sunt egosintone, reprezintă singurul mod prin care individul crede că poate reacționa la întâmplările obișnuite ale vieții
Prezența ,,eului observator” – capacitatea de a-și evalua obiectiv problemele	Absența ,,eului observator” - individul este incapabil să evalueze și conștientizeze problemele

O. Kernberg identifică trei nivele structurale majore ale personalității: nevrotic, borderline și psihotic, fiecare reflectând un mod specific de organizare a funcționării psihice. Organizarea nevrotică, considerată cea mai adaptativă, se caracterizează prin testarea realității intactă, o imagine de sine și a celorlalți coerentă, precum și utilizarea predominantă a mecanismelor de apărare mature.

Persoanele cu acest profil structural demonstrează conștiință de sine, stabilitate internă, capacitate de relaționare empatică și o evaluare relativ obiectivă a propriei persoane și a celor din jur [64].

Așa cum au remarcat mai mulți psihanaliști [46,71,77,102], în cazul copiilor, conceptul de organizare nevrotică a personalității este adesea înlocuit cu cel de funcționare simptomatică. Motivul fundamental pentru această distincție rezidă în faptul că personalitatea copilului nu este complet dezvoltată. Din acest motiv, o structură nevrotică deplină, cu toate complexitățile sale, nu poate fi atribuită unui copil, acesta aflându-se într-un proces continuu de dezvoltare, în care își formează treptat identitatea și mecanismele de apărare.

Pe de altă parte, evidențele clinice relevă că copii pot manifesta tendințe neurotice. În timp ce nevroza se referă la o disfuncție psihopatologică legată de structura personalității, neuroticismul este caracterizat ca o trăsătură de personalitate care nu prezintă aceeași influență negativă asupra funcționării cotidiene. Prezența neuroticismului ca trăsătură de personalitate în rândul copiilor deține o relevanță particulară, influențând modul în care aceștia interacționează cu mediul lor, își reglează emoțiile și abordează diversele provocări [127].

Neuroticismul este un trăsătură de personalitate caracterizată prin instabilitate emoțională, iritabilitate, anxietate, îndoială de sine, depresie și alte sentimente negative. Ca și alte trăsături de personalitate, neuroticismul există pe un continuum. Copiii cu un nivel ridicat de neuroticism pot fi mai sensibili la stres și mai predispuși să experimenteze emoții negative cum ar fi anxietatea și tristețea. Această sensibilitate crescută nu înseamnă neapărat că vor dezvolta o nevroză, dar indică o vulnerabilitate la a fi afectați de mediu într-un mod mai intens [209].

Pornind de la aceste considerații teoretice și clinice, în cadrul prezentei cercetări propunem utilizarea termenului de *stare nevrotică* pentru a desemna o configurație psihică tranzitorie sau persistentă, observabilă la copii, care include manifestări simptomatice specifice nevrozei, dar fără a presupune însă existența unei structuri de personalitate complet dezvoltate.

Astfel, definim *starea nevrotică* la copil ca fiind o modalitate particulară și complexă de funcționare psihică, în care dimensiunile emoționale și trăsăturile emergente de personalitate influențează semnificativ felul în care copilul percepe, procesează și integrează atât experiențele sale interne, cât și relațiile interpersonale. Această configurație psihică reflectă o autopercepție marcată de conflicte intrapsihice, o imagine de sine fragilă și trăiri afective intense, precum anxietatea, rușinea și vinovăția. Totodată, relațiile interpersonale sunt interpretate printr-o prismă defensivă, ceilalți fiind percepuți frecvent ca fiind critici, intruzivi sau imprevizibili. În același timp, percepția distorsionată

favorizează apariția unor stiluri relaționale ambivalente, manifestate prin comportamente precum dependența emoțională, evitarea sau hiperadaptarea.

În mod operațional, termenul *stări nevrotice* face referire la un ansamblu de manifestări clinice precum anxietatea de separare, anxietatea generalizată, fobiile specifice, anxietatea socială, tulburarea obsesiv-compulsivă și depresia. Conceptul este utilizat într-o manieră integrativă, prin articularea criteriilor de diagnostic clinic cu perspectivele fenomenologice și psihodinamice asupra funcționării psihice la copil.

1.5 Fenomenologia și etiologia stărilor nevrotice la copil

În ultimele decenii, în domeniul psihopatologiei copilului s-a stabilit că cele mai frecvente tulburări nevrotice sunt: anxietatea de separare; tulburările anxios-fobice; anxietatea socială; tulburarea obsesiv-compulsivă; stările depresive [40,122].

După cum constată mai mulți specialiști, anxietatea este prezentă în toate tulburările nevrotice, fie direct exprimată prin simptome, fie mascată de apărări [22,46,48,49,62,71]. Aceasta este definită ca fiind un sentiment de amenințare nefondat în mod obiectiv. În același timp, s-a stabilit că deseori anxietatea are o valoare de mobilizare creatoare și nu devine patologică decât în cazurile în care mecanismele de apărare îl implică pe subiect într-un pattern nevrotic repetitiv.

Studiile de specialitate relevă că tulburările de anxietate sunt frecvente în copilărie, rata de prevalență fiind estimată la 5-13% [122,136,190,200]. Aceste afecțiuni sunt caracterizate prin îngrijorare cronică, care pe plan comportamental se manifestă prin fugă și evitare, pe plan cognitiv - prin aprecieri negative cu privire la propria persoană, iar pe plan fiziologic prin respirație accelerată, tahicardie, tensiune musculară etc. [122].

Psihiatrul și psihanalistul francez D. Marcelli descrie anxietatea ca pe un sentiment pervaziv de temere nejustificată, sugerând că copilul anxios experimentează constant frica de un eveniment nefast iminent. Stare de anxietate la copil se exprimă prin mai multe dimensiuni: o neliniște accentuată față de viitor, caracterizată prin teama de evenimente negative care ar putea afecta propria persoană sau pe cei dragi; un spectru emoțional care oscilează între iritabilitate, furie și tendințe opoziționiste; o autopercepție marcată de neîncredere și frica de eșec; și, nu în ultimul rând, o predispoziție către gânduri depresive, manifestate prin sentimente de devalorizare, rușine și culpabilitate [77, p.350].

O formă specifică de tulburare anxioasă, cu o prevalență ridicată la vârsta copilăriei, este anxietatea de separare, care se numără printre cele mai comune forme ale anxietății în rândul copiilor, reprezentând diagnosticul principal pentru aproximativ 33% din populația copiilor anxioși. Această

condiție se caracterizează prin dorința intensă a copilului de a rămâne în preajma persoanei care îi oferă îngrijire, subliniind o dependență emoțională și o teamă profundă de separare de aceasta [119, p.187].

Psihiatra română I. Dobrescu evidențiază o serie de simptome specifice anxietății de separare la copii, incluzând îngrijorarea excesivă la anticiparea despărțirii de părinte, reacții emoționale intense precum plânsul sau țipătul, apatie, perturbări ale somnului manifestate prin coșmaruri și pavor nocturn, diverse plângeri somatice, și persistența gândurilor că părinții ar putea suferi accidente sau alte evenimente nefaste. Aceste manifestări subliniază adâncimea impactului emoțional al anxietății de separare asupra copiilor [40].

DSM-5-TR definește tulburarea de anxietate de separare printr-un ansamblu de manifestări persistente și disproporționate față de vârsta dezvoltării, centrate pe separarea de figurile de atașament. Printre criteriile esențiale se numără: teama intensă de pierdere a persoanelor apropiate, refuzul de a merge la școală sau de a rămâne singur, dificultăți de somn și coșmaruri cu tematică de separare, precum și simptome somatice recurente în contextul anticipării despărțirii. Aceste manifestări trebuie să fie prezente timp de cel puțin patru săptămâni la copii și adolescenți, provocând un nivel semnificativ de distres și afectare funcțională [8, p.218].

Conform lui F. Golu, există o corelație semnificativă între anxietatea de separare și fobia școlară, fenomen observabil predominant la copii între 8 și 14 ani. Această condiție afectează între 2-5% din populația școlară, manifestându-se preponderent pe un fond emoțional caracterizat prin fragilitate și vulnerabilitate [52, p.155].

Alte tulburări nevrotice întâlnite la copii și adulți sunt sindroamele anxio-fobice: atacurile de panică, anxietatea generalizată, fobiile [61].

Atacul de panică se caracterizează printr-o apariție bruscă a unei stări intense de disconfort sau amenințare, manifestată prin simptome precum cefalee, palpitații, tremur, senzația de sufocare și transpirație. Deși individul recunoaște lipsa de fundament a acestei anxietăți, această conștientizare nu aduce alinare, ci poate intensifica anxietatea, creând un cerc vicios ce poate duce la depersonalizare. Crizele de panică sunt repetitive și imprevizibile, fără un declanșator specific. Deși atacurile de panică au fost considerate rare la copii și adolescenți, prevalența lor în eșantioanele comunitare variază între 0,5% și 5,0%, iar în clinicile pedopsihiatrice de la 0,2% la 10% [145]

Anxietatea generalizată se caracterizează prin îngrijorare excesivă și incontrolabilă față de diverse evenimente, fiind însoțită de simptome fizice cum ar fi dureri de cap, tensiune musculară,

neliniște, tulburări gastrointestinale și palpitații cardiace. Aceste simptome generează un disconfort semnificativ și interferează cu funcționarea socială, emoțională și educațională. Prevalența anxietății generalizate este de peste 10% la copii și adolescenți, debutând în medie la vârsta de 8,5 ani și fiind mai frecvent raportată la fete. Condițiile comorbide comune asociate anxietății generalizate includ tulburarea de anxietate de separare și fobia socială [166].

Fobia specifică este o tulburare de anxietate care, în cazul copiilor, se manifestă printr-o teamă intensă, persistentă și disproporționată față de un obiect sau o situație particulară. Această reacție poate conduce la evitări marcate sau suferință acută în contact cu stimulul fobic. Diagnosticul se stabilește dacă simptomele persistă timp de cel puțin șase luni. Printre temerile frecvente se numără cele legate de animale, fenomene naturale, intervenții medicale, întuneric sau stimuli senzoriali specifici, precum zgomotele puternice [8, p.224].

Prevalența fobiilor specifice la copii variază în funcție de studiile realizate, grupurile de vârstă evaluate și metodologiile de cercetare utilizate. Cu toate acestea, literatura de specialitate sugerează că fobiile specifice sunt printre cele mai comune tulburări de anxietate în rândul copiilor și adolescenților. Se estimează că aproximativ 5-7,9% dintre copii se confruntă cu fobii specifice, aceasta fiind una dintre cele mai întâlnite forme de tulburări de anxietate în perioada copilărie [168,180].

Anxietatea socială/fobia socială la copii se manifestă printr-o teamă intensă și persistentă față de situațiile în care pot fi evaluați de către ceilalți, temându-se că vor fi judecați negativ sau ridiculizați. Această anxietate afectează activitățile de grup, vorbitul în public sau interacțiunile cu persoane necunoscute. Comportamentul evitant poate conduce la izolare și dificultăți școlare. Reacțiile somatice – precum tremurături, greață sau blocaje verbale – sunt frecvente în contexte sociale. Pentru diagnostic, simptomele trebuie să dureze cel puțin șase luni și să producă o afectare semnificativă a funcționării zilnice [8, p.230].

Studiile indică faptul că ratele de prevalență pentru tulburarea de anxietate socială în copilărie variază între 3% și 6,8% în eșantioanele de îngrijire primară pediatrică și între 0,5% și 9,0% în studiile comunitare, cu procentaje ușor mai ridicate pentru adolescenți (între 12 și 17 ani). Variația ratelor de prevalență poate fi explicată prin factori metodologici, inclusiv diferite instrumente de diagnosticare, cadre temporale etc [161].

Tulburarea obsesiv-compulsivă este întâlnită la aproximativ 1-4% dintre copii, manifestându-se printr-o serie de gânduri obsesive recurente și comportamente compulsive care intervin cel puțin o

oră pe zi, perturbând activitățile zilnice ale individului. Obsesiile reprezintă idei fixe, adesea îngrijorătoare, care domină mintea persoanei, provocând disconfort și anxietate semnificativă. În încercarea de a alina aceste stări, persoana poate recurge la diverse ritualuri sau compulsii, deși lupta cu anxietatea poate varia în intensitate. Conștienți de lipsa de temei a gândurilor și acțiunilor lor obsesive, indivizii se străduiesc să le reziste, dar, de multe ori, se găsesc în situația de a ceda în fața lor [182].

Conform lui L. Wilmshurst, copiii diagnosticați cu tulburare obsesiv-compulsivă pot experimenta o intensificare a ritualurilor și compulsiilor lor odată cu înaintarea în vârstă. Aceste manifestări se pot diversifica în patru categorii principale: temeri legate de contaminare, care adesea duc la spălarea excesivă a mâinilor; o preocupare constantă pentru siguranță; o nevoie stringentă de ordine și simetrie, manifestată prin ritualuri de numărare sau atingere [122, p.125]

În cadrul literaturii de specialitate psihologică, tulburările depresive sunt recunoscute ca fiind unele dintre cele mai prevalente forme de patologie nevrotică. Caracterizate printr-o perturbare semnificativă a tonului afectiv, aceste tulburări se manifestă prin predominanța tristeții profunde, suferință psihică și o scădere notabilă a dinamicii psihomotorii. În plus, tulburările depresive sunt frecvent asociate cu stări de anxietate [11].

L. Vera atrage atenția asupra dificultăților de diagnostic în cazul depresiei la copii, întrucât aceștia nu își exprimă întotdeauna în mod direct tristețea. Simptomele apar adesea sub forme mascate, aparent fără legătură cu starea afectivă reală. Printre manifestările indirecte se numără comportamente impulsive, dificultăți școlare, absenteism, fobii, tulburări somatice, dispoziție diminuată sau chiar conduite riscante, precum piromania. Acest tablou simptomatic atipic complică identificarea timpurie a depresiei și evidențiază nevoia unei evaluări clinice aprofundate [119, p.294].

S. Farca evidențiază o perspectivă profundă asupra manifestărilor depresiei în rândul copiilor, evidențiind manifestări atipice precum accidente frecvente, pierderi de obiecte, deficit de atenție și pierderea interesului pentru sine și pentru activitățile plăcute anterior. Un aspect central al analizei sale este apatia profundă, adesea confundată cu lenea, pe care o interpretează drept un indicator grav al afectării vitale. În această formă de depresie, copilul nu mai poate mobiliza resurse pentru a răspunde cerințelor cotidiene, resimțindu-le ca poveri insuportabile, ceea ce duce la retragere și la un sentiment cronic de lipsă de speranță [45, p.339].

Conform DSM-5-TR, diagnosticul de tulburare depresivă majoră la copii necesită prezența unor simptome semnificative, aproape zilnic, timp de cel puțin două săptămâni, marcând o schimbare

față de nivelul anterior de funcționare. Manifestările pot include dispoziție depresivă sau iritabilitate, pierderea interesului pentru activitățile uzuale, tulburări de somn și apetit, agitație sau lentoare psihomotorie, oboseală, sentimente de inutilitate sau vinovăție, dificultăți de concentrare și, în cazuri severe, idei suicidare. Simptomele trebuie analizate în contextul dezvoltării copilului, având în vedere tendința acestora de a se exprima prin comportamente indirecte sau somatizări. [8, p.184].

Etiologia stărilor nevrotice la copii, adolescenți și adulți este explicată printr-o varietate de modele teoretice, care implică factori psihologici, biologici și relaționali. Literatura de specialitate indică faptul că, în cazul copilului, interacțiunea dintre predispozițiile temperamentale, vulnerabilitățile biologice și dinamica relațională precoce poate favoriza apariția simptomatologiei nevrotice. În cele ce urmează, vor fi prezentate pe scurt principalele teorii explicative, urmând ca, din perspectiva psihanalitică, să fie aprofundată relevanța relației părinte–copil în constituirea stărilor nevrotice.

În abordarea behavioristă, depresia este conceptualizată pornind de la premisa rolului determinant al mediului extern în configurarea comportamentului uman. Această paradigmă tratează comportamentele umane, inclusiv stările nevrotice, ca rezultat al istoricului de întăriri și pedepse experimentate de individ. Din perspectiva teoriei comportamentale, nevroza apare ca un produs al întăririlor, accentul fiind pus pe legătura dintre un anumit comportament și urmările sale [119,122].

În aceeași ordine de idei, H. Eysenck, J. H. Masermann și J. Wolpe consideră nevroza un produs al unei interacțiuni între secvențe de stimuli și răspunsuri. Din această perspectivă, stările nevrotice sunt văzute ca modele de comportament învățate și, din diverse motive, maladaptive. Conform acestei abordări, nevroza nu este privită ca având o entitate proprie, independentă de manifestările sale simptomatice, așa cum sugerează teoriile psihanalitice [apud 11,apud 77].

Perspectiva cognitiv-comportamentală explică stările nevrotice prin examinarea interacțiunii dintre gânduri și comportamente. Această abordare se concentrează pe modul în care presupunerile eronate pot influența percepția de sine, starea psihoemoțională, atribuirile personale și relațiile interpersonale. Conform acestei teorii, credințele greșite ale indivizilor (atât adulți, cât și copii) pot genera comportamente maladaptative, cum ar fi agresivitatea, depresia, anxietatea etc. Respectiv, teoria cognitiv-comportamentală propune două ipoteze principale referitoare la nevroze:

1. Multe probleme psihologice sunt rezultatul unor procese de învățare specifică, sugerând că tulburările se dezvoltă în prezența unor condiții favorabile apariției comportamentelor patologice.

2. Conduita psihopatologică este menținută de factori cauzali persistenți care împiedică remisia tulburărilor [119].

Teoriile biologice subliniază rolul central al interacțiunii dintre predispozițiile genetice, procesele biochimice și particularitățile neuroanatomice în etiologia tulburărilor psihice. Conform datelor actuale din neuroimagistică și neuroștiințe, stările nevrotice pot fi înțelese ca expresii ale unor dezechilibre neurochimice și/sau ale unor modificări structurale la nivel cerebral. Totodată, aceste stări reflectă o interacțiune complexă între arhitectura cerebrală, funcționarea rețelelor neuronale și influențele mediului, în special cele care acționează în perioadele critice de dezvoltare [61,118,128,185].

Factorii temperamentali, cu o bază neurobiologică evidentă, constituie un element esențial al personalității și pot influența semnificativ vulnerabilitatea copilului la stări nevrotice. A. Thomas și S. Chess au identificat trei tipuri temperamentale principale la sugari:

- **Temperamentul facil,** asociat cu adaptabilitate crescută, reacții pozitive la schimbări și stabilitate fiziologică;
- **Temperamentul dificil,** caracterizat prin reacții intense, negativism față de noutate și ritmuri biologice neregulate;
- **Temperamentul lent adaptabil**, marcat de retragere în fața stimulilor noi, activitate scăzută și o adaptare treptată la mediu [apud 74, p.30].

Psihanaliza consideră că spațiul familial este esențial în formarea individului ca subiect social și al inconștientului. Elementele psihice umane sunt văzute ca având rădăcini adânci în istorie și în contextul familial, subliniind importanța relațiilor semnificative și a influenței generațiilor anterioare. Această perspectivă subliniază că originea trăsăturilor adultului și a dinamicilor sale interioare este de găsit în experiențele copilăriei, evidențiind legătura intrinsecă între simptome, conflicte interne și contextul familial [99].

Mai mulți psihanaliști, printre care O. Kernberg, D. Marcelli, N. McWilliams, R. Perron, M. Borelli, consideră că etiologia simptomelor psihopatologice poate fi clasificată în două faze distincte. Prima fază, cunoscută sub numele de perioada preoedipiană, pregenitală sau preverbală, este urmată de a doua fază, denumită perioada oedipiană. Analizele clinice efectuate de psihanaliști au evidențiat faptul că tulburările de tip borderline și psihozele își găsesc rădăcinile în etapa preoedipiană. Pe de altă parte, nevrozele sunt asociate cu perioada oedipiană. Această distincție subliniază importanța diferitelor etape de dezvoltare în înțelegerea și tratamentul afecțiunilor psihologice [64,77,79,92,93].

Structurile preoedipiene se disting prin lipsa unui Eu coeziv, întrucât procesul de diferențiere între sine și celălalt, interior și exterior, subiect și obiect, este doar parțial și fragil realizat. În contextul acestor structuri psihopatologice, predomină o profundă anxietate legată de diferențiere și de persecuție. Aceste stări sunt esențialmente definite de ceea ce psihanalista M. Klein a identificat ca fiind poziția paranoid-schizoidă. Conform viziunii sale, aceasta constituie prima funcționare a dezvoltării psihice, cuprinzând primele 4-6 luni de viață, și se caracterizează prin anxietăți persecutorii variate, inclusiv teama de separare, de moarte, de fragmentare, printre altele. Mecanismele de apărare predominante mobilizate împotriva acestor anxietăți cuprind clivajul, idealizarea, negația și identificarea proiectivă. Poziția paranoid-schizoidă este tipică pentru indivizii care manifestă tulburări de tip borderline sau psihoze, subliniind o etapă critică în înțelegerea dinamicii lor interioare și a vulnerabilității lor psihologice [57,58,84].

În cadrul psihanalizei kleiniene, se consideră că stările nevrotice sunt intrinsec legate de poziția depresivă, o fază distinctă marcând o evoluție semnificativă în dezvoltarea psihică. Această poziție este caracterizată prin prevalența sentimentelor de vinovăție și anxietate asociate cu teama de pierdere a obiectului iubit. În cadrul poziției depresive, obiectul este perceput ca fiind întreg, iar Eul devine capabil să stabilească distincții clare între sine și obiect, precum și între lumea interioară și cea exterioară. Această capacitate de diferențiere reflectă o integrare mai avansată a Eului, care, la rândul său, îi permite să recurgă la mecanisme de apărare mai sofisticate, precum refularea [57].

Psihanalistul american T. Ogden subliniază că poziția paranoid-schizoidă și poziția depresivă, concepte fundamentale în psihanaliza kleiniană, nu trebuie înțelese exclusiv ca etape succesive în dezvoltarea psihică, ci ca moduri prin care individul generează și interpretează experiența sa. Aceste două poziții interacționează într-o relație dialectică, sugerând o dinamică continuă în care subiectul se raportează la sine și la lumea exterioară [85].

R. Roussillon extinde această perspectivă, argumentând că aceste poziții reprezintă, de fapt, atitudini fundamentale ale Eului față de obiectele sale de atașament. El le consideră fundamentale în configurarea diverselor contexte psihopatologice, fie că este vorba de nevroze, stări borderline sau psihoze. Această viziune subliniază profunzimea și complexitatea angajamentului psihic în procesele de reprezentare simbolică și managementul conflictelor interioare [102, p.326].

Teoria psihanalitică elaborată de S. Freud identifică originea stărilor nevrotice în nerezolvarea adecvată a conflictelor asociate cu Complexul Oedip. Acest complex este conceput ca o reprezentare inconștientă, care se manifestă prin fanatasme a copilului de relație privilegiată cu părintele de sex

opus și sentimente de rivalitate sau ostilitate față de părintele de același sex. Este important de menționat că dinamica oedipiană poate fi și inversată, unde copilul manifestă o afecțiune puternică față de părintele de același sex, în timp ce resimte ostilitate față de părintele de sex opus. Punctul culminant al Complexului Oedip se situează în intervalul de vârstă 3-5 ani, corespunzător fazei falice de dezvoltare. Procesul de declin al acestui complex semnalează tranziția copilului către perioada de latență, etapă caracterizată printr-o atenuare a interesului sexual și o concentrare asupra dezvoltării sociale, intelectuale și emoționale [93].

În contextul acestei teorii, cazul „Micul Hans" reprezintă o ilustrare a complexului Oedip și a stărilor nevrotice la copil, de asemenea, acesta constituie și primul tratament psihanalitic al unui copil. Analizat de S. Freud, cazul descrie fricile și fanteziile unui băiat în vârstă de cinci ani, cunoscut sub numele de „Micul Hans", care dezvoltă o fobie de cai. Freud interpretează această fobie ca un substitut pentru teama băiatului de tatăl său, o manifestare a complexului Oedip. Conform interpretării freudiene, Hans simțea o atracție inconștientă față de mama sa și considera că tatăl său este un rival pentru afecțiunea mamei. Fobia de cai a fost analizată ca o proiecție a temerilor și dorințelor lui Hans legate de tatăl său, în special frica de castrare simbolică de către acesta, un element central în teoria complexului Oedip [49,94].

Continuând această perspectivă, stările nevrotice ale copilului, exemplificate prin cazul „Micul Hans", subliniază conflictul dintre dorințele infantile inconștiente și limitele impuse de societate și percepute de copil [72, p.247]. În acest cadru, angoasele nevrotice, interpretate ca angoase de castrare, devin un simptom central al luptei interioare, reflectând temerile de pierdere, de rivalitate și de pedeapsă pentru dorințele interzise. Prin urmare, legătura dintre cazul „Micul Hans" și teoria mai largă a stărilor nevrotice la copil evidențiază o înțelegere cuprinzătoare a dinamicii complexe între dorințele inconștiente, interdicțiile exterioare, fantasmele de pedeapsă și manifestările nevrotice, toate înrădăcinate în structura oedipiană a psihicului.

Interpretarea lui H. Loewald asupra complexului lui Oedip reprezintă o perspectivă nuanțată care mută accentul de la sublinierea de către Freud a dorințelor sexuale și agresive către lupta copilului pentru independență și dezvoltarea individualității. Această viziune situează conflictul oedipian în contextul procesului de dezvoltare, evidențiind transformarea de la dependență la autonomie [apud 87, p.172].

Psihanalistul american de origine indiană S. Akhtar subliniază că anxietatea la persoanele nevrotice este declanșată de situații sau fantezii specifice, percepute ca periculoase. Acestea includ:

1. Pierderea obiectului iubirii, care se referă la teama intensă de a pierde persoana sau obiectul față de care individul nutrește sentimente puternice de atașament.
2. Pierderea iubirii din partea obiectului iubit, o frică profundă legată de posibilitatea de a nu mai fi iubit sau apreciat de persoana față de care se simte o puternică afecțiune.
3. Castrarea falică, care simbolizează temeri legate de pierderea puterii, virilității sau competenței, adesea interpretată în termeni simbolici ca o amenințare la adresa integrității corporale sau a identității sexuale.
4. Condamnarea morală internă, care derivă din conflictele interioare și din sentimentul de vinovăție generat de gândurile, dorințele sau acțiunile care contravin propriilor standarde morale sau valorile internalizate [3, p.20].

Starea emoțională și psihologică a copilului este profund influențată de legăturile sale cu primele figuri importante din viața sa. Conform perspectivei psihanalitice, este vital pentru creșterea echilibrată a copilului să aibă un contact sănătos și constructiv cu figura maternă, și prin extensie, cu alte persoane semnificative. Această relație, cultivată prin interacțiuni care includ elemente comportamentale, emoționale și imaginative, stă la baza dezvoltării lumii interioare a copilului. Prin aceste interacțiuni, copilul își formează capacitatea de gândire, de a imagina și de a crea fantezii, precum și modul în care se percepe pe sine și pe ceilalți. Acest proces este esențial nu doar pentru dezvoltarea cognitivă și emoțională, ci și pentru formarea unui simț sănătos al identității și a relațiilor interpersonale. Astfel, calitatea și natura acestor prime relații au un impact decisiv asupra sănătății psiho-emoționale și a parcursului dezvoltării personale ale copilului.

Distinsul psihanalist și etolog J. Bowlby, a evidențiat impactul semnificativ al relațiilor timpurii de atașament asupra dezvoltării psihologice pe tot parcursul vieții individului, postulând că fundamentul funcționării psihologice ale persoanei se construiește pe baza relațiilor de atașament formate în copilărie [20,21]. În articolul său, „*The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character*”, J. Bowlby pune accent pe rolul crucial al experiențelor din copilăria timpurie, subliniind în special importanța calității relației dintre mamă și copil. Bowlby dezvăluie modul în care relațiile perturbate sau negative din primele stadii ale vieții pot avea ca rezultat retragerea emoțională, problemele de comportament și dezvoltarea trăsăturilor nevrotice [133].

Teoria atașamentului descrie patru tipuri fundamentale de relaționare afectivă între copil și figura primară de îngrijire:

- ***Atașamentul securizant*** se dezvoltă în contexte relaționale stabile, în care copilul beneficiază de răspunsuri sensibile și consecvente. Acești copii explorează activ mediul și caută sprijin emoțional în momente de stres.
- ***Atașamentul evitant*** se caracterizează prin aparentă indiferență față de separare, în spatele căreia se află un nivel crescut de stres fiziologic. Este asociat cu părinți respingători sau insensibili față de nevoile de apropiere ale copilului.
- ***Atașamentul anxios (ambivalent)*** implică dependență excesivă și dificultăți de reglare emoțională. Copiii devin foarte anxioși în absența mamei, fără a se liniști la întoarcerea acesteia, fiind crescuți de părinți imprevizibili emoțional.
- ***Atașamentul dezorganizat*** reflectă o relație paradoxală, în care figura de atașament este simultan o sursă de siguranță și de teamă. Comportamentele copilului sunt adesea haotice sau contradictorii, frecvent în contextul unor părinți anxioși, imprevizibili, intruzivi sau abuzivi [36, p.32].

Potrivit lui D. J. Wallin atașamentul dezorganizat în perioada copilăriei s-a dovedit a fi un factor de risc semnificativ pentru dezvoltarea organizării borderline. Atașamentul evitant a fost corelat cu probleme obsesionale, narcisice și schizoide. Iar atașamentul ambivalent a fost asociat cu tulburările nevrotice, cu dificultăți isterice sau histrionice [121, p.42].

Psihanalistul englez R. Fairbairn a subliniat că motivația esențială a ființei umane nu este impulsul sexual, ci nevoia de conexiune și legătură afectivă, mai ales cu figura maternă. Modelul său de dezvoltare a personalității accentuează importanța atașamentului inițial mamă-copil, unde calitatea acestei prime relații influențează decisiv dezvoltarea personalității. R. Fairbairn a remarcat că trauma majoră pentru un copil este sentimentul de a nu fi iubit, subliniind că este crucial nu doar ca acesta să se simtă iubit, ci și ca iubirea sa să fie recunoscută ca fiind valoroasă. Contrar căutării plăcerii sau reducerii tensiunii, el a văzut forța motivațională în dorința de conexiune și interacțiune. Personalitatea, conform lui, este formată din amintiri ale interacțiunilor cu figurile de atașament [apud 81].

Observațiile lui R. Fairbairn au relevat că atașamentul și loialitatea față de părinții abuzivi nu se diminuează în absența plăcerii, ci, dimpotrivă, copiii pot dezvolta o predilecție pentru durere ca mijloc de conexiune, replicând astfel tiparele relaționale primare. Mai mult, R. Fairbairn, la fel ca D. Winnicott și J. Bowlby, a identificat o dependență absolută a copilului de figura maternă, indiferent de calitatea acesteia, sugestie care aduce în prim-plan vulnerabilitatea copilului în fața unor relații

parentale disfuncționale [apud 37, p.48]. Această dependență poate fi interpretată ca un factor etiologic în dezvoltarea stărilor nevrotice, având în vedere că incapacitatea copilului de a se detașa de un mediu abuziv sau neglijent favorizează internalizarea unor modele relaționale patologice.

În dezvoltarea stărilor nevrotice ale copilului, literatura de specialitate evidențiază rolul determinant al calității relației părinte-copil, precum și al fantasmelor copilului legate de această relație. Anxietatea nevrotică se structurează în jurul fricii inconștiente de a pierde obiectul iubit și de a fi pedepsit pentru fantasmele oedipiene. Pentru a diminua intensitatea acestor manifestări nevrotice, părintele trebuie să evite amplificarea fantasmelor de culpabilitate, omnipotență sau incestuale ale copilului și să ofere în mod ferm, dar non-abuziv, limite clare și interdicții structurante. Aceste interdicții facilitează internalizarea unor diferențe fundamentale pentru identitatea umană: diferențele dintre generații, sexe și registrele sexualității infantile și adulte.

1.6 Concluzii la capitolul 1

În urma analizei și sintezei literaturii de specialitate, au fost formulate următoarele concluzii:

1. Conceptul de narcisism a cunoscut o transformare semnificativă, trecând de la o viziune strict patologică, spre o abordare integrativă, în care narcisismul este considerat o dimensiune esențială a construcției identitare, care variază de la o formă sănătoasă, până la manifestări patologice.
2. În expresia sa sănătoasă, narcisismul reflectă capacitatea individului de a se valida, de a-și recunoaște propriile nevoi și de a menține o imagine de sine coerentă. Acest tip de narcisism susține încrederea în sine, autonomia și relațiile interpersonale echilibrate. În schimb, narcisismul patologic se organizează predominant în două forme: narcisismul grandios și narcisismul vulnerabil. Narcisismul grandios se exprimă printr-o atitudine de superioritate manifestă, nevoie excesivă de admirație, exploatarea relațiilor interpersonale și empatie diminuată. Pe de altă parte, narcisismul vulnerabil se caracterizează printr-o sensibilitate accentuată la critică, sentimente cronice de rușine, insecuritate, retragere socială și o preocupare intensă pentru imaginea de sine, adesea acompaniată de anxietate și depresie latentă. În ambele cazuri, narcisismul funcționează ca un mecanism defensiv rigid, menit să protejeze o imagine de sine fragilă, incoerentă și insuficient consolidată.
3. Dimensiunile narcisice desemnează aspecte psihodinamice ale personalității care influențează în mod semnificativ relația individului cu sine și cu ceilalți, reflectând procesele psihice

implicate în constituirea imaginii de sine, în menținerea coeziunii identitare și în reglarea stimei de sine.

4. Pentru formarea unui narcisism sănătos, este necesară prezența activă, empatică și constantă a unei figuri parentale, care să faciliteze trecerea progresivă a copilului de la dependența spre autonomie. Părintele vine în această relație cu o structură narcisică deja formată, în timp ce copilul se află într-un proces de edificare a sinelui. Calitatea acestei interacțiuni depinde de capacitatea părintelui de a-și pune în slujba dezvoltării copilului propriile resurse narcisice.
5. Capacitatea de mentalizare reprezintă funcția psihică prin care individul interpretează propriile acțiuni și pe ale celorlalți ca fiind motivate de stări mentale – emoții, dorințe, intenții, credințe – atât în mod conștient, cât și inconștient. În contextul parental, această capacitate susține funcții esențiale precum conținerea, oglindirea și validarea trăirilor copilului. Prin aceasta, părintele oferă copilului o bază sigură pentru organizarea unei imagini de sine coerente și pentru dezvoltarea unui atașament securizant, favorizând totodată dezvoltarea unor mecanisme sănătoase de reglare emoțională.
6. Starea nevrotică la copil reprezintă o modalitate particulară și complexă de funcționare psihică, în care dimensiunile emoționale și trăsăturile emergente de personalitate influențează semnificativ felul în care copilul percepe, procesează și integrează atât experiențele sale interne, cât și relațiile interpersonale. Această configurație psihică reflectă o autopercepție marcată de conflicte intrapsihice, o imagine de sine fragilă și trăiri afective intense, precum anxietatea, rușinea și vinovăția. Totodată, relațiile interpersonale sunt interpretate printr-o prismă defensivă, ceilalți fiind percepuți frecvent ca fiind critici, intruzivi sau imprevizibili.
7. În mod operațional, termenul stări nevrotice face referire la un ansamblu de manifestări clinice precum anxietatea de separare, anxietatea generalizată, anxietatea socială, atacurile de panică, tulburarea obsesiv-compulsivă și depresia. În cadrul cercetării noastre, conceptul este utilizat într-o manieră integrativă, prin articularea criteriilor de diagnostic clinic cu perspectivele fenomenologice și psihodinamice asupra funcționării psihice la copil.
8. Din punct de vedere etiologic, stările nevrotice pot fi înțelese ca expresie a două tipuri de conflict: conflictul oedipian (dintre dorințe inconștiente și interdicțiile realității externe) și conflictul narcisic (dintre nevoia de fuziune și imperativul separării și individuării).

2. STUDIU EMPIRC PRIVIND DIMENSIUNILE NARCISICE ÎN RELAȚIA MAMĂ-COPIL CU STĂRI NEVROTICE

2.1 Design-ul demersului psihodiagnostic

Capitolul de față se axează pe o analiză aprofundată, atât cantitativă, cât și calitativă, a dimensiunilor narcisice manifestate în dinamica relației dintre mamă și copil, în cazul copiilor afectați de stări nevrotice. Această secțiune a studiului valorifică cadrul teoretic expus în capitolul 1 al lucrării, integrând totodată metode de psihodiagnostic riguroase, cu scopul de a investiga și de a înțelege mai nuanțat și mai aprofundat complexitatea acestei interacțiuni.

Scopul demersului empiric constă în analiza aprofundată a relației dintre dimensiunile narcisice ale mamei și stările nevrotice ale copilului. Atingerea acestui scop al cercetării a presupus atât un demers cantitativ, cât și un demers calitativ.

Obiectivele cercetării de constatare sunt următoarele:

1. Elaborarea unei strategii de psihodiagnostic pentru identificarea dimensiunilor narcisice în relația mamă-copil și a stărilor nevrotice la copil;
2. Evaluarea dimensiunilor narcisice, a nivelului de stimă de sine și a capacităților de mentalizare la mame, precum și evaluarea stărilor nevrotice în rândul copiilor;
3. Evaluarea relației dintre dimensiunile narcisice la mame și stările nevrotice la copil;
4. Identificarea și analiza dimensiunilor narcisice parentale proiectate asupra copilului.

În acord cu scopul și obiectivele cercetării, lansăm următoarea **ipoteză generală**:

- Presupunem că dimensiunile narcisice și capacitatea de mentalizare ale mamei corelează semnificativ cu starea psihoemoțională, implicit stările nevrotice, și trăsăturile de personalitate ale copilului.

Ipoteza generală a permis înaintarea următoarelor **ipoteze specifice:**

- Presupunem existența dimensiunilor narcisice parentale accentuate în cazul mamelor copiilor cu stări nevrotice;
- Presupunem existența corelațiilor între dimensiunile narcisice ale mamei și stările nevrotice ale copilului;
- Presupunem existența corelațiilor dintre dimensiunile narcisice ale mamei și factorii de personalitate ai copilului;

- Presupunem existența corelațiilor între capacitatea de mentalizare a mamei și prezența stărilor nevrotice la copil.

Subiecții cercetați: Elaborarea demersului de cercetare și implementarea acestuia a avut loc în perioada 2020–2023, în cadrul unui Centru Comunitar de Sănătate Mintală din orașul Chișinău. Grupul de studiu a constat din 50 de mame și 50 de copii (21 de fete și 29 de băieți). Participanții au fost recrutați pe baza următoarelor criterii: a) copii cu vârste între 8 și 11 ani, b) prezența unui diagnostic de tulburare anxios-depresivă, diagnosticat de către medicul psihiatru în conformitate cu criteriile ICD-10.

În plus, s-a documentat și statutul tatălui în cadrul fiecărei familii, relevându-se că, din totalul de subiecți, într-un singur caz figura paternală era absentă definitiv din cauza decesului, în 27 de cazuri tatăl era prezent, în 9 cazuri părinții erau separați, iar în 13 cazuri tatăl era absent temporar, fiind plecat peste hotare.

Pentru a investiga variabilele vizate în experimentul de constatare, am selectat o combinație de metode cantitative și calitative:

- metode empirice de colectare a datelor: RCADS 47 - Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000); Chestionar de personalitate pentru copii CPQ (R. B. Cattell & IPAT Staff, 1992); Inventarul narcisismului patologic (Aaron L. Pincus, Emily B. Ansell et al., 2009); Chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți (P. Luyten, L. C. Mayes, L. Nijssens & P. Fonagy, 2017); Scala Rosenberg (M. Rosenberg, 1965); Interviul semi-structurat cu răspunsuri libere (Anexa 7).
- metode statistico-matematice: analiza frecvențelor, compararea mediilor prin statistici descriptive, determinarea coeficienților de corelație Spearman, testul exact Fisher.
- analiza de conținut calitativă prin teoretizare, studiul de caz.

Metode de psihodiagnostic aplicate copiilor cu stări nevrotice implicați în cercetare

RCADS 47 - Scala Revizuită de Anxietate și Depresie pentru Copii (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000) (Anexa 1) este un instrument complex și detaliat, conceput pentru a evalua o gamă largă de simptome psihologice la copii și adolescenți cu vârste între 8 și 18 ani. Această scală cuprinde 47 de întrebări menite să identifice diverse tipuri de anxietate: anxietatea de separare, anxietatea generalizată, atacurile de panică, fobia socială, simptomele obsesiv-compulsive - precum

și prezența depresiei. Procedura de completare a RCADS este eficientă și accesibilă, durând aproximativ de la cinci până la zece minute [138].

Pentru a oferi o perspectivă holistică și complementară, există disponibilă și o versiune a chestionarului destinată părinților (Anexa 2), care include întrebări similare. Această abordare dublă îmbunătățește precizia în stabilirea diagnosticului, permițând clinicianului să obțină o înțelegere amplă a stării emoționale a copilului din perspectiva atât a copilului, cât și a părinților.

În plus, pentru a maximiza acuratețea răspunsurilor și pentru a asigura o înțelegere completă a fiecărui item de către respondenți, întrebările din chestionar pot fi administrate direct de către psiholog. Aceasta permite oportunitatea de a adresa întrebări suplimentare sau de a clarifica anumite aspecte, obținând astfel date mai detaliate și specifice despre experiențele și simptomele raportate.

Chestionarul de Personalitate pentru Copii (CPQ), dezvoltat de R. B. Cattell și colaboratorii în 1992 (Anexa 3), reprezintă o adaptare specifică pentru copii a renumitului chestionar 16PF Cattell destinat adulților. Acest instrument a fost conceput pentru a fi aplicat copiilor cu vârsta cuprinsă între 8 și 12 ani. CPQ explorează dimensiunile complexe ale personalității copilului, oferind, de asemenea, posibilitatea de a detecta structuri nevrotice ale personalității. Testul este structurat în 12 scale și are 60 itemi.

În ceea ce privește interpretarea datelor și elaborarea profilului psihologic al copilului, scorurile sunt evaluate astfel: scoruri între 1 și 3 sunt indicative pentru un nivel inferior al trăsăturilor măsurate; scoruri între 4 și 7 reflectă un nivel mediu; în timp ce scoruri între 8 și 10 sugerează un nivel înalt al caracteristicilor respective. Această structură permite o analiză profundă și nuanțată a personalității copilului, evidențiind particularitățile individuale.

Fiecare trăsătură de personalitate este evaluată prin prisma continuității unei calități specifice, fiind identificată prin existența a două variante opuse ai acestei continuități. Scalele testului sunt: Factorul A: Schizotimie vs. ciclotimie; Factorul B: Inteligenţa; Factorul C: Instabilitate emoţională vs. stabilitate emoţională; Factorul D: Indiferenţă vs. excitabilitate; Factorul E: Supunere vs. dominanţa; Factorul F: Îngrijorare vs. nepăsare, Factorul G: Supraeu slab vs. Forţa supraeului, Factorul H: Thredia vs. parmia; Factorul I: Harria vs. premsia; Factorul O: Încredere vs. tendinţă spre culpabilitate; Factorul Q3: Sentiment de sine slab vs. sentiment de sine puternic; şi Factorul Q4: Tensiune ergică slabă vs. tensiune ergică ridicată [97,189].

Metode de psihodiagnostic aplicate pe părinți:

Inventarul narcisismului patologic (PNI - Pathological Narcissism Inventory) *elaborat de Aaron L. Pincus, Emily B. Ansell et al. 2009 (anexa 4)*

PNI reprezintă un instrument de evaluare compus din 52 de întrebări, destinat măsurării a șapte dimensiuni specifice narcisismului patologic, conform descrierilor din literatura de specialitate din domeniile psihologiei clinice și sociale. Instrumentul este conceput pentru a aprecia atât aspectele narcisismului grandios, cât și pe cele ale narcisismului vulnerabil [187].

Prezentăm în continuare dimensiunile narcisice evaluate prin PNI:

Grandiozitatea narcisică este un mecanism complex de apărare care maschează o stimă de sine fragilă. Se manifestă prin reprimarea aspectelor negative ale sinelui și distorsionarea informațiilor externe, conducând la atitudini îndreptățite și o imagine de sine exagerată.

Dimensiunile narcisismului grandios măsurate de chestionarul PNI:

- Exploatarea - exprimă o orientare interpersonală manipulativă;
- Auto-sacrificarea - reflectă utilizarea deliberată a actelor altruiste pentru a menține o imagine de sine ridicată;
- Fanteziile grandioase - presupune implicarea în fantezii compensatorii de a câștiga succesul, admirația și recunoașterea.

Vulnerabilitatea narcisică implică o conștientizare dureroasă a propriei neputințe, a sentimentelor de gol interior, stimă de sine redusă și rușine profundă. Narcisistul vulnerabil percepe propria suferință ca un semn al unicității și superiorității sale, dar se retrage social din cauza sensibilității accentuate la critici și fricii de eșec.

Dimensiunile narcisismului vulnerabil măsurate de chestionarul PNI:

- Stima de sine instabilă - reflectă o experiență semnificativ fluctuantă a stimei de sine și a incapacității de autoreglare a stimei de sine în absența unor surse externe de admirație și recunoaștere;
- Ascunderea Sinelui/Self-ului - reflectă o reticență în a dezvălui și recunoaște în fața celorlalți a propriilor greșeli și nevoi;
- Devalorizarea - reflectă lipsa de interes față de persoanele care nu demonstrează admirația necesară;
- Furia narcisică - reflectă tendința de a reacționa cu furie atunci când așteptările și revendicările de drepturi speciale nu sunt îndeplinite.

Chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți (PRFQ - The Parental Reflective Functioning Questionnaire) elaborat de P. Luyten, L. C. Mayes, L. Nijssens & P. Fonagy în 2017 (*anexa 5*).

PRFQ este un chestionar constituit din 18 întrebări și are drept scop evaluarea funcției reflexive la părinți. Funcționarea reflexivă a părinților (PRF) se referă la capacitatea îngrijitorului de a reflecta asupra propriilor stări mentale interne, precum și la cele ale copilului. PRF joacă un rol cheie în promovarea capacității de mentalizare a copilului, care este importantă pentru dezvoltarea abilității de reglare a emoțiilor, a sentimentului de identitate și a relațiilor de atașament securizate. Chestionarul măsoară:

- Pre-mentalizarea: această scală evaluează tendința non-reflexivă a părintelui, atribuirea de trăsături negative copilului și incapacitatea de a înțelege realitatea psihică a acestuia.
- Nivelurile de certitudine cu privire la stările mentale: scorurile pot indica diverse tendințe, de la hipermentalizare intruzivă (prea multă certitudine) la hipomentalizare (lipsa completă de certitudine) cu privire la stările mentale ale copilului.
- Interes și curiozitate cu privire la stările mentale: această scală evaluează interesul și curiozitatea părintelui de a înțelege stările mentale ale copilului. Nivelurile scăzute indică indiferență, iar scorurile foarte mari pot sugera hipermentalizare intruzivă [173,174].

Scala Rosenberg (RSES - Rosenberg Self-Esteem Scale) a fost elaborata de M. Rosenberg în 1965 cu scopul măsurării stimei de sine (anexa 6). Scala include 10 itemi care măsoară gradul de acord sau dezacord, variind de la acord puternic (4 puncte) la dezacord puternic (1 punct), iar scorul total se calculează prin adunarea punctajelor obținute la toți cei 10 itemi [194].

Demersul calitativ de cercetare

Cercetarea noastră implică și o intervenție de natură calitativă asupra materialului empiric. Aplicarea unor metode calitative de cercetare a oferit posibilitatea studierii în profunzime a unor aspecte ale problematicii anunțate, care nu ar fi fost suficient clarificate doar prin aplicarea metodelor cantitative de cercetare. Respectiv, prin intervenția calitativă de cercetare am obținut o perspectivă mai complexă asupra fenomenului studiat, pe următoarele dimensiuni: 1) identificarea unor semnificații mai profunde asupra specificului relaționării mamă-copil; 2) identificarea unor reprezentări mai nuanțate asupra imaginii de sine și a imaginii celuilalt la mamele implicate în cercetare.

Materialul empiric utilizat în contextul demersului calitativ și metode de culegere a datelor

Materialul empiric prelucrat prin metode calitative de cercetare a fost constituit din textele interviurilor semistructurate realizate cu mamele implicate în cercetare. Interviul semi-structurat cu răspunsuri libere (*Anexa 7*) cuprinde un set de întrebări derivate din teorie, din cercetări anterioare și racordate la obiectivele cercetării. Interviul semi-structurat este folosit cel mai frecvent în cercetările socio-umane. Acest tip de interviu are la bază un ghid de interviu care îl ajută pe cercetător să conducă discuția într-o manieră flexibilă și semi-directivă, ceea ce îi permite în cadrul discuției să formuleze întrebări suplimentare pentru a clarifica anumite aspecte ce țin de obiectivele cercetării. Această metodă, de asemenea, permite stabilirea contactului cu subiectul și oferă un anumit grad de libertate în desfășurare.

În cadrul cercetării noastre întrebările din ghidul de interviu au fost formulate în baza concepțiilor lui J. Manzano, F. Palacio Espasa și N. Zilkha cu privire la scenariile narcisice parentale. Acest grup de cercetători a analizat în mod sistematic, în decursul a mai multor ani, materialul consultațiilor terapeutice realizate cu copiii ce manifestă stări nevrotice și cu familiile acestora, în baza acestui material empiric fiind elaborată o grilă de evaluare (*anexa 8*) a scenariilor narcisice parentale. Menționăm următorii factori esențiali, din ***grila de evaluare***, pentru identificarea scenariilor narcisice parentale:

- ***Proiecția predominantă a părinților*** asupra copilului, care este mai degrabă, în termeni fenomenologici, o identificare proiectivă. Reprezentarea de sine a părintelui este proiectată și investită narcisic. Această reprezentare de sine este proiectată fie direct (de exemplu, părintele care ar fi dorit să fie copilul ideal), fie indirect prin intermediul unei imaginii interne a unui obiect (de exemplu, imaginea părintelui decedat). Această imagine a obiectului intern este purtătoare unei reprezentări a sinelui ce fusese cândva proiectată asupra părintelui. Ambele proiecții sunt de natură narcisică.
- ***Contra-identificarea părinților*** se referă la faptul identificării părinților cu o altă reprezentare internă (exemplu: părintele se poate identifica cu un părinte ideal pe care ar fi dorit să-l aibă).
- ***Scopul proiecției*** integrează, în toate cazurile, realizarea unei satisfacții de natură narcisică. Însă pot să apară și scopuri de natură defensivă (de exemplu, refuzul unei pierderi) sau realizarea unei satisfacții libidinale obiectale (de exemplu, satisfacerea unor pulsiuni oedipiene deghizate) [76, p.14].

În baza acestui construct conceptual a fost elaborat ***ghidul de interviu*** (Anexa 7) care constă din 21 de întrebări care sunt adresate părinților. Întrebările din ghidul de interviu s-au referit la următoarele aspecte:

- Imaginea de sine a mamei în copilărie;
- Imaginea de sine a mamei ca părinte;
- Reprezentări ale mamei asupra propriilor părinți;
- Reprezentări ale mamei asupra propriului copil;
- Reprezentări ale mamei asupra copilului imaginat;
- Reprezentări ale mamei asupra sarcinii și asupra copilului real.

Descrierea cadrului interviurilor din cercetare. Interviurile au fost desfășurate între anii 2020 și 2023, în format față în față, în Centrul Comunitar de Sănătate Mintală din or. Chișinău. Fiecare întâlnire a avut o durată medie de aproximativ o oră. Discuțiile au avut loc într-un mediu liniștit și lipsit de întreruperi, care a permis o relaționare directă și confortabilă. Răspunsurile participantelor au fost consemnate în scris, pe parcursul interviului, pentru a păstra spontaneitatea și autenticitatea relatărilor. Transcrierea integrală a răspunsurilor este inclusă în anexa 12.

Metode de prelucrare a datelor

Pentru analiza datelor obținute în baza interviurilor a fost utilizată ***analiza de conținut***. Analiza de conținut, în varianta sa modernă, implică atât dimensiunea cantitativă, cât și cea calitativă, iar opțiunea pentru o formă sau alta a analizei de conținut va fi determinată de specificul cercetării, în acest sens M. Agabrian menționând că metodele de analiză utilizate trebuie să fie pertinente întrebărilor formulate la momentul demarării cercetării [2].

Analiza de conținut calitativă este concepută ca o metodă de cercetare ce implică mai multe etape. În aplicarea procedurii analizei de conținut prin teoretizare am respectat etapele expuse în literatura de specialitate [34], după cum urmează:

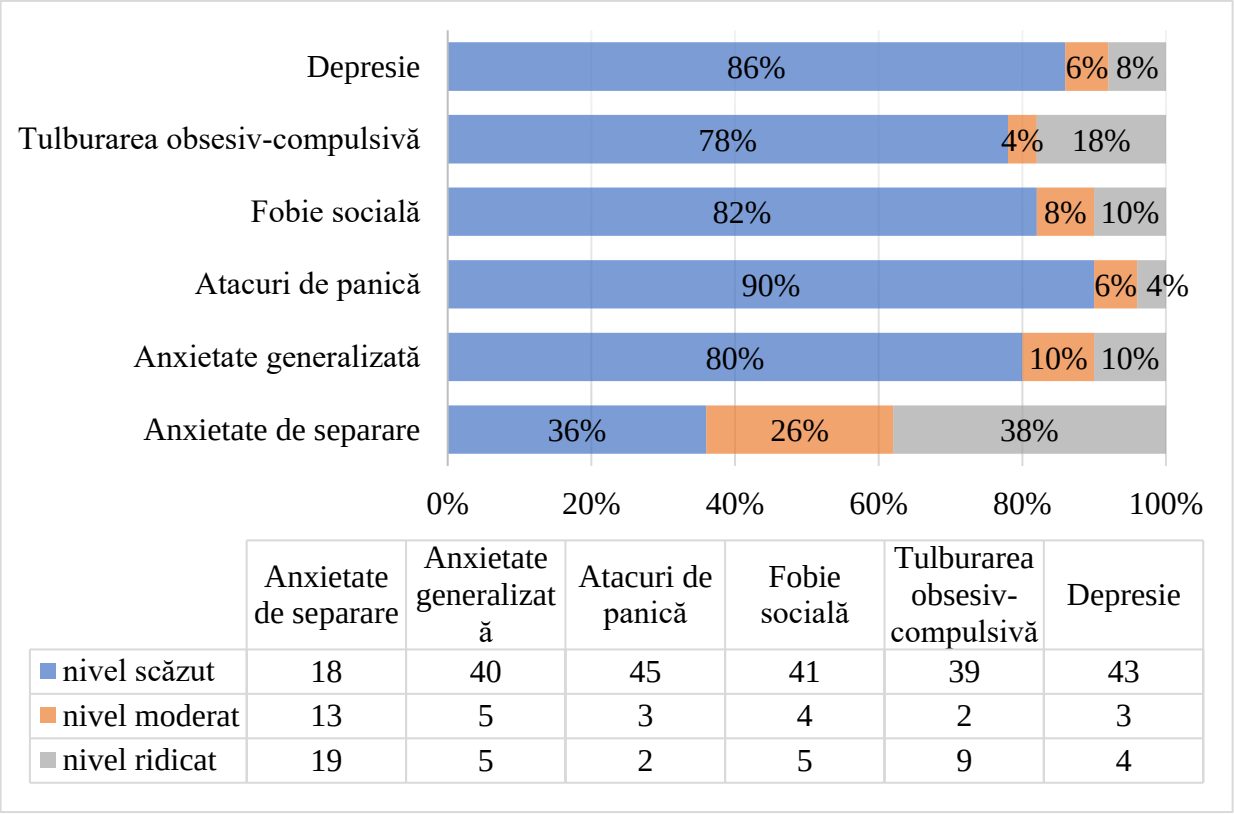
1) lectura flotantă a datelor incluse în cercetare;
2) codificarea și categorizarea;
3) elaborarea ipotezelor referitoare la relațiile dintre categorii;
4) elaborarea teoretizărilor asupra fenomenului studiat.

În continuare vom detalia cum s-au desfășurat etapele de analiză a datelor în cadrul cercetării noastre.

2.2 Prezentarea și interpretarea rezultatelor demersului cantitativ

În acest subcapitol este prezentată analiza și interpretarea cantitativă a rezultatelor obținute în urma aplicării metodelor psihometrice asupra copiilor și mamelor. Inițial, vor fi expuse rezultatele referitoare la copii, urmate de cele ale mamelor, respectând ordinea în care a fost desfășurat procesul de psihodiagnosticare.

În figura 2.1 prezentăm frecvențele stărilor nevrotice identificate la copii în urma aplicării chestionarului RCADS-47. Sunt ilustrate nivelurile scăzut, moderat și ridicat pentru fiecare categorie de tulburare: anxietate de separare, anxietate generalizată, atacuri de panică, fobie socială, tulburare obsesiv-compulsivă și depresie.



	Anxietate de separare	Anxietate generalizată	Atacuri de panică	Fobie socială	Tulburarea obsesiv-compulsivă	Depresie
nivel scăzut	18	40	45	41	39	43
nivel moderat	13	5	3	4	2	3
nivel ridicat	19	5	2	5	9	4

Figura 2.1 Stările nevrotice identificate la copii în urma aplicării chestionarului RCADS-47

În cadrul cercetării efectuate prin aplicarea chestionarului de anxietate și depresie pentru copii și adolescenți (RCADS-47), s-a constatat că 19 copii prezintă semne clinice de anxietate de separare, iar 13 manifestă niveluri moderate ale acestei tulburări (Figura 2.1). Această condiție se caracterizează printr-o gamă de simptome incluzând: preocupare excesivă și neliniște la anticiparea separării de figura parentală, exprimare vocală a neplăcerii prin plâns și țipăt, apatie, perturbări ale somnului manifestate prin insomnie sau teroare nocturnă, simptome somatice variate și prezența unor temeri

iraționale legate de securitatea părinților [40]. Aceste rezultate sunt în concordanță cu literatura de specialitate, care evidențiază faptul că perioada cuprinsă între 8 și 11 ani reprezintă o etapă de tranziție esențială între copilăria timpurie și preadolescență. În această fază de dezvoltare, copiii încep să își consolideze autonomia și să își extindă rețeaua socială dincolo de mediul familial, menținând, însă, o dependență emoțională semnificativă față de figurile de atașament [4,98].

De asemenea, s-a constatat că 5 copii prezintă tulburare de anxietate generalizată de nivel moderat, iar 5 copii manifestă un nivel ridicat al acestei tulburări (Figura 2.1). Tulburarea de anxietate generalizată se caracterizează printr-o stare persistentă de îngrijorare și se remarcă prin absența unei legături specifice cu un obiect sau o situație anume, menținându-se chiar și atunci când copilul recunoaște lipsa unei amenințări reale. Această condiție poate fi explicată prin interacțiunea complexă a factorilor genetici, de mediu și cognitivi. Copiii proveniți din familii cu antecedente de tulburări de anxietate sunt predispuși să dezvolte astfel de simptome, iar mediul familial, în special un stil parental hiperprotectiv și anxios, poate amplifica aceste tendințe, alimentând percepția copilului asupra lumii ca fiind nesigură. În plus, factorii cognitivi joacă un rol esențial, acești copii manifestând o tendință pronunțată de a interpreta situațiile ambigue ca fiind amenințătoare [147,166].

Analiza datelor a relevat că 9 copii prezintă un nivel ridicat, iar 2 un nivel moderat pe scala tulburării obsesiv-compulsive (Figura 2.1). Această tulburare este caracterizată de prezența persistentă a obsesiilor – gânduri, imagini sau impulsuri intruzive și nedorite, care generează anxietate intensă – și a compulsiilor, manifestate prin comportamente repetitive sau ritualuri mentale, menite să reducă anxietatea sau să prevină evenimentele percepute ca amenințătoare. Deși copiii pot conștientiza că aceste gânduri și comportamente sunt iraționale, ei se confruntă cu dificultăți semnificative în a rezista impulsului de a le efectua, perpetuând astfel ciclul obsesiv-compulsiv. Studiile realizate de E. Stewart și colaboratorii săi susțin faptul că mediile familiale caracterizate prin modele de comportament anxios sau ritualic, alături de experiențele de viață stresante trăite de copil, pot juca un rol semnificativ în inițierea și perpetuarea tulburării obsesiv-compulsive. În plus, cercetările acestora sugerează că disfuncțiile familiale, precum dificultățile de comunicare și rolurile dezechilibrate în familie, contribuie la menținerea și agravarea simptomatologiei [202].

Dintre copiii incluși în studiul nostru, 4 demonstrează semne ale unei fobii sociale de nivel moderat, iar 5 prezintă un nivel ridicat al acesteia, manifestând evitarea consistentă a situațiilor sociale în care există posibilitatea de a fi observați sau evaluați negativ de către ceilalți (Figura 2.1). Aceste

comportamente sunt adesea însoțite de o teamă profundă legată de eventuale acțiuni sau reacții care ar putea fi percepute ca umilitoare sau jenante.

Conform literaturii de specialitate, cauzele fobiei sociale pot fi multifactoriale, implicând atât factori genetici și de temperament, cât și influențe de mediu. De exemplu, un temperament inhibat în copilărie este considerat un factor de risc major, acesta fiind corelat cu dificultăți în interacțiunea socială și cu tendința de evitare a situațiilor percepute ca amenințătoare [161]. În plus, studiul lui C. Colonnesi și colaboratorii semnalează că dezvoltarea incompletă a capacității de mentalizare poate accentua vulnerabilitatea la anxietatea socială, deoarece copiii cu un nivel scăzut de mentalizare întâmpină dificultăți în a înțelege perspectivele celorlalți și în a anticipa adecvat reacțiile sociale [140].

Investigația a identificat, de asemenea, că 4 copii prezintă un nivel ridicat de depresie, iar 3 copii un nivel moderat. Este esențial de menționat că această condiție este dificil de diagnosticat în rândul copiilor, manifestările sale neconformându-se întotdeauna cu expresia tipică a tristeții observată la adulți. În schimb, simptomele observate includ comportamente riscante, scăderea performanței academice, absenteismul școlar, fobia școlară, diverse probleme de sănătate fizică, starea de dispoziție scăzută, o predispoziție crescută către accidente, fobii diverse și piromanie [77,122]. Etiologia depresiei la copii, așa cum este sugerată de N. Lima și colaboratorii, implică o interacțiune complexă între factori genetici, neurobiologici și psihosociali. De exemplu, copiii proveniți din familii cu un istoric de depresie sunt expuși unui risc crescut, atât din cauza predispoziției genetice, cât și a influențelor mediului familial stresant sau disfuncțional [172].

În cele din urmă, s-a constatat că 3 copii prezintă un nivel ridicat și 2 un nivel moderat de atacuri de panică (Figura 2.1), caracterizate de frică intensă, senzația de catastrofă iminentă și simptome fizice precum palpitații, tremurături și dificultăți de respirație. Cauza atacurilor de panică la copii este complexă, implicând interacțiuni între predispozițiile genetice, factorii de mediu și vulnerabilitățile psihologice [145,203].

Mediile scorurilor pentru stările nevrotice identificate la copii în urma aplicării chestionarului RCADS-47 sunt reprezentate în figura 2.2.

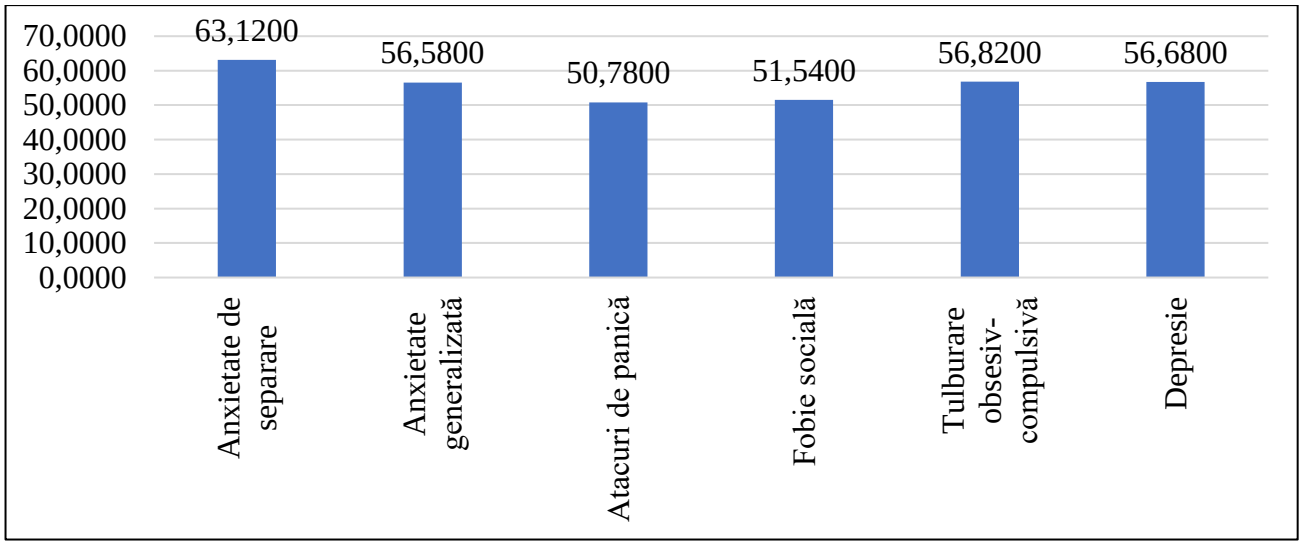


Figura 2.2 Mediile rezultatelor pentru stările nevrotice la copii în urma aplicării chestionarului RCADS-47

Analiza mediilor scorurilor obținute prin aplicarea chestionarului RCADS-47 (figura 2.2) evidențiază faptul că la subscala de anxietate de separare se înregistrează cea mai ridicată medie (63,12), urmată de tulburarea obsesiv-compulsivă (56,82) și depresie (56,68). De asemenea, nivelul anxietății generalizate (56,58) este comparabil cu cel al depresiei, în timp ce fobia socială și atacurile de panică prezintă valori mai reduse, de 51,54 și respectiv 50,78.

Rezultatele obținute indică o sensibilitate emoțională pronunțată în rândul copiilor incluși în studiu, o trăsătură ce poate fi amplificată și de complexitatea specifică etapei de dezvoltare corespunzătoare vârstei de 8-11 ani, caracterizată prin transformări semnificative în plan emoțional și social [52]. Această perioadă este marcată de un proces dual, în care copiii încearcă să-și revendice autonomia, dar rămân profund dependenți de sentimentul de securitate oferit de figurile de atașament primar, precum părinții. Tensiunile inerente tranziției dintre dependența și eforturile de independență generează adesea conflicte interne, pe fondul unei maturizări incomplete a capacităților de reglare emoțională și gestionare a stresului [98].

Potrivit lui D. Marcelii, în faza de latență, care corespunde vârstei de 7-11 ani, copilul cu stări nevrotice experimentează o stare persistentă de anxietate difuză, caracterizată prin anticiparea unei amenințări iminente nespecificate. Această stare de anxietate se manifestă prin multiple simptome:

- neliniște profundă legată de viitor, accentuată de temeri că evenimente negative ar putea afecta individul însuși sau pe cei apropiați.

- manifestări de iritabilitate, exprimări de furie și un comportament opoziționist, care reflectă o luptă internă cu sentimentele de insecuritate.
- încredere în sine scăzută, marcând teama persistentă de eșec, precum și o preocupare excesivă pentru acțiunile sau atitudinile din trecut, care poate duce la inhibiție comportamentală.
- gânduri de natură depresivă, exprimate prin tendințe de auto-devalorizare, sentimente de rușine și culpabilitate, care pot influența negativ percepția de sine și stima de sine a copilului [77].

Mediile scorurilor obținute pentru factorii de personalitate evaluați la copii prin aplicarea chestionarului CPQ sunt prezentate în figura 2.3.

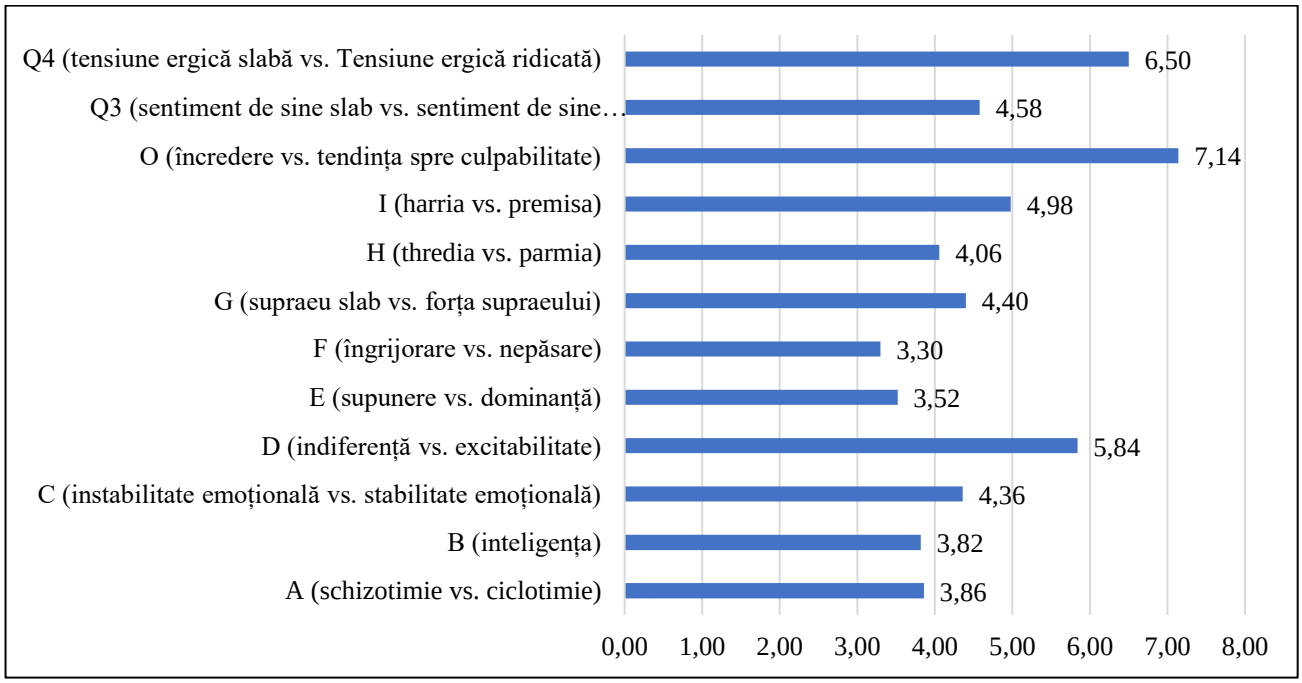


Figura 2.3. Mediile rezultatelor pentru factorii de personalitate la copii în baza aplicării chestionarul CPQ

Analiza rezultatelor obținute prin aplicarea chestionarului de personalitate CPQ pe grupul de copii cu manifestări nevrotice a dezvăluit o serie de trăsături de personalitate semnificative în contextul simptomatologiei lor (figura 2.3). Valorile scăzute identificate la factorii de personalitate E (cu o medie de 3,52) și F (cu o medie de 3,30) sugerează o predispoziție a acestor copii către dependența de adulți, conformism și o tendință de a se supune autorității. Aceste scoruri joase reflectă, de asemenea, o temere pronunțată față de viitor și eșec, o lipsă de încredere în propriile capacități și o prudență excesivă. Copiii caracterizați prin aceste trăsături tind să evite să atragă atenția asupra lor, manifestând sentimente de inferioritate și exprimându-se în mod nesigur și reticent.

Pe de altă parte, valorile ridicate la factorii de personalitate O (cu o medie de 7,14) și Q4 (cu o medie de 6,50) subliniază o tendință spre neliniște, agitație, sentimente de deprimare și culpabilitate, precum și resentimente și gânduri disfuncționale (figura 2.3). Copiii cu scoruri ridicate la acești factori pot experimenta dificultăți semnificative în situații de stres, simțindu-se adesea persecutați în grup și arătând dificultăți de integrare socială. De asemenea, scorurile ridicate la factorul Q4 evidențiază trăsături de încordare, frustrare, iritabilitate și surmenaj, indicând un nivel crescut de irascibilitate și agitație.

Corelațiile dintre stările nevrotice și factorii de personalitate evaluați la copii sunt reprezentate în tabelul 2.1.

Tabelul 2.1. Corelația dintre stările nevrotice și factorii de personalitate (Corelația Spearman)

Variabilele	**Coeficientul de corelație**	**Pragul de semnificație**
Anxietate de separare / Factorul O (încredere vs. tendința spre culpabilitate)	0,451	p=0,001
Anxietate de separare / Factorul Q4 (tensiune ergică slabă vs. tensiune ergică ridicată)	0,366	p=0,009
Anxietate generalizată / Factorul B (inteligența)	0,460	p=0,001
Fobia socială / Factorul E (supunere vs. dominanță)	-0,461	p=0,001
Tulburarea obsesiv-compulsivă / Factorul Q4 (tensiune ergică slabă vs. tensiune ergică ridicată)	-0,385	p=0,006
Depresia / Factorul A (schizotimie vs. ciclotimie)	-0,409	p=0,003
Depresia / Factorul B (inteligența)	-0,398	p=0,004
Depresia / Factorul D (indiferență vs. excitabilitate)	0,540	p=0,000

Analiza statistică evidențiază corelații pozitive semnificative între anxietatea de separare și factorii O (r=0,451; p=0,001) și Q4 (r =0,366; p=0,009), indicând o relație directă între nivelurile crescute de anxietate de separare și manifestări de neliniște, agitație, depresie și vinovăție, precum și tendințe spre gândire negativă și dificultăți de integrare socială. Aceste constatări subliniază impactul anxietății de separare asupra bunăstării emoționale și adaptării sociale.

Studiul indică o corelație semnificativă și direct proporțională (r=0,460; p=0,001) între anxietatea generalizată și factorul B de personalitate, evidențiind că nivelurile crescute de anxietate generalizată corespund cu un nivel intelectual superior, manifestat printr-o capacitate de gândire abstractă avansată, caracteristică factorului B de personalitate. Această asociere poate fi atribuită tendințelor de perfecționism observate frecvent în rândul copiilor cu anxietate generalizată, sugerând că dorința lor intensă de precizie și corectitudine poate stimula dezvoltarea unor abilități cognitive complexe.

Fobia socială corelează negativ cu factorul E de personalitate (r=-0,461; p=0,001). Acest rezultat sugerează că un grad mai înalt de fobie socială este asociat cu o scădere a încrederii în sine, o tendință mai accentuată spre a fi influențat de alții, conformism și o autonomie redusă în exprimarea opiniilor personale.

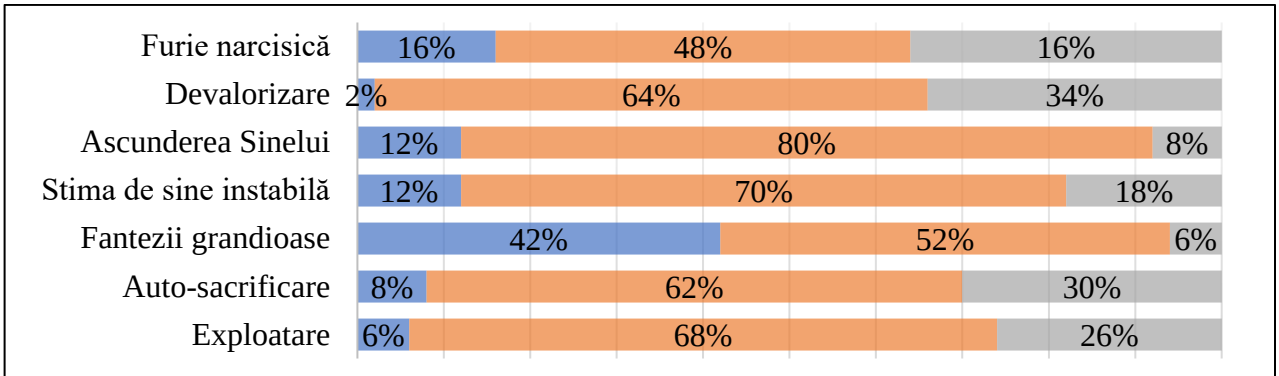
Tulburarea obsesiv-compulsivă corelează semnificativ negativ cu factorul Q4 (r=-0,385; p=0,006), ceea ce sugerează că copii cu această tulburare tind să aibă un nivel redus de tensiune ergică. Aceștia se caracterizează printr-un stil de funcționare interior controlat, autocenzură emoțională, un ritm de activitate meticulos, dar fără manifestări excesive de agitație. În loc să exprime direct stresul prin iritabilitate sau frustrare deschisă, aceștia gestionează anxietatea prin comportamente rigide și ritualizate, ceea ce poate contribui la o aparență de calm și reținere.

Analiza evidențiază corelații semnificative între depresie și factorii A și B de personalitate, indicând o asociere negativă (r = -0,409, p = 0,003 pentru factorul A; r = -0,398, p = 0,004 pentru factorul B). Aceste rezultate sugerează că depresia este asociată cu o capacitate redusă de adaptabilitate și trăsături specifice personalității schizotimice, caracterizate prin rezervă afectivă, detașare socială și o gândire predominant concretă, ceea ce poate limita flexibilitatea cognitivă și răspunsul emoțional la stimulii din mediu.

În contrast, depresia corelează pozitiv și semnificativ cu factorul D de personalitate (r = 0,540, p=0,000), evidențiind o legătură puternică între această tulburare și manifestări precum anhedonia,

pierderea interesului, sentimentul de inutilitate, iritabilitatea, excitabilitatea psihomotorie și dificultăți de concentrare.

Dimensiunile narcisice la mamele ai căror copii prezintă stări nevrotice sunt reprezentate în figura 2.4, care oferă o distribuție a frecvențelor pe trei niveluri de severitate: scăzut, moderat și sever.



	Exploatare	Auto-sacrificare	Fantezii grandioase	Stima de sine instabilă	Ascundere a Sinelui	Devalorizare	Furie narcisică
N. scăzut	3	4	21	6	6	1	8
N. moderat	34	31	26	35	40	32	24
N. sever	13	15	3	9	4	17	18

Figura 2.4. Frecvențele pentru dimensiunile narcisice la mamele ai căror copii prezintă stări nevrotice

În urma aplicării *Inventarului narcisismului patologic* (PNI) pe mamele ai căror copii suferă de stări nevrotice atestăm următoarele rezultate: 34 dintre participante demonstrează un nivel moderat de tendințe de „exploatare”, 13 exprimă tendințe severe, iar 3 afișează un nivel scăzut (figura 2.4). Tendință spre exploatare, manifestată în grade variate, reflectă o predispoziție spre manipularea celorlalți în beneficiul personal, aspect ce poate influența negativ relația cu propriul copil. Aceste deficite narcisice pot fi interpretate ca expresii ale unor dificultăți în dezvoltarea unui sine coeziv și un deficit al oglindirii adecvate în propriile relații primare, conform afirmațiilor lui H. Kohut și E. Wolf [169]. Comportamentul exploatativ poate servi ca mecanism de apărare pentru a compensa un sine fragil, iar copilul poate fi perceput ca o extensie a mamei, utilizat inconștient pentru validarea narcisică personală.

De asemenea, am constatat că 31 dintre mame arată o înclinație moderată spre „auto-sacrificare”, în timp ce 15 manifestă un nivel sever. Această dimensiune indică o tendință de a adopta

acțiuni excesiv de altruiste pentru a susține o imagine de sine favorabilă, ceea ce poate accentua sentimentele de vinovăție la copil, contribuind astfel la dezvoltarea și perpetuarea stărilor nevrotice. În același timp, conform perspectivei dezvoltate de R. B. Blass, auto-sacrificiul excesiv poate fi înțeles ca o expresie a compulsiei la repetiție, prin care individul încearcă, inconștient, să repare relațiile interne deteriorate și să evite confruntarea cu propriile impulsuri agresive sau narcisice [132]. Această dinamică poate duce la un cerc vicios în care copilul interiorizează un model relațional bazat pe culpabilitate și datorie, ceea ce poate limita dezvoltarea autonomiei sale emoționale și a capacității de a-și exprima propriile dorințe fără teama de a răni pe celălalt.

La scala privind fanteziile grandioase, 26 dintre mame prezintă niveluri moderate, 3 niveluri ridicate, iar 21 niveluri scăzute. Este important de menționat că fanteziile grandioase se manifestă prin implicarea în reverii compensatorii legate de succes și admirație, acestea fiind adesea proiectate asupra copilului și satisfăcute prin realizările sau comportamentul acestuia. Această dinamică ar putea crea o presiune asupra copilului de a răspunde cerințelor implicite și explicite ale mamei, generând sentimente de insuficiență sau vinovăție atunci când nu corespunde idealului dorit. Astfel, din perspectiva psihanalizei lacaniene, stările nevrotice ale copilului pot reflecta atât dificultatea de a se separa simbolic de dorința maternă, cât și imposibilitatea de a satisface pe deplin acest ideal [82, p.45].

Distribuția frecvențelor pe niveluri pentru stima de sine la mamele ai căror copii prezintă stări nevrotice este ilustrată în Figura 2.5.

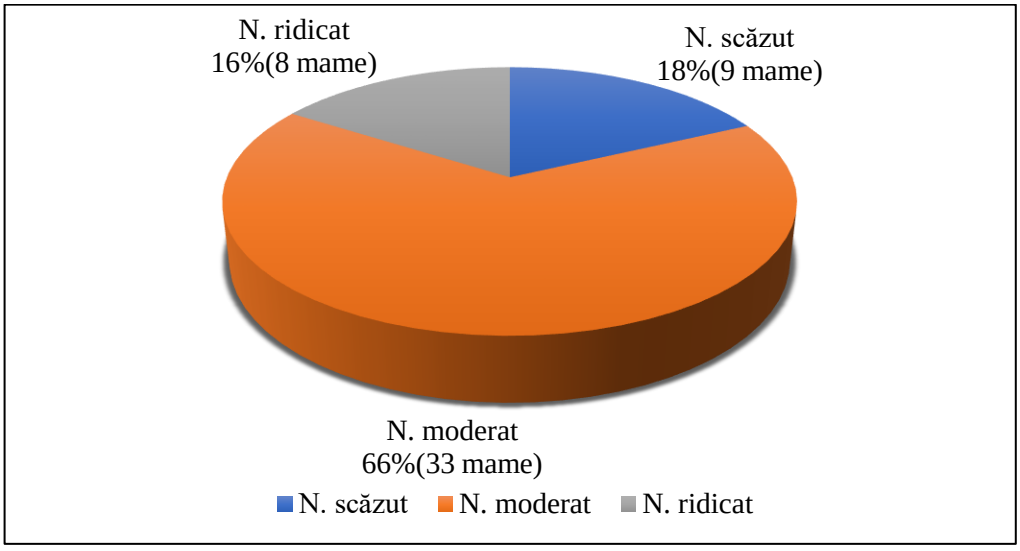


Figura 2.5. Frecvențele pe nivele pentru stima de sine la mamele ai căror copii prezintă stări nevrotice

Constatăm că 35 de mame prezintă o stimă de sine instabilă la nivel moderat, iar 9 mame la un nivel sever și 6 mame la un nivel scăzut (figura 2.4). Folosind Scala Rosenberg pentru autoevaluarea stimei de sine, am constatat că 33 mame prezintă niveluri moderate de stimă de sine, 9 mame niveluri scăzute, iar 8 mame niveluri ridicate (figura 2.5). Există o corelație negativă puternică (r=-0,534, p=0,000) între instabilitatea stimei de sine și nivelul acesteia, indicând că o stimă de sine mai instabilă corespunde cu niveluri mai scăzute de stimă de sine (tabelul 2.2). Acest fenomen reflectă fluctuații semnificative ale stimei de sine și dificultăți de autoreglare în absența validării externe.

Rezultatele analizei corelațiilor Spearman dintre dimensiunile narcisice și stima de sine la mame sunt prezentate în tabelul 2.2.

Tabelul 2.2. Corelația dintre dimensiune narcisice și stima de sine (Corelația Spearman)

Variabilele	Coeficientul de corelație	Pragul de semnificație
Stima de sine instabilă / Stima de sine	-0,534	p=0,000
Ascundere sinelui / Stima de sine	-0,588	p=0,000
Devalorizare / Stima de sine	-0,460	p=0,001

La dimensiunea „ascunderea sinelui”, 40 dintre mame prezintă niveluri moderate, iar 4 niveluri ridicate, ceea ce indică o reticență semnificativă în a-și recunoaște greșelile sau nevoile în fața altora. Această tendință poate fi interpretată ca un mecanism defensiv asociat vulnerabilității narcisice, unde păstrarea unei imagini ideale devine esențială pentru menținerea stimei de sine. Corelația inversă puternică între „ascunderea sinelui” și nivelul stimei de sine (r =-0,588, p=0,00) subliniază faptul că o stimă de sine mai scăzută este însoțită de o nevoie mai mare de a proteja această imagine idealizată.

Observăm că un număr semnificativ de mame ale căror copii manifestă stări nevrotice afișează nivele moderate (17) și severe (32) de comportamente de devalorizare, conform figurii 2.4. Devalorizarea, care reflectă o vulnerabilitate narcisică specifică, se manifestă prin diminuarea importanței celorlalți, dar și printr-o subminare a propriului sentiment de valoare. Devalorizarea, potrivit lui J.S. Blackman, funcționează ca un mecanism defensiv care permite protejarea unui sine fragil, prin negarea propriilor vulnerabilități și proiectarea lor asupra altora [10, p.128], inclusiv asupra copilului. Acești părinți au așteptări ca propriii copii să le aducă satisfacție și mândrie, având o toleranță scăzută față de manifestările de sensibilitate emoțională și incompetență. Analiza datelor din

Tabelul 2.2 indică o corelație invers semnificativă între devalorizare și stima de sine (r =-0,460, p=0,001), ceea e sugerează că indivizii cu o stimă de sine scăzută sunt mai predispuși să recurgă la devalorizare ca mecanism de autoprotecție.

Furia narcisică este prezentă la 24 dintre mame la un nivel moderat, la 18 la un nivel ridicat și la 8 la un nivel scăzut. Acest tip de reacție reflectă o sensibilitate extrem de mare la percepțiile de eșec, respingere sau critică, declanșând răspunsuri disproporționate de furie atunci când așteptările sau revendicările personale nu sunt îndeplinite. Furia narcisică poate fi interpretată ca un mecanism defensiv împotriva sentimentelor de rușine sau umilință, menită să protejeze un self vulnerabil de amenințarea invalidării [51, p.226].

Din perspectiva lui H. Kohut, furia narcisică apare ca o reacție la o ruptură în relațiile de tip obiect al sinelui, unde individul percepe că nu este recunoscut sau validat în mod adecvat [67]. În acest context, mamele cu niveluri ridicate de furie narcisică ar putea resimți copilul ca o reflectare a propriilor realizări sau eșecuri, răspunzând disproporționat atunci când copilul nu corespunde idealurilor lor.

Rezultatele privind capacitatea de mentalizare la mamele incluse în cercetare sunt reprezentate în figura 2.6.

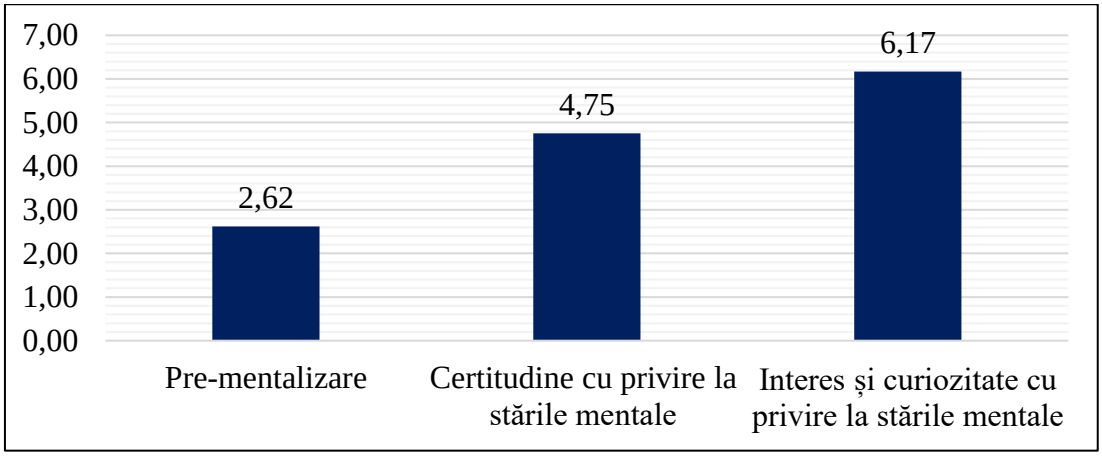


Figura 2.6. Mediile rezultatelor la chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți – PRFQ

Conform datelor prezentate în figura 2.6, am determinat că cea mai ridicată valoare medie - 6,17 - a fost înregistrată pentru dimensiunea ,,Interes și curiozitate față de stările mentale". Acest nivel elevat sugerează că mamele copiilor care prezintă stări nevrotice tind să manifeste o formă intensificată de hiper-mentalizare. Mentalizarea excesivă se caracterizează prin generarea frecventă a

unor ipoteze neîntemeiate referitoare la stările mentale ale altor persoane, tendința de a interpreta în mod exagerat aceste stări mentale prin filtrul propriilor emoții sau experiențe traumatizante [197].

În continuare vom prezenta în tabelul 2.3 corelațiile dintre funcția reflexivă și dimensiunile narcisice ale mamelor ai căror copii au fost diagnosticați cu stări nevrotice.

Tabelul 2.3. Corelația dintre funcția reflexivă parentală și dimensiunile narcisice (Corelația Spearman)

Variabilele	Coeficientul de corelaţie	Pragul de semnificație
Pre-mentalizarea / Auto-sacrificiu	0,366	p=0,009
Pre-mentalizarea / Stima de sine instabilă	0,366	p=0,009
Pre-mentalizarea / Ascunderea sinelui	0,438	p=0,001
Pre-mentalizarea / Devalorizarea	0,507	p=0,000
Pre-mentalizarea / Furia narcisică	0,450	p=0,001
Pre-mentalizarea / Stima de sine	-0,432	p=0,002
Interes și curiozitate cu privire la stările mentale / stima de sine	0,459	p=0,001
Interes și curiozitate cu privire la stările mentale / Ascunderea sinelui	-0,415	p=0,003

Constatăm că pre-mentalizarea are o relație semnificativ direct proporțională cu următoarele dimensiuni narcisice: auto-sacrificiu (r=0,366; p=0,009); stima de sine instabilă (r=0,366; p=0,009); ascunderea sinelui (r=0,438; p=0,001); devalorizarea (r=0,507; p=0,000); furia narcisică (r=0,450; p=0,001). Mai specific, pre-mentalizarea este pozitiv corelată cu aceste dimensiuni narcisice, evidențiind că deficitul de mentalizare se asociază strâns cu narcisismul vulnerabil. Pe de altă parte, pre-mentalizarea prezintă o corelație negativă puternică cu nivelul stimei de sine (r=-0,432; p=0,002), indicând că o stimă de sine mai scăzută este asociată cu o capacitate crescută de pre-mentalizare și invers. Persoanele cu narcisism vulnerabil manifestă adesea o capacitate redusă de a procesa emoțiile intense, adoptând gândirea rigidă și evitând înțelegerea stărilor mentale proprii și ale altora.

De asemenea, s-a observat că există o corelație directă între stima de sine ridicată a părinților și interesul lor accentuat față de stările mentale ale copiilor (r=0,459; p=0,001). Ceea ce înseamnă că cu cât părintele are o stimă de sine ridicată cu atât și interesul pentru stările mentale ale copilului său va fi mai pronunțat. În plus, o capacitate mai mare de mentalizare reduce tendința de ascundere a sinelui (r=-0,415; p=0,003), sugerând că indivizii care pot înțelege și recunoaște propriile erori și nevoi sunt mai dispuși să comunice deschis și să recunoască greșelile și nevoile copiilor lor, facilitând o relație mai sănătoasă și mai tolerantă.

Corelațiile Spearman dintre stările nevrotice la copil și dimensiunile narcisice la mame sunt sintetizate în tabelul 2.4.

Tabelul 2.4. Corelația dintre stările nevrotice la copil și dimensiunile narcisice la mame (Corelația Spearman)

Variabilele	Coeficientul de corelaţie	Pragul de semnificație
Anxietatea de separare / Auto-sacrificare	0,634	p=0,000
Anxietatea de separare / Fanteziile grandioase	0,425	p=0,002
Anxietatea de separare / Stima de sine instabilă	0,387	p=0,005
Anxietatea generalizată / Stima de sine instabilă	0,457	p=0,001
Atacurile de panică / Fanteziile grandioase	0,391	p=0,005
Atacurile de panică / Stima de sine	-0,387	p=0,009
Tulburarea obsesiv-compulsivă / Devalorizare	0,412	p=0,003
Tulburarea obsesiv-compulsivă / Stima de sine	-0,434	p=0,002
Depresia / Devalorizare	0,575	p=0,000
Depresia / Furia narcisică	0,483	p=0,003

Constatăm o legătură puternică între anxietatea de separare la copii și tendințele narcisice de auto-sacrificare ale mamelor (r=0,634; p=0,000). Mai exact, se constată că, pe măsură ce comportamentele de renunțare la sine în favoarea copilului se manifestă cu o frecvență mai mare la mame, intensitatea anxietății de separare la copii este concomitent amplificată. Această asociere poate fi explicată prin ambiguitatea granițelor dintre părinte și copil, fapt ce facilitează menținerea unei

relații simbiotice. Conform teoriei lui D. Shaw, mamele tind să perpetueze experiența narcisică prin intermediul copilului, încercând astfel să-și consolideze propria identitate în contextul relației maternale [198, p.13]. Comportamentul de auto-sacrificare transmite copilului anxietatea pierderii obiectului drag, dar și teama pierderii unei părți din propria identitate în absența mamei. Separarea este trăită nu doar ca pierderea persoanei mamă, ci și ca o amenințare la adresa integrității eului copilului, după cum afirmă J.M. Quinodoz [95, p.53].

În plus, se observă o corelație semnificativă între anxietatea de separare la copil și fanteziile grandioase ale mamelor (r=0,425; p=0,002). Aceștia par a dezvolta frici legate de eșec sau incapacitatea de a face față așteptărilor fără prezența susținătoare a mamei atunci când sunt separați de ea.

Se evidențiază corelație semnificativ pozitivă între anxietatea de separare și stima de sine instabilă (r=0,387; p=0,005). Copiii crescuți de părinți cu o stimă de sine instabilă sunt mai vulnerabili la apariția anxietății de separare, întrucât primesc un model de atașament marcat de nesiguranță [164,171]. Dificultățile părinților în gestionarea propriilor emoții și a stimei de sine limitează capacitatea lor de a răspunde adecvat la anxietățile copilului, ceea ce amplifică insecuritatea emoțională și conduce la intensificarea anxietății de separare.

De asemenea, constatăm corelații semnificativ pozitive între anxietatea generalizată și stima de sine instabilă (r=0,457; p=0,001). Copiii ai căror părinți se confruntă cu o stimă de sine scăzută și instabilă tind să dezvolte niveluri ridicate de anxietate generalizată. Acest fenomen poate fi explicat prin faptul că acești părinți oferă un atașament nesigur și inconsecvent copiilor lor. Incapacitatea părinților de a-și regla emoțiile și stima de sine în mod adecvat se reflectă și în dificultăți în gestionarea stărilor anxioase ale copilului.

A fost stabilită corelație semnificativă pozitivă între atacurile de panică la copil și fanteziile grandioase la mame (r=0,391; p=0,003), precum și corelație semnificativ negativă între atacurile de panică la copil și stima de sine la părinte (r=-0,387; p=0,009). Cu cât mama are așteptări nerealiste și vise exagerate de succes și admirație, cu atât crește riscul copilului ei de a dezvolta probleme anxioase severe ca atacurile de panică. Un părinte narcisist, preocupat excesiv de propria valoare, poate proiecta aceste nevoi neîmplinite asupra copilului, impunându-i standarde prea ridicate. Presiunea excesivă din partea părintelui poate duce în cele din urmă la apariția atacurilor de panică la copil. Această perspectivă este susținută și de F. N. Busch și B. Milrod, care au demonstrat că pacienții adulți cu

tulburare de panică tind să-și perceapă părinții ca fiind dominatori, capricioși și critici, aspecte care devin ulterior așteptări internalizate ale comportamentului celorlalți [23].

Există o corelație semnificativă între tulburarea obsesiv-compulsivă la copii și sentimentul de devalorizare resimțit de mame (r=0,412; p=0,003), precum și o asociere inversă între tulburarea obsesiv-compulsivă la copii și nivelul de stimă de sine al mamelor (r=-0,434; p=0,002). Presupunem că, în familiile unde mamele au o percepție pozitivă despre sine, copiii manifestă un număr redus de simptome obsesiv-compulsive. Se sugerează că o mamă cu o stima de sine solidă poate oferi copilului un mediu sigur, care ajută la neutralizarea impulsurilor negative sau distructive. În absența unei asemenea figuri suportive, copiii pot dezvolta comportamente obsesive și compulsive ca mecanisme de apărare nevrotice.

Studiul nostru evidențiază o asociere semnificativă între depresia în rândul copiilor și comportamentele părinților marcate de devalorizare și furie narcisică, cu corelații pozitive semnificative (devalorizare: r=0,575, p=0,000; furie narcisică: r=0,483, p=0,000). Expunerea constantă la devalorizare parentală poate conduce la interiorizarea unei imagini de sine negative, favorizând dezvoltarea unor sentimente profunde de vinovăție și auto-devalorizare la copii. În același timp, furia narcisică parentală poate crea un climat familial tensionat, în care copilul învață să își perceapă propria valoare în funcție de validarea externă, ceea ce poate intensifica vulnerabilitatea la simptome depresive. Aceste mecanisme sunt congruente cu literatura de specialitate care subliniază impactul narcisismului parental asupra stării depresive a copilului [179,207].

Corelațiile Spearman dintre factorii de personalitate la copil și dimensiunile narcisice și stima de sine la mame sunt prezentate în tabelul 2.5.

Tabelul 2.5. Corelația dintre factorii de personalitate la copil și dimensiunile narcisice și stima de sine la mame (Corelația Spearman)

Variabilele	Coeficientul de corelaţie	Pragul de semnificație
Factorul A (schizotimie vs. ciclotimie) / Devalorizare	-0,393	p=0,005
Factorul A (schizotimie vs. ciclotimie) / Furia narcisică	-0,422	p=0,002

Factorul C (instabilitatea emoțională vs. stabilitate emoțională) / Fanteziile grandioase	-0,554	p=0,000
Factorul C (instabilitatea emoțională vs. stabilitate emoțională) / Stima de sine instabilă	-0,464	p=0,001
Factorul C (instabilitatea emoțională vs. stabilitate emoțională) / Stima de sine	0,485	p=0,000
Factorul D (indiferență vs. excitabilitate) / Furia narcisică	0,446	p=0,001
Factorul H (thredia vs. parmia) / Fantezii grandioase	-0,401	p=0,004
Factorul H (thredia vs. parmia) / Stima de sine instabilă	-0,369	p=0,008
Factorul H (thredia vs. parmia) / Stima de sine	0,497	p=0,001

Rezultatele din tabelul 2.5 ne indică corelațiile dintre dimensiunile narcisice parentale și factorii de personalitate la copil. Am identificat mai multe corelații semnificative între aceste variabile care ne confirmă că aspectele narcisice ale părintelui au o asociere semnificativă cu personalitatea și starea pihoemoțională a copilului.

Analiza noastră relevă o corelație negativă marcantă între trăsăturile de personalitate ale copilului, desemnate ca factorul A, și comportamentele de devalorizare (r=-0,393; p=0,005) și furia narcisică (r=-0,422; p=0,002) manifestate de mame. Comportamentele narcisice ale mamelor, precum devalorizarea și furia narcisică, sunt strâns legate de dezvoltarea unor trăsături de personalitate la copii, precum rezervă, detașare, tendință spre critică, distanțare, scepticism, rigiditate și dispreț. Această constatare sugerează că expresia negativă a emoțiilor și atitudinilor de către mame poate avea un impact semnificativ asupra formării și manifestării trăsăturilor de personalitate ale copiilor, conducând spre adoptarea unui stil de interacțiune mai distant, critic și sceptic.

Constatăm corelație negativă semnificativă între Factorul C de personalitate al copilului și tendințele narcisice ale mamei, precum fanteziile grandioase (r=-0,554; p=0,000) și stima de sine instabilă (r=-0,464; p=0,000). Pe de altă parte, se observă o corelație pozitivă semnificativă între Factorul C al copilului și o stima de sine sănătoasă la mamă (r=0,485; p=0,000). Pe măsură ce nivelul narcisismului mamei scade și stima de sine a acesteia crește, copilul tinde să dezvolte o personalitate mai echilibrată, caracterizată prin stabilitate emoțională, maturitate, calm, realism și o încredere de sine solidă.

Se stabilește o corelație pozitivă semnificativă între Factorul D de personalitate al copilului definit prin niveluri ridicate de excitabilitate și furia narcisică (r = 0,446; p = 0,001). Aceste rezultate presupun că, atunci când mamele manifestă niveluri mai pronunțate de furie narcisică, copiii lor tind să prezinte o excitabilitate accentuată, caracterizată prin hipersensibilitate chiar și la stimuli cu potențial redus de provocare, neliniște motorie persistentă, tendința de a se distrage ușor și dificultăți de concentrare.

Analiza datelor evidențiază o corelație negativă semnificativă între Factorul H de personalitate al copilului și tendința mamei spre fantezii grandioase (r=-0,401; p=0,004), precum și stima de sine instabilă (r=-0,369; p=0,008). Aceasta sugerează că, pe măsură ce mama manifestă un grad mai ridicat de fantezii grandioase, probabil pentru a-și menține o imagine de sine pozitivă, copilul tinde să dezvolte trăsături de personalitate marcate de timiditate, o atitudine rezervată și o lipsă de încredere în propriile capacități. Fanteziile grandioase ale mamei pot fi interpretate ca un mecanism defensiv narcisic, utilizat pentru a compensa sentimentul de vulnerabilitate internă. Aceasta imagine grandioasă, menită să-i întărească valoarea de sine, îi reduce disponibilitatea de a valida trăirile autentice ale copilului. Prin urmare, copilul poate interioriza mesajul că vulnerabilitatea sa este inacceptabilă sau nesemnificativă, ceea ce contribuie la dezvoltarea unui sentiment de neîncredere în sine și a unor tendințe de timiditate, în încercarea de a se proteja de o eventuală respingere.

Pe de altă parte, există o corelație pozitivă semnificativă între Factorul H al copilului și stima de sine ridicată a mamei (r=0,497; p=0,008), indicând că o stimă de sine sănătoasă la mamă este asociată cu o probabilitate mai mică ca acesta să manifeste timiditate și lipsă de încredere în sine. O stimă de sine sănătoasă sugerează o integrare mai echilibrată a sinelui la mamă, ceea ce îi permite să fie emoțional disponibilă pentru copil într-un mod autentic și empatic. Astfel, copilul primește un mesaj de acceptare a sinelui și de încurajare a exprimării propriilor capacități, contribuind la dezvoltarea unui sentiment de siguranță și încredere în sine.

În acest context, conceptul de echoism, descris de psihanalista engleză D. C. Savery ca o contrapartidă clinică a narcisismului, contribuie la clarificarea modului în care dinamica parentală marcată de trăsături narcisice influențează dezvoltarea personalității copilului. Echoismul reflectă tendința copilului și ulterior a adultului de a-și reprima nevoile autentice și de a evita afirmarea propriei identități, adaptându-se excesiv la așteptările celorlalți pentru a preveni respingerea sau criticile. Persoanele cu predispoziții echoiste ajung să-și construiască valoarea de sine aproape exclusiv în funcție de validarea externă, manifestând dificultăți semnificative în exprimarea emoțiilor și a dorințelor personale [106].

La copiii expuși în mod constant la devalorizare și furie narcisică parentală, aceste trăsături pot deveni mecanisme de adaptare profund înrădăcinate, favorizând dezvoltarea unei personalități marcate de timiditate, hipersensibilitate și tendințe accentuate spre auto-culpabilizare. Mediul familial dominat de fantezii grandioase și stima de sine instabilă a părinților poate genera un pattern psihologic de suprimare a sinelui și de evitare a oricărei manifestări percepute ca fiind „egoistă" sau „exagerată". În astfel de contexte, copilul interiorizează mesajul că exprimarea propriilor nevoi este riscantă sau inacceptabilă, preferând să adopte o poziție de „tăcere psihologică", similară figurii mitologice a nimfei Echo, care își pierde propria voce și identitate [70].

În tabelul 2.6 sunt ilustrate corelațiile dintre stările nevrotice ale copiilor și capacitatea de mentalizare la mame.

Tabelul 2.6 Corelația dintre stările nevrotice și capacitatea de mentalizare la mame (*Corelația Spearman*)

Variabilele	Coeficientul de corelaţie	Pragul de semnificație
Tulburarea obsesiv-compulsivă / Interes și curiozitate față de stările mentale	-0,409	p=0,003
Factorul H (thredia vs. parmia) / Pre-mentalizarea	-0,374	p=0,007

Interesul și curiozitatea mamelor față de procesele mentale ale copilului se corelează negativ cu gradul de severitate al tulburărilor obsesiv-compulsive (r=0,409; p=0,003), sugerând că o capacitate de mentalizare mai dezvoltată la mame contribuie la diminuarea acestor manifestări

psihopatologice la copii. În plus, s-a observat o corelație negativă semnificativă între nivelul redus de mentalizare (pre-mentalizare) al mamelor și factorul H al personalității copilului (r=0,374; p=0,007), indicând faptul că un nivel înalt de pre-mentalizare maternă este asociat cu o diminuare a stimei de sine a copilului, în timp ce un nivel scăzut de pre-mentalizare la mamă poate facilita o stimă de sine mai robustă la copil.

Cercetarea cantitativă a explorat relația dintre dimensiunile narcisice ale mamelor și stările nevrotice ale copiilor, subliniind o interconexiune complexă ce afectează atât sănătatea emoțională, cât și dezvoltarea copiilor. Rezultatele indică legături semnificative între caracteristicile narcisice ale mamelor, inclusiv așteptări nerealiste și impunerea de presiuni excesive, și manifestările nevrotice observate la copii. Aceste rezultate sugerează că narcisismul parental are un impact negativ direct asupra bunăstării emoționale și psihologice a copilului.

2.3 Prezentarea și interpretarea rezultatelor demersului calitativ

În această secțiune, vom prezenta rezultatele analizei de conținut a răspunsurilor oferite de mame în cadrul interviurilor semistructurate, conform ghidului din *Anexa 7,* toate răspunsurile fiind incluse în anexa 12. Interviurile au fost realizate cu 50 de mame a căror copii prezintă stări nevrotice. Scopul demersului calitativ a fost de a explora diverse dimensiuni narcisice ale mamelor referitoare la sine și la copil: imaginea de sine a mamelor în copilărie; imaginea de sine a mamei ca părinte; reprezentări ale mamei asupra propriilor părinți; reprezentări ale mamei asupra propriului copil; reprezentări ale mamelor asupra copilului imaginat; reprezentări ale mamei asupra sarcinii și asupra copilului real.

Pentru a evalua semnificația relațiilor dintre variabilele categoriale *(Anexa 13),* a fost utilizat testul exact Fisher. Alegerea acestei metode a fost determinată de dimensiunea redusă a eșantionului și de frecvențele celulare scăzute, condiții care justifică utilizarea unui test ce permite calculul exact al probabilităților. Aplicarea testului a oferit un cadru statistic pentru examinarea posibilei continuități între următoarele dimensiuni: 1) imaginea de sine a mamei în copilărie și imaginea de sine în rolul parental; 2) imaginea de sine în rolul parental și reprezentările despre propriii părinți; 3) reprezentările mamelor asupra copilului real, comparativ cu cele asupra copilului imaginat. Testul exact Fisher a fost utilizat nu ca metodă izolată, ci ca parte a unei abordări mixte, în care analiza calitativă în profunzime este susținută de verificări statistice orientate spre consolidarea validității interpretărilor.

2.3.1. Imaginea de sine a mamei în copilărie

Tabelul 2.7. Rezultatele analizei de conținut privind imaginea de sine a mamei în copilărie

Imaginea de sine	Descriere	Exemple de răspunsuri
Copil confruntat cu emoții negative și traume (21 răspunsuri)	Copii care exprimă anxietate, ascultare excesivă, sau au experimentat traume.	*„eram un copil destul de deprimat și retras”; „un copil chinuit, de la țară”; „un copil traumatizat, care a simțit și a văzut prea multe”*
Copil competitiv și rebel (12 răspunsuri)	Copii care sunt agresivi, competitivi și se opun autorității.	*„eram rea și neastâmpărată, foarte energică”; „eram adesea geloasă pe atenția primită de frații mei”; „eram rebelă și îmi era greu să accept autoritatea”.*
Copil idealizat (11 răspunsuri)	Copii descriși ca fiind îngrijitori, fericiți, și performanți.	*„eram un copil fericit, cu o copilărie fericită”; „îmi plăcea să mă joc, eram foarte energică”; „eram cea mai bună din clasă, foarte inteligentă”.*
Imagine de sine realistă/ ambivalentă (6 răspunsuri)	Copii cu o imagine de sine realistă/ ambivalentă.	*„un copil ca toți copii, uneori rău, alteori bun”; „eram veselă și îmi plăcea să învăț. Deși eram ascultătoare, mi se spunea că sunt încăpățânată”; „eram un copil nezbâtios și în același timp prietenoasă, veselă, comunicabilă”.*

Imagine negativă de sine în copilărie

În analiza discursurilor mamelor participante la studiu, am constatat o prevalență a imaginii negative de sine în copilărie, sumarizate în 33 de răspunsuri. Acestea au fost grupate în două categorii esențiale pentru înțelegerea dinamicii emoționale și comportamentale: *copil confruntat cu emoții negative și traume* și *copil competitiv și rebel.*

Copil confruntat cu emoții negative și traume. Această categorie cuprinde 21 de răspunsuri și reflectă experiențe ale copilăriei marcate de emoții perturbatoare și situații traumatice. Mamele din acest grup descriu sentimente de tristețe profundă, izolare și frică, cu mărturii precum: *„eram un copil destul de deprimat și retras”, „mă simțeam singură și fără prieteni”* sau *„un copil trist, așa m-aș descrie”*. Aceste emoții indică stări depresive și dificultăți în interacțiunea socială din copilărie. În

același timp, alte mame s-au simțit în copilărie supuse părinților și anxioase: *„nu ieșeam din vorba părinților”; „eram foarte fricoasă, cred că mă temeam de orice”; „supusă și ascultătoare”.*

De asemenea, am identificat mame care povestesc despre o copilărie marcată de abuz sau neglijare extremă, reflectată în descrieri precum „*un copil traumatizat, care a simțit și a văzut prea multe”.* Aceste experiențe sugerează expunerea la evenimente intense care au depășit capacitățile emoționale ale copilului de a procesa și gestiona situațiile, având potențialul de a influența negativ dezvoltarea lor ulterioară și stilurile parentale adoptate, manifestate prin supraprotecție sau neglijare.

Copil competitiv și rebel. Această categorie de mame s-a concretizat prin 12 răspunsuri, acestea descriindu-se pe sine ca și copii care s-au manifestat prin rezistență la autoritate și comportamente competitive, revelând o copilărie unde predomină lupta pentru autonomie și afirmare, exemplificată prin răspunsuri ca: *„eram rea și neastâmpărată, foarte energică”; „eram adesea geloasă pe atenția primită de frații mei”; „eram rebelă și îmi era greu să accept autoritatea”.*

Imagine pozitivă de sine în copilărie

Alte mame din grupul de studiu descriu o imagine de sine infantilă pozitivă, evidențiată prin categoriile de Copil Idealizat (11 răspunsuri) și Imagine de Sine Realistă/Ambivalentă (6 răspunsuri).

Copil idealizat se referă la percepții ale sinelui care oglindesc un profil optim al copilăriei, caracterizat prin grijă, responsabilitate crescută, realizări academice sau sociale notabile și o stare generală de fericire sau satisfacție. Exemple de autodescrieri din această categorie includ expresii precum *„îmi aduc aminte că eram foarte grijulie cu frații mai mari”*, evidențiind un rol activ și empatic în familie. Alte mame își amintesc performanțe deosebite, cum ar fi „*eram cea mai bună din clasă, foarte inteligentă”* și „*mă descurcam în toate, eram foarte îndemânatică”,* subliniind excelența și adaptabilitatea.

Imaginea de sine realistă implică descrieri care reflectă o recunoaștere echilibrată a calităților și defectelor personale, cu oscilații între încredere și nesiguranță. Această categorie indică o maturitate emoțională, în care subiecții pot recunoaște și accepta complexitatea propriei persoane, navigând eficient printre provocările sociale și emoționale. Un răspuns exemplificativ pentru această categorie este *„un copil ca toți copii, uneori rău, alteori bun”,* care sugerează o acceptare a naturii ambivalente a comportamentului uman, recunoscând că acțiunile și trăsăturile nu sunt întotdeauna exclusiv pozitive sau negative.

Prin analiza acestor descrieri, putem observa că percepțiile pozitive de sine reflectă nu doar trăsături admirabile, dar și o capacitate de autoevaluare realistă și deschisă, esențială pentru o adaptare sănătoasă la complexitățile vieții adulte.

2.3.2. Imaginea de sine a mamei ca părinte

Tabelul 2.8. Rezultatele analizei de conținut privind imaginea de sine a mamei ca părinte

Imaginea de sine	Descriere	Exemple de răspunsuri
Părinte suprasolicitat și confruntat cu emoții negative (16 răspunsuri)	Părinți care acuză stres, deprimare, oboseală și alte probleme personale care afectează capacitatea lor parentală.	*„sunt o mamă obosită, epuizată și deprimată”; „un părinte nu chiar bun, deoarece nu prea îi ofer atenție din cauza lucrului”; „sunt un părinte rău, nu am verticalitate, nu am tărie de caracter, simt că nu am contact cu copilul”*
Părinte reactiv și autoritar (9 răspunsuri)	Părinți care recunosc că au tendințe de impulsivitate sau un stil autoritar, caracteristici ce pot influența negativ relația cu copilul.	*„sunt foarte impulsivă uneori, îl lovesc sau îi spun lucruri neplăcute, mă simt foarte vinovată”; „pot fi prea severă și autoritară”; „probabil sunt cam aspră, încerc deseori să îmi impun copilul să fie mai sociabil și deschis”*
Părinte idealizat (15 răspunsuri)	Părinți care descriu rolul lor în termeni extrem de pozitivi, subliniind hiperprotecția, dedicarea excesivă și idealizată.	*„sunt un părinte minunat, îi ofer copilului meu mult mai multe lucruri decât aveam eu în copilărie”; „sunt foarte protectivă, îmi fac griji să nu pățească ceva rău”; „sunt responsabilă, hiperprotectivă și grijulie, un părinte devotat”*
Părinte suficient de bun/realist (10 răspunsuri)	Părinți care manifestă o abordare echilibrată, recunoscând atât realizările, cât și limitele proprii.	*„încerc să fiu bună, dar nu îmi reușește întotdeauna”; „sunt o mamă suficient de bună, doar că petrec mai puțin timp cu copiii. Uneori pun limite prea slabe”; „mă străui să ofer independență, dar recunosc că uneori greșesc oferind prea multă libertate”*

Imaginea de sine negativă ca părinte

În urma analizei interviurilor identificăm o continuitate între imaginea de sine negativă ca și copil și imaginea de sine negativă ca și părinte (tabelul 2.8). Acest rezultat a fost confirmat prin aplicarea testului exact Fisher, care a indicat un nivel de semnificație statistică foarte ridicat ($F=29,90$; $p<0,001$). Aceste date sugerează că imaginea de sine negativă formată în copilărie are un risc crescut de a persista și în perioada adultă, influențând rolurile parentale. De exemplu, reprezentările unei mamei despre sine în copilărie sunt formulate în următorii termeni: *„eram un copil destul de deprimat și retras”*, în perioada adultă fiind continuată aceeași reprezentare de sine *„sunt o mamă obosită, epuizată și deprimată”.* Un alt exemplu ar fi „*un copil chinuit, de la țară”* și *„un părinte chinuit și pedepsit de viață”.* În acest context, am putea formula presupoziția că imaginea de sine negativă ca părinte poate fi o reflectare a dificultăților emoționale din copilărie, manifestându-se în stiluri parentale care pot influența negativ dinamica familială. Această imagine negativă se poate exprima în diverse moduri, prin comportamente și sentimente care arată o luptă continuă cu responsabilitățile parentale și gestionarea emoțiilor proprii.

Părinte suprasolicitat și confruntat cu emoții negative *(16 răspunsuri)*. Această imagine este caracteristică mamelor care se simt copleșite de sarcinile și responsabilitățile lor ca părinți, aceste trăiri adesea rezultând dintr-o lipsă de suport emoțional și resurse adecvate. Această categorie de mame exprimă sentimente de insuficiență și oboseală profundă, care se reflectă în răspunsuri precum: *„sunt o mamă obosită, epuizată și deprimată”; „un părinte nu chiar bun, deoarece nu prea îi ofer atenție din cauza lucrului”; „sunt un părinte rău, nu am verticalitate, nu am tărie de caracter, simt că nu am contact cu copilul”.* Aceste descrieri subliniază o luptă internă cu stresul parental și o percepție negativă asupra propriilor abilități de a îndeplini rolul de părinte eficient. În plus, narcisismul vulnerabil poate agrava aceste trăiri, mamele simțindu-se adesea neînțelese și insuficient susținute, ceea ce amplifică sentimentul de izolare și incompetență parentală.

Părinte reactiv și autoritar *(9 răspunsuri)*. Mamele din această categorie tind să recurgă la metode autoritare sau punitive în educația copiilor, deseori ca o reacție la propriile frici și insecurități. Comportamentul lor poate fi impulsiv, uneori rezultând în măsuri disciplinare aspre sau comunicare negativă: *„sunt foarte impulsivă uneori, îl lovesc sau îi spun lucruri neplăcute, mă simt foarte vinovată”; „pot fi prea severă și autoritară”; „probabil sunt cam aspră, încerc deseori să îmi impun copilul să fie mai sociabil și deschis”.* Aceste afirmații indică o dificultate în gestionarea impulsurilor și o tendință de a impune controlul într-un mod care poate fi defectuos pentru dezvoltarea a copilului.

Inconsistența în comportamentul parental creează un mediu imprevizibil, ceea ce îi poate face pe copii să devină anxioși și să dezvolte strategii de evitare, retrăgându-se dintr-o lume percepută ca fiind nesigură și ostilă. Astfel, realitatea externă devine un spațiu tensionat, care împiedică relaxarea și sentimentul de securitate. Această dinamică este amplificată de trăsături narcisiste ale părintelui, cum ar fi nevoia de a domina și de a fi perceput ca autoritate absolută. Aceste tendințe narcisiste intensifica comportamentele punitive și pot diminua capacitatea părintelui de a empatiza cu nevoile copilului, perpetuând astfel un ciclu de interacțiuni care pot afecta profund dezvoltarea emoțională a copilului.

Imaginea de sine pozitivă ca părinte

În urma interviurilor, am identificat două categorii principale de imagini de sine pozitive în rândul părinților: părinte idealizat și părinte suficient de bun.

Părinte idealizat. Această categorie include 15 răspunsuri de la mame care își descriu rolul în termeni extrem de pozitivi, evidențiind o tendință spre hiperprotecție și dedicare excesivă. Exemple de auto-descrieri includ: „*sunt un părinte minunat, îi ofer copilului meu mult mai multe lucruri decât aveam eu în copilărie"; „sunt foarte protectivă, îmi fac griji să nu pățească ceva rău"; „sunt responsabilă, hiperprotectivă și grijulie, un părinte devotat"*. Deși această imagine de sine poate părea benefică, ea poate conduce la un mediu familial în care copilul simte o presiune constantă pentru a îndeplini așteptările înalte ale părintelui sau poate deveni dependent de suportul constant al acestuia. Aceasta poate limita dezvoltarea autonomiei copilului și poate crește anxietatea acestuia, deoarece realitatea lor este filtrată printr-o dorință parentală de a evita orice formă de eșec sau dificultate. În plus, aceste comportamente pot reflecta trăsături narcisiste ale părintelui, care caută validare prin realizările sau dependența copilului.

Părinte suficient de bun. Această categorie, care cuprinde 10 răspunsuri, ilustrează părinți care adoptă o abordare echilibrată, recunoscând și acceptând atât succesele, cât și limitele personale. Sintagma „părinte suficient de bun" a fost introdusă de D. Winnicott și se referă la părinții care nu sunt perfecți, dar care își îndeplinesc rolul într-un mod care susține dezvoltarea sănătoasă a copilului. Acești părinți acceptă că pot face greșeli și învață din ele, fără să aibă așteptări nerealiste de la ei înșiși sau de la copiii lor. Ei oferă suport emoțional, stabilitate și limite clare, ceea ce ajută copilul să se dezvolte într-un mediu sigur și predictibil. În cazul cercetării noastre, exemplele includ caracteristici de felul: *„încerc să fiu bună, dar nu îmi reușește întotdeauna"; „sunt o mamă suficient de bună, doar că petrec mai puțin timp cu copiii. Uneori pun limite prea slabe"; „mă străduiesc să*

ofer independență, dar recunosc că uneori greșesc oferind prea multă libertate”. Părinții din această categorie oferă un model pozitiv, demonstrând că este normal să nu fii perfect și că greșelile sunt oportunități de învățare. Această abordare promovează încrederea și securitatea emoțională la copil, facilitând dezvoltarea unei imagini de sine realiste.

2.3.3. Reprezentări ale mamei asupra propriilor părinți

Tabelul 2.9. Rezultatele analizei de conținut privind reprezentările mamelor asupra propriilor părinți

Categorie mame	Categorie tați	Descrierea experienței și exemple
Mamă idealizată *(22 răspunsuri)*	**Tată idealizat** *(20 răspunsuri)*	Părinți percepuți ca fiind exemplari, oferind sprijin și afecțiune constantă, idealizați de copiii lor. Exemple: *„mama era o ființă foarte gingașă și răbdătoare”, „mereu îmi era alături când eram copil, chiar și acum mă susține și mă simt copil în preajma ei” și „mi-o amintesc ca pe un înger”; „foarte gospodar și disciplinat, ne înțelegeam de minune, cred că lui îi seamăn”, „cred că era cel mai respectat din sat, foarte bravo, multe m-a învățat”*
Mamă ambivalentă *(4 răspunsuri)*	**Tată ambivalent** *(7 răspunsuri)*	Părinți cu trăsături mixte, bune și rele, care lasă copilul în incertitudine. Exemple*: „relația cu mama era bunișoară. Mama era bună, însă și severă”, „o mamă ca toate mamele, nici foarte bună, nici foarte rea”, „era autoritar, dar îi sunt recunoscătoare că m-a educat bine și am ajuns cine sunt” și „era mai sever decât mama, dar corect și înțelegător”.*
Mamă neglijentă *(13 răspunsuri)*	**Tată neglijent** *(14 răspunsuri)*	Părinți care nu oferă suficientă atenție sau afecțiune, provocând sentimente de abandon. Exemple: *„niciodată nu am simțit că mama m-a iubit”; „era cam neglijentă, mereu sora mai mare trebuia să aibă grijă de mine”; „nu-mi amintesc ca aceasta să mă fi îmbrățișat, alintat, era cam rece și distantă”; „nu am știut ce înseamnă dragostea*

		de tată și protecția, era un egoist"; „a murit de tânăr, iubea alcoolul mai mult decât pe noi".
Mamă reactivă și autoritară *(11 răspunsuri)*	**Tată reactiv și autoritar** *(9 răspunsuri)*	Părinți care adoptă un stil strict, uneori agresiv, impunând ordine și supunere. Exemple: *„foarte violentă și agresivă, îmi era foarte frică de ea"; „era o mamă foarte severă și punitivă, mereu mă verifica"; „foarte autoritar și rigid, nimeni din casă nu se punea cu el"; „era un nimic, în fiecare seară venea beat și o bătea pe mama, ne teroriza pe toți"*.

Propriii părinți descriși în termeni idealizanți

Din cele 50 de mame intervievate, 22 au descris relația cu mama lor în termeni extrem de pozitivi, evidențiind un model parental idealizat. Aceste mame sunt adesea văzute ca surse constante de sprijin și afecțiune, exemplificând comportamente parentale admirabile. Descrieri precum *„mama era o ființă foarte gingașă și răbdătoare", „mereu îmi era alături când eram copil, chiar și acum mă susține și mă simt copil în preajma ei"* și *„mi-o amintesc ca pe un înger",* reflectă nu doar o profundă apreciere și recunoștință, dar și tendința de a idealiza excesiv figura maternă.

În mod similar, 20 dintre mame își descriu tații în termeni idealizanți, reflectând admirație profundă pentru rolul lor în educație și în familie. Răspunsurile includ descrieri precum *„foarte gospodar și disciplinat, ne înțelegeam de minune, cred că lui îi seamăn", „mereu îmi oferea sfaturi bune și o educație foarte democratică"*, *„cred că era cel mai respectat din sat, foarte bravo, multe m-a învățat".* Aceste descrieri sugerează nu doar o relație pozitivă, dar și o viziune posibil idealizată a figurii paternale, care poate influența percepțiile despre rolurile parentale și așteptările proprii în materie de parenting.

Idealizarea este un mecanism de apărare prin care subiectul își atribuie lui însuși sau celuilalt calități exagerate, care nu corespund realității, acest mecanism defensiv reprezentând o apărare împotriva consecințelor recunoașterii ambivalenței. Acest mecanism are funcția de menține convingerea că există figuri de atașament omnipotente și total binevoitoare, iar identificarea cu aceste figuri conferă siguranța. Persoanele cu un Eu fragil, care nu pot tolera realitatea și ambivalența, recurg cel mai des la această defensă [62,104].

Propriii părinți descriși în termeni negativi

Pe de altă parte, 13 mame acuză și descriu experiențe marcate de neglijență sau lipsă de afecțiune, ilustrând sentimente profunde de abandon și distanțare emoțională în relația cu propriii lor părinți. Afecțiunea și suportul emoțional oferit de mamă în primii ani de viață sunt esențiale pentru o dezvoltare psihică normală și sănătoasă a copilului. Deficiențele în îngrijirea maternă pot avea efecte traumatizante, lăsând sechele în psihicul copilului. În acest sens, respondentele au relatat relații dificile cu propriile mame, caracterizate prin deficiențe afective semnificative, cum ar fi *„niciodată nu am simțit că mama m-a iubit"; „era cam neglijentă, mereu sora mai mare trebuia să aibă grijă de mine"; „nu-mi amintesc ca aceasta să mă fi îmbrățișat, alintat, era cam rece și distantă"; și „o mamă teribilă, mi-a ruinat toată copilăria, nici nu vreau să-mi amintesc".* Astfel de relatări subliniază profunzimea impactului emoțional negativ asupra dezvoltării lor ulterioare și a relațiilor parentale pe care le formulează. Aceste relatări nu doar că reflectă un deficit de căldură și securitate emoțională, dar pot fi utile și pentru a înțelege felul în care aceste lacune influențează formarea lor ca părinți.

În cazul acestei categorii de respondente, identificăm carență afectivă și în relația cu tatăl (14 răspunsuri): *„nu am știut ce înseamnă dragostea de tată și protecția, era un egoist"; „a murit de tânăr, iubea alcoolul mai mult decât pe noi"; „nu i-am simțit prezența, era foarte deprimat și închis în sine, rareori povestea ceva"; „ne-a abandonat pe mine și pe mama, când eu aveam 3 ani".* Tatăl are funcția de protecție, asigurare, socializare și de a oferi suport funcției materne, lipsa acestuia poate provoca anxietate și nesiguranță în mediul extern, în special în situațiile în care nici mama nu este prezentă fizic și/sau psihic.

Potrivit lui J. Manzano, F. Palacio-Espaza și N. Zilkha, în practica consultației terapeutice părinți-copii, configurația cea mai răspândită este cea a proiecției de către părinte a unei imagini a lui însuși în calitate de copil abandonat. Astfel, mamele care s-au confruntat cu abandonul sau carența afectivă în copilărie tind să proiecteze asupra propriului copil imaginea lor infantilă. În același timp, pentru a-și corecta trecutul, acestea se identifică cu imagini parentale idealizate, care reprezintă obiectul parental pe care și-ar fi dorit să-l aibă. Prin această identificare complementară , părintele își îngrijește într-o manieră compensatorie propriul copil - îl îngrijește așa cum ar fi dorit să fie el îngrijit în copilărie. Mulți părinți cu un trecut de carență afectivă caută în relația cu propriul copil o reparație a experienței din perioada infantilă [76].

În alte cazuri, mamele din grupul inclus în cercetarea noastră descriu relații tensionate și pline de conflict cu propriile mame, caracterizate ca având un comportament autoritar și adesea agresiv (11 răspunsuri). Exemplele oferite includ descrieri precum: „*foarte violentă și agresivă, îmi era foarte frică de ea”; „era o mamă foarte severă și punitivă, mereu mă verifica”; „o mamă teribilă, mi-a ruinat toată copilăria, nici nu vreau să-mi amintesc”; „autoritară și organizată, mereu trebuia să fie ordine ideală în casă, în grădină, exagera deseori în această privință”.* Aceste relații sunt percepute ca fiind dominate de control excesiv și de o severitate care a influențat negativ dezvoltarea emoțională fiicelor.

Similar, am identificat cazuri în care tații au manifestat comportamente autoritare și agresive (9 răspunsuri), care au avut un impact profund negativ asupra dinamicii familiale. Descrierile includ afirmații precum: *„foarte autoritar și rigid, nimeni din casă nu se punea cu el”; „era un nimic, în fiecare seară venea beat și o bătea pe mama, ne teroriza pe toți”; „dur și violent, atât cu mine și cu sora, cât și cu mama, mare frică aveam de el”.* Aceste relatări invocă un mediu familial dominat de frică și tensiune, unde siguranța și securitatea emoțională au fost serios afectate. Descrierile mamelor despre părinții lor autoritari și agresivi scot în evidență dificultățile și traumele pe care un astfel de comportament parental le poate provoca, cu repercusiuni durabile asupra sănătății emoționale și a relațiilor interpersonale ale copiilor, persistând adesea și în viața de adult. Aceste mame, crescute în umbra narcisismului parental, au suferit de pe urma agresivității și autorității excesive ale propriilor părinți. În acest sens, putem formula presupoziția că mediul familial opresiv nu doar că le-a afectat dezvoltarea emoțională, dar a și modelat modul în care ele însele relaționează cu proprii copii, riscând să perpetueze un ciclu de comportament narcisist și disfuncțional.

Capacitatea de a tolera ambivalența: imagini parentale integre

Este esențial să subliniem cazurile în care unele mame pot recunoaște și accepta dualitatea trăsăturilor parentale, refuzând să cliveze părinții în categorii binare precum „buni” sau „răi”. Aceasta tendință a fost raportată prin 4 răspunsuri cu referire la mame și 7 răspunsuri cu referire la tați. Reflecțiile respondentelor includ descrieri realiste precum: *„relația cu mama era bunișoară. Mama era bună, însă și severă”, „o mamă ca toate mamele, nici foarte bună, nici foarte rea”, „era autoritar, dar îi sunt recunoscătoare că m-a educat bine și am ajuns cine sunt” și „era mai sever decât mama, dar corect și înțelegător”.* Acești subiecți demonstrează capacitatea de a tolera ambivalența, de a accepta complexitatea relațiilor umane și de a interacționa într-un mod matur și echilibrat cu cei din jur, fără a recurge la simplificări extreme.

Rezultatele analizei relației dintre imaginea de sine ca părinte și percepția asupra propriei mame și tată indică o continuitate, din punct de vedere psihologic, între modelele parentale internalizate și auto-percepția parentală. În ceea ce privește percepția asupra propriei mame, testul exact Fisher a relevat o semnificație marginală (F=14,83; p=0,051), ceea ce sugerează existența unei relații potențiale între tiparele materne percepute și construcția imaginii de sine ca părinte. De asemenea, rezultatele asociate percepției asupra tatălui indică o influență similară. Testul exact Fisher a indicat la fel o semnificație marginală (F=15,26; p=0,051), subliniind un posibil efect al modelelor paterne asupra auto-percepției parentale.

Deși nivelurile de semnificație statistică rămân marginale, rezultate pot fi interpretate ca reflectând mecanismele psihologice de identificare și internalizare a caracteristicilor parentale, care își păstrează relevanța și influența în perioada adultă. Studiile existente, precum cercetarea lui K. Berenson și studiul lui M. Einav, oferă suport empiric pentru această ipoteză [131,148]. Rezultatele obținute sugerează că modelele parentale internalizate în relație cu propria mamă și propriul tată pot contribui la modul în care indivizii își structurează și percep rolul parental.

În continuare vor fi analizate reprezentările mamelor asupra relațiilor cu propriul copil. Vom analiza relația acestora cu copilul real și cu copilul imaginat/fantasmat în timpul sarcinii.

2.3.4. Reprezentări ale mamei asupra propriului copil

Tabelul 2.10. Rezultatele analizei de conținut privind reprezentările mamelor asupra propriului copil

Imaginea copilului	Descriere	Exemple de răspunsuri
Idealizată (13 răspunsuri)	Mamele tind să sublinieze calitățile pozitive ale copiilor în mod exagerat, ignorând aspectele mai puțin favorabile.	*„Foarte grijuliu și afectiv. Mă ajută mult prin casă și stă cu fiul meu cel mai mic. Învață foarte bine și mă mândresc cu el", „Am un copil minunat. Este viața mea, nu știu ce m-aș face fără el"*
Ambivalentă (10 răspunsuri)	Descrieri care reflectă recunoașterea trăsăturilor mixte, pozitive și	*„foarte ascultător, afectiv și blând. Uneori mai face șotii, dar nu mă afectează", „este hiperactiv și energic. Însă mă ascultă, în special pe soț", „băiatul*

	negative, oferind o perspectivă echilibrată.	*meu este tare bravo. Niciodată nu îmi întoarce vreun cuvânt. Este disciplinat și organizat. Unicul lucru care mă deranjează e faptul că e izolat de cei din jur, greu își face prieteni”*
Devalorizată (27 răspunsuri)	Răspunsurile se concentrează pe aspectele negative, criticând comportamentul sau trăsăturile copiilor.	*"este un copil foarte rău. Deloc nu mă ascultă, foarte rău învață, nu am nicio bucurie de la el", "obraznic și nerespectuos. Poate să mă înjure cu diferite prostii. Strigă la mine, chiar m-a lovit de câteva ori", "este neatent, de parcă trăiește în altă lume, am impresia că nu se află în realitate, dar plutește pe undeva"*

Analizând răspunsurile mamelor cu privire la relația cu propriul copil, observăm că identificăm două categorii principale: descrieri pozitive și descrieri negative ale copiilor. Totuși, complexitatea modului în care mamele își percep copiii sugerează necesitatea unei abordări mai nuanțate. Respectiv, propunem să structurăm răspunsurile în trei categorii: descrieri idealizate, ambivalente și devalorizate.

Descrierea copilului în termeni idealizanți

Din câte putem vedea (tabelul 2.10) mamele care își descriu copilul în termeni pozitivi, tind să îi idealizeze *„foarte grijuliu și afectiv. Mă ajută mult prin casă și stă cu fiul meu cel mai mic. Învață foarte bine și mă mândresc cu el”; „am un copil minunat. Este viața mea, nu știu ce m-aș face fără el.”* Identificăm o relație narcisică și idealizată, în care copilul reprezintă o extensie narcisică a părintelui. Această stare de lucru ar putea aduce o presiune semnificativă asupra copilului de a îndeplini așteptările nerealizate ale părinților, configurând astfel un scenariu, după cum menționa S. Freud, în care copilul devine un mijloc pentru părinte de a-și atinge propriile idealuri nerealizate. Această dinamică poate inhiba dezvoltarea autonomiei copilului și poate contribui la formarea unor mecanisme de apărare inadecvate în gestionarea realităților vieții.

Descrierea copilului în termeni ambivalenți

Unele mame din studiu își descriu copii într-o manieră ambivalentă (10 răspunsuri): *„foarte ascultător, afectiv și blând. Uneori mai face șotii, dar nu mă afectează”; “este hiperactiv și energic. Însă mă ascultă, în special pe soț”.* După cum putem constata, aceste mame sunt capabile să facă față sentimentelor de ambivalență cu privire la copil, pot percepe în copii lor trăsăturile bune și mai puțin

bune. Astfel de mame înțeleg capacitățile și limitele propriilor copii, nu idealizează și nici nu devalorizează, pot fi blânde și ferme în același timp, în funcție și comportamentul copilului, pot adopta poziții de permisivitate și autoritate, având un stil parental democratic.

Descrierea copilului în termeni devalorizanți

Pe de altă parte, observăm că un număr semnificativ de mame (27 de răspunsuri) descriu relații tensionate cu propriii copii, reflectând o tendință de devalorizare. O presupoziție pe care o putem formula se referă la faptul că devalorizarea copilului este determinată inclusiv de stările nevrotice ale acestuia, fapt ce a impus mamele să caute suport psihologic și psihiatric. Aceste descrieri cuprind diverse probleme comportamentale: copil anxios: *„anxios și preocupat constant de gânduri negative, dificil de liniștit*"; copil rău *„este un copil foarte rău. Deloc nu mă ascultă, foarte rău învață, nu am nici o bucurie de la el"; „obraznic și nerespectuos. Poate să mă înjure cu diferite prostii. Strigă la mine, chiar m-a lovit de câteva ori"*; copil alintat: *„foarte alintată e fiica asta a mea. Dacă eu soțul nu-i facem poftele, face o isterie că nu putem rezista și îi satisfacem toate dorințele"; „fata asta nu știe de cuvântul NU. Rareori mă ascultă. O iubesc mult și recunosc că am cam alintat-o";* copil deprimat: *„un copil depresiv, închis în sine și puțin sociabil. Îmi fac mari griji pentru el"*; copil neatent: *„este neatent, de parcă trăiește în altă lume, am impresia că nu se află în realitate, dar plutește pe undeva;* copil dependent *„foarte dependent de mine și soț. Nu putem să-l lăsăm la școală fără să nu plângă. Deseori când îl lăsăm la școală refuză să stea, fuge din școală, ne urmărește și insistă să meargă cu noi la lucru".*

Studiile de specialitate confirmă faptul că modul în care părinții își percep și descriu copiii are un impact semnificativ asupra formării imaginii de sine a acestora [53,81,159]. Atestăm că părinții incluși în cercetarea noastră adesea atribuie diverse etichete precum *„copil foarte rău, alintat, depresiv, obraznic etc.",* care pot influența negativ modul în care copilul se vede pe sine. Aceste etichete tind să simplifice și să reducă complexitatea personalității umane, atribuind copilului caracteristici limitate, așa cum subliniază S. Farca [45].

2.3.5. Reprezentări ale mamei asupra copilul imaginat

Conform lui D. Marcelli, abordarea clinică nu se limitează la a discuta despre copilul real, ci trebuie să includă și copilul așa cum este perceput în dorințele și fanteziile părinților [77]. Poziția pe care o ocupă copilul în dinamica familială este influențată atât de reprezentările parentale preexistente

(copilul imaginat înainte de concepția sa), cât și de comportamentul efectiv al copilului real, precum și de capacitatea părintelui de a renunța la copilul idealizat pentru a accepta realitatea.

Un aspect crucial al acestei dinamici îl reprezintă faptul că interacțiunile dintre mamă și copil nu sunt simple replici ale experiențelor din trecutul mamei, ci sunt influențate și modelate de acestea. Conform lui A. Ciccone putem observa cum un părinte care a dezvoltat o fantasmă, urmare a propriei sale istorii infantile și a legăturilor specifice cu primele sale obiecte, va indica copilului locul pe care trebuie să-l ocupe în acea fantasmă [102]. Aceasta evidențiază modul în care părinții proiectează inconștient așteptări și roluri asupra copiilor lor, influențând dezvoltarea psihică a acestora, capacitatea lor de gândire, de reprezentare și de fantasmare.

În urma aplicării testului exact Fisher, nu s-a identificat o asociere semnificativă statistic ($p = 0,095$) între percepția copilului imaginat în timpul sarcinii și percepția copilului real. Această discrepanță evidențiază provocarea majoră cu care se confruntă părinții în tranziția de la așteptările fantasmatic-proiective din perioada prenatală la relaționarea cu un copil real, distinct și imprevizibil. Rezultatul sugerează importanța procesului de ajustare psihologică, în care părinții sunt invitați să renunțe treptat la fanteziile construite în timpul sarcinii și să accepte realitatea subiectivă și particularitățile copilului.

Tabelul 2.11. Rezultatele analizei de conținut privind reprezentările mamelor asupra copilului imaginat

Reprezentare	Descriere	Exemple de răspunsuri
Pozitivă (22 răspunsuri)	Mame care au descris sarcina în termeni plini de speranță și idealizare, văzând copilul ca pe o extensie a dorințelor și aspirațiilor lor pozitive	*„am avut parte de o sarcină relativ ușoară. Îmi plăcea senzația de a avea pe cineva în interior. Cu tatăl meu am dorit și doresc să semene. Autoritar, bărbat în toată firea. Să mă simt protejată în preajma lui”* *„a fost o sarcină obișnuită. M-am simțit bine, am fost susținută de soț și de cei apropiați. Doream să semene cu părinții soțului, niște oameni de aur”* *„când mă gândesc la sarcină îmi vin în minte doar lucruri plăcute. Soțul era alături, nu era plecat peste hotare. Mă simțeam protejată și iubită”*

Mixtă (17 răspunsuri)	Mamele care au exprimat sentimente mixte sau ambivalente, reflectând lupta internă între speranță și frică	*„a fost o sarcină încărcată de frici. Mă temeam mult ca acest copil să nu se nască cu retard mintal, la fel ca și primul copil. Mereu mă îngrijoram. Îmi doream să semene cu mine și cu soțul. Că va fi cumpătat ca mine și muncitor ca tata”* *„când eram însărcinată îmi făceam griji ca acesta să nu semene cu fostul soț. Îmi era frică ca acesta să nu moștenească predispoziția de schizofrenie de la soț. Doream să semene cu fratele meu mai mare, care a avut multă grijă de mine”* *„eram confuză când eram însărcinată, la fel și soțul. Mi-a fost greu la început să procesez asta. Deși eram într-o măsură fericită, mă temeam că va fi bolnav. Ulterior deja am început să îmi imaginez că va fi un copil frumos, deștept și sănătos”*
Negativă (11 răspunsuri)	Mame care au avut sarcini marcate de frici intense, anxietate, sau chiar resentimente față de copil, adesea ca o proiecție a propriilor lor traume sau dezamăgiri personale.	*„aveam diferite idei groaznice, îmi era frică să nu se nască cu unele malformații sau cu vreun sindrom. Îmi doream să fie ca mine, gospodină, disciplinată, dar din păcate nu e așa, s-a aruncat în neamul lui taică-su”* *„a fost o sarcină foarte dificilă. Îmi era frică să nu-l pierd. Îmi imaginam că o să-l nasc mort. A fost a doua mea sarcină, de la al doilea soț. Voiam ca totul să fie perfect.”* *„am avut o sarcină foarte grea, din punct de vedere emoțional. Ca de obicei soțul era plecat și numai la asta mă gândeam. Îmi spuneam că copilul acesta îmi va suplini singurătatea. Doream să semene cu mine, să fie la fel de fidel.”*

Psihologul român **S.** Farca observă că mamele încep să-și imagineze și să construiască o relație cu copiii lor încă din copilărie, prin jocuri care reflectă actele parentale. De exemplu, o fetiță care își îmbrățișează păpușa, o numește „copilul meu", și îi aplică tratamente diferite — bătăi sau alintări — reflectând felul în care se simte ea însăși tratată. Aceste jocuri nu sunt doar repetiții ale comportamentului parental, ci și expresii ale dorințelor și conflictelor interioare ale fetiței, fiind adesea o reproducere surprinzătoare a relației dintre fetiță și mama sa [45].

S. Lebovici este cel care a vorbit despre copilul imaginat ca fiind nu numai copilul pe care mama îl poartă în brațe, ci de asemenea copilul pe care ea îl purta în ea înainte ca el să se nască. Copilul imaginat este totodată un copil fantasmatic (copilul conflictelor infantile și refulate ale părinților), un copil imaginar (copilul dorinței de sarcină, cel care alimentează reveriile mamei), copilul mitic (copilul încărcat cu toate referințele culturale) și copilul narcisic (copilul încărcat cu fantasmele și dorințele narcisice ale părinților) [73,110].

Reprezentări pozitive asupra copilului imaginat

În analiza grupului de mame intervievate, am identificat o gamă largă de experiențe și așteptări legate de sarcină și de „copilul imaginat", fiind interesați în mod deosebit de manifestările narcisice în percepțiile mamelor. Astfel, 22 de mame au relatat experiențe pozitive și gânduri optimiste în legătură cu viitorul copil, ceea ce indică nu doar o anticipare plină de speranță și entuziasm, dar și o proiecție a propriilor dorințe și idealuri narcisice asupra copilului. Aceste perspective sugerează un potențial suport emoțional robust, dar și vulnerabilitate la dezamăgiri dacă realitatea nu corespunde așteptărilor.

Mamele care au oferit răspunsuri pozitive, cu reprezentări idealizate, descriu perioada sarcinii în moduri care pot reflecta narcisismul parental: „*am avut parte de o sarcină relativ ușoară. Îmi plăcea senzația de a avea pe cineva în interior"*, evidențiind o conexiune profundă și personală cu copilul nevăzut încă. „*A fost o sarcină obișnuită. M-am simțit bine, am fost susținută de soț și de cei apropiați", „când mă gândesc la sarcină, îmi vin în minte doar lucruri plăcute. Soțul era alături, nu era plecat peste hotare. Mă simțeam protejată și iubită*", și „*o perioadă plăcută și nostalgică. Cred că era cea mai fericită perioadă de relație între mine și soț; eram destul de liniștită în acea perioadă, nimic nu mă tulbura*" - toate subliniind o stare de bine care poate masca așteptările narcisice ale mamei de a fi completată de copilul idealizat. Aceste descrieri ilustrează felul în care narcisismul mamei poate influența nu doar percepția sarcinii, ci și așteptările față de copil, proiectând asupra acestuia dorințe și idealuri care pot sau nu să corespundă realității.

Reprezentări ambivalente asupra copilului imaginat

Pe de altă parte, 17 mame au descris sentimente mixte sau ambivalente, ilustrând o luptă internă între speranță și frică, reflectând nu numai incertitudinile și dilemele lor emoționale, dar și conflictul între nevoile lor narcisice și realitatea iminentă a maternității. În plus, 11 mame au raportat experiențe negative ale sarcinii, marcate de anxietate profundă și fantezii încărcate de preocupări legate de sănătatea și viitorul copilului, care pot fi interpretate ca frica de pierdere a controlului asupra propriului corp și a identității. Aceste experiențe evidențiază cum factorii de stres externi și interni pot afecta profund starea psihologică a mamei, cu potențiale repercusiuni asupra dezvoltării copilului. Studiile în domeniu subliniază varietatea vastă de reacții emoționale și psihologice pe care mamele le pot experimenta în timpul sarcinii, influențate de factori personali și contextuali, inclusiv de structurile lor narcisice[24, p.58].

S. Fraca consideră că sarcina reprezintă o perioadă psihologic complexă în care nou-născutul devine obiectul proiecțiilor afective intense ale mamei. Procesul dificil al maturizării psihice materne plasează copilul în centrul sentimentelor ambivalente, fiind astfel normală coexistența emoțiilor pozitive și negative în relația mamă-copil [45, p.29].

Cele 17 mame au subliniat că au avut reprezentări ambivalente, ilustrând o luptă internă între speranță și frică, care reflectă nu doar incertitudinile și dilemele lor emoționale, dar și tensiunea dintre așteptările narcisice și realitatea iminentă a maternității. Anxietatea maternă era atașată mai multor tematici: antecedente familiale referitoare la probleme de sănătate mintală la unul dintre copii: „*A fost o sarcină încărcată de frici. Mă temeam mult ca acest copil să nu se nască cu retard mintal, la fel ca și primul copil. Mereu mă îngrijoram. Îmi doream să semene cu mine și cu soțul, să fie cumpătat ca mine și muncitor ca tata*."; riscul transmiterii unei boli psihice de la părinte la copil: *„Când eram însărcinată îmi făceam griji că acesta să nu semene cu fostul soț. Îmi era frică că acesta să moștenească predispoziția de schizofrenie de la soț. Doream să semene cu fratele meu mai mare, care a avut multă grijă de mine.*"; anxietate derivată din ambivalență în sensul clasic al termenului: *„Eram confuză când eram însărcinată, la fel și soțul. Mi-a fost greu la început să procesez asta. Deși eram într-o măsură fericită, mă temeam că va fi bolnav. Ulterior, am început să îmi imaginez că va fi un copil frumos, deștept și sănătos."* Aceste relatări subliniază cum temerile legate de sănătatea și trăsăturile copilului pot fi intercalate cu dorințe de idealizare, unde narcisismul parental joacă un rol crucial în formarea anticipațiilor și temerilor lor.

Reprezentări negative asupra copilului imaginat

Un număr de 11 mame au descris experiențe negative ale sarcinii și ale copilului imaginat, marcate de o anxietate profundă și îngrijorări intense legate de sănătatea și viitorul copilului. Aceste temeri pot fi interpretate ca o frică de pierdere a controlului asupra propriului corp și asupra identității, aspecte esențiale în structura narcisică a personalității. De exemplu, o mamă relatează despre frici și așteptări ancorate în concret – cu cine să semene copilul: „ *Îmi doream să fie ca mine, gospodină, disciplinată, dar, din păcate, se pare că va prelua trăsături din familia tatălui său."* Alteori anxietatea era determinată de complicațiile sarcinii: *„A fost o sarcină complicată, am simțit multă neliniște; a fost un copil foarte așteptat de mine și de soț. Nu mi-am putut imagina cu cine va semăna."*. Altă mamă se declară îngrijorată de limitele care îi vor fi impuse de nașterea copilului, în același timp anunțând denegarea bunicilor pe ambele filiere genealogice: „*M-am speriat mult, știind că viața mea se va schimba considerabil și că nu voi avea suficient timp pentru mine. Nu voiam ca copilul să semene cu soacra sau cu părinții mei."* Aceste experiențe subliniază modul în care factorii de stres interni și externi pot influența profund starea psihologică a mamei, cu repercusiuni potențiale asupra dezvoltării emoționale și psihologice a copilului. Reflectând asupra acestor temeri și așteptări, este evident că sarcina poate activa și exacerbate tensiuni preexistente în psihicul mamei, afectând în mod indirect relația cu copilul și configurând dinamici familiale complexe.

2.3.6. Reprezentări ale mamei asupra sarcinii și asupra copilului real

Analizând discursul mamelor, putem identifica manifestări ale narcisismului parental în unele cazuri, exemplificat prin declarații precum: „*Am încercat mult timp să concepem acest copil. A fost o minune când am aflat că sunt însărcinată. Simțeam un triumf și o mândrie*". Această exprimare reflectă nu doar bucuria de a deveni părinte, dar și o investiție narcisică în ideea de maternitate, unde copilul este perceput ca o extensie a sinelui și un simbol al realizărilor personale. D. Marcelli subliniază că dorința de a avea un copil poate fi motivată atât conștient, cât și inconștient, variind în mod substanțial în funcție de nevoile emoționale ale părintelui. Astfel, unii părinți pot căuta să-și afirme statutul de adult, să-și valideze fertilitatea, să rezolve neînțelegeri în cuplu, sau chiar să-și trateze depresia prin nașterea unui copil [77, p.453].

Identificăm, de asemenea, manifestări ale narcisismului parental în discursul mamelor, acestea proiectându-și dorințele și idealurile asupra copilului: „*numele în cinstea mea l-am pus"; „Îmi doream să fie ca mine, gospodină, disciplinată"; „doream să semene cu mine, să fie la fel de fidel".* Aceste expresii indică nu doar o identificare a mamei cu copilul, dar și perceperea copilului ca o extensie a

propriului sine, o reflectare a identității parentale. Freud a reflectat asupra felului în care iubirea părintească este adesea încărcată narcisic, sugerând că părinții pot avea tendința de a iubi în copil ceea ce este familiar pentru sinele lor. Acest tip de dinamică poate rezulta în așteptări nerealiste și o presiune asupra copilului de a împlini nevoile narcisice ale părintelui, ceea ce poate afecta negativ dezvoltarea autonomă a copilului [48].

Conform lui Solis-Ponton, transmiterea narcisismului primar al mamei, manifestată prin privirea plină de dragoste îndreptată spre copil, constituie un fundament vital pentru viață. Când proiecțiile narcisice sunt încărcate cu afecțiune, acestea permit copilului să-și formeze un sentiment robust de existență și o iubire de sine primară, esențială pentru aderarea sa la viață. În această logică, copilul nu reprezintă doar o extensie sau o reflectare a mamei, ci devine un vehicul prin care mama se conectează la esența vieții și contribuie la perpetuarea speciei. Astfel, relația narcisică, adesea criticată pentru potențialele sale aspecte negative, poate avea și un rol constructiv semnificativ: facilitarea dezvoltării unui sine sănătos și integrat la copil, care este capabil să se angajeze și să aprecieze viața [110].

Parentificarea copilului

În cadrul cercetării noastre, am identificat situații în care mamele recurg la copiii lor pentru a compensa singurătatea personală sau pentru a rezolva conflicte intrapsihice nerezolvate. De exemplu, unele mame exprimă dorințe ca *„să semene cu fratele meu mai mare, care a avut grijă de mine”*, sau își imaginează că *„îmi va suplini singurătatea”,* sau chiar speră că copilul „*va semăna cu tatăl meu, autoritar, bărbat în toată firea, pentru a mă simți protejată în preajma lui”.* Aceste așteptări reflectă un proces cunoscut sub numele de parentificare, descris de H. Thoma, precum și de H. Romano, unde rolurile tradiționale între părinte și copil sunt inversate: copilul este solicitat să îndeplinească nevoi emoționale ale părintelui, adesea derivând din relații anterioare nesatisfăcătoare ale acestuia cu propriii părinți sau parteneri [100,117].

Parentificarea impune copilului o povară grea, transformându-l într-un substitut pentru un partener, un părinte sau un alt membru al familiei care a fost absent sau inadecvat. Copiii parentificați sunt suprasolicitați și sunt împinși prematur în roluri de adult, fiindu-le atribuite, conștient și inconștient, responsabilități și așteptări nerealiste [141,177]. În loc să fie îngrijiți și protejați, acești copii se trezesc în postura de a oferi suport emoțional adulților, ceea ce reprezintă o inversare a rolului parental care poate avea repercusiuni pe termen lung asupra sănătății lor emoționale și psihologice.

Această dinamică poate afecta capacitatea copiilor de a dezvolta un sine autonom și sănătos, determinând probleme de atașament și dificultăți în relațiile lor viitoare.

Angoase legate de copil

Ca urmare a analizei discursurilor mamelor intervievate, atestăm că unele dintre respondente au experimentat pe parcursul sarcinii fantasme asociate cu anxietate privind copilul. Aceste temeri includeau preocupări grave precum nașterea unui copil cu malformații sau moștenirea unor predispoziții genetice negative: *„a fost o sarcină încărcată de frici, mă temeam mult ca acest copil să nu se nască cu retard mintal, la fel ca și primul copil"; „îmi era frică ca acesta să nu moștenească predispoziția de schizofrenie de la soț"; „aveam diferite idei groaznice, îmi era frică să nu se nască cu unele malformații sau cu vreun sindrom"; „îmi era frică să nu-l pierd, îmi imaginam că o să-l nasc mort".*

Solis-Ponton discută despre angoasele legate de malformații, sugerând că acestea pot fi încadrate într-un context oedipian, unde copilul este văzut ca rodul unei dorințe oedipiene, iar pedeapsa parentală este proiectată sub forma unor posibile anomalii la copil. De asemenea, indică faptul că aceste angoase pot fi înregistrate în structuri psihice mai arhaice, manifestate prin frica de incapacitatea de a produce viață sănătoasă [110].

Presupunem că mamele intervievate, care au relatat despre fantasmele legate de malformații, boli sau sindroame ale copilului în perioada sarcinii, reflectă influențele evenimentelor și experiențelor lor anterioare. Este posibil ca mamele să fi experimentat, în timpul sarcinii, regresii la un nivel arhaic al funcționării psihice. Aceste angoase sunt frecvent însoțite de fantasme legate de incapacitatea de a da viață și de a crea ceva viu și sănătos, fapt ce poate fi interpretat ca o expresie a unui deficit narcisic, unde teama profundă de eșec în a genera viață devine un simptom al unei vulnerabilități narcisice mai largi în imaginea de sine a mamei.

2.4 Concluzii la capitolul 2

Rezultatele obținute în urma cercetării cantitative și calitative au permis formularea următoarelor concluzii:

1. Sinteza rezultatelor evidențiază un impact profund al dinamicilor narcisice în relația mamă-copil, în cadrul căreia copilul este perceput ca o extensie a Eului matern și folosit atât pentru autoreglare emoțională, cât și pentru proiecția aspirațiilor de autorealizare ale mamei. În acest context, se remarcă corelații semnificative între trăsăturile narcisice materne precum autosacrificiul, fanteziile grandioase, instabilitatea stimei de sine și stările nevrotice la copii. Intensificarea

acestor dimensiuni narcisice materne se asociază cu un risc crescut de anxietate de separare și dificultăți în dezvoltarea autonomiei în cazul copiilor, în timp ce instabilitatea stimei de sine favorizează formarea unui atașament nesigur, reflectat prin anxietatea generalizată.

2. Atacul de panică la copii corelează pozitiv cu prezența fanteziilor grandioase la mame și este invers proporțional cu nivelul stimei de sine, indicând faptul că așteptările nerealiste impuse de mamă sporesc vulnerabilitatea emoțională a copilului. De asemenea, studiul subliniază relația dual în cazul tulburării obsesiv-compulsive: un nivel stabil al stimei de sine la mame creează un mediu protector, în timp ce autodevalorizarea maternă corelează pozitiv cu manifestările obsesiv-compulsive. Comportamentele de devalorizare și furia narcisică maternă se asociază cu intensificarea simptomelor depresive la copii, accentuând sentimentele de vinovăție și auto-devalorizare.
3. Analiza datelor indică faptul că dimensiunile narcisice ale mamelor corelează semnificativ cu trăsăturile de personalitate ale copiilor. Comportamentele de devalorizare și furia narcisică manifestate de mamă sunt corelate negativ cu Factorul A (schizotimie vs. ciclotimie), ceea ce se traduce prin accentuarea timidității, detașării și a negativismului la copii. În plus, Factorul C, care reflectă stabilitatea emoțională și maturitatea copilului, corelează negativ cu manifestările narcisice materne (fanteziile grandioase și instabilitatea stimei de sine) și pozitiv cu o stimă de sine sănătoasă a mamei, sugerând că un profil emoțional parental echilibrat favorizează dezvoltarea unei personalități stabile. Factorul D (indiferență vs. excitabilitate) este, la rândul său, asociat pozitiv cu furia narcisică, indicând faptul că nivelurile ridicate de excitabilitate la copii pot fi influențate de reacțiile de furie ale mamei. De asemenea, Factorul H, legat de încrederea în sine, corelează negativ cu fanteziile grandioase și instabilitatea stimei de sine, dar pozitiv cu o stimă de sine ridicată la mame, evidențiind rolul protector al unei imagini de sine sănătoase în formarea încrederii la copii.
4. Interesul și curiozitatea mamelor față de stările mentale ale copilului corelează negativ cu severitatea tulburării obsesiv-compulsive, sugerând că abilitatea mamelor de a mentaliza contribuie la reducerea acestei tulburări la copil. De asemenea, se atestă o corelație semnificativ negativă între nivelul scăzut de mentalizare (pre-mentalizare) al mamelor și factorul H al personalității copilului, indicând că un nivel ridicat de pre-mentalizare la mame este asociat cu o scădere a încrederii în sine a copilului, în timp ce un nivel mai scăzut de pre-mentalizare poate favoriza o încredere de sine mai mare la copil.

5. Analiza de conținut a interviurilor realizate accentuează o legătură profundă între auto-percepțiile negative ale mamelor formate în copilărie și manifestările ulterioare ale acestora în perioada adultă. Imaginea de sine negativă, înscrisă în experiențele timpurii, nu doar că persistă pe parcursul vieții, ci se reflectă și în comportamentele parentale, generând interacțiuni problematice în sfera familială. Rezultatul testului exact Fisher confirmă semnificația statistică a asocierii dintre aceste două componente, indicând că deficiențele emoționale internalizate în copilărie se reiterează ulterior în comportamentele parentale. În consecință, comportamentele parentale disfuncționale pot amplifica tendințele nevrotice ale copiilor, contribuind la crearea unui mediu familial imprevizibil și instabil, care sporește vulnerabilitatea acestora la dezvoltarea unor probleme emoționale și comportamentale.
6. În plus, analiza de conținut a interviurilor a dezvăluit că multe dintre mamele participante la studiu descriu experiențe dificile în copilărie și relatează despre relații problematice cu propriii părinți. Experiențele timpurii negative au presupus un context familial tensionat, fapt care influențează direct modul în care aceste mame interacționează cu proprii copii. În absența unor modele parentale sănătoase ale mamelor, se perpetuează un ciclu de comportamente disfuncționale învățate în copilărie, afectând astfel dezvoltarea emoțională și psihologică a copiilor lor și menținând un model intergenerațional de disfuncționalitate.
7. Analiza de conținut a interviurilor a scos în evidență faptul că imaginea copilului creată în perioada sarcinii reprezintă o proiecție idealizată, încărcată de ambivalențe narcisice, care adesea nu corespund în totalitate realității copilului după naștere. Rezultatul testului exact Fisher indică o discrepanță notabilă între proiecțiile inițiale și experiența relației reale mamă-copil. Astfel, se sugerează renunțarea la imaginea idealizată formată în timpul sarcinii și adaptarea la particularitățile reale ale copilului. Această ajustare a așteptărilor poate contribui la reducerea disonanțelor și tensiunilor care afectează dinamica relației mama-copil, facilitând astfel dezvoltarea emoțională echilibrată a copilului.
8. Rezultatele acestui capitol accentuează importanța recunoașterii și abordării impactului intergenerațional al narcisismului și al disfuncționalităților familiale asupra stărilor nevrotice la copii. Aceste rezultate subliniază necesitatea unor intervenții psihoterapeutice și educaționale care să vizeze ameliorarea stărilor psihoemoționale negative și sprijinirea dezvoltării unei identități sănătoase atât pentru părinte, cât și pentru copil.

3. PROGRAM DE INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ ORIENTAT SPRE DIMINUAREA DIMENSIUNILOR NARCISICE PARENTALE ȘI A STĂRILOR NEVROTICE LA COPIL

3.1 Argumentarea și descrierea programului de intervenție psihologică

În cercetarea noastră pornim de la premisa conform căreia starea nevrotică este o formațiune de compromis, respectiv, reprezintă implicit o modalitate de apărare împotriva conflictelor intrapsihice și a traumatismelor. Conform acestei premise, scopul intervenției psihanalitice de orice nivel – cură psihanalitică, psihoterapie psihanalitică, consiliere psihanalitică – presupune lucrul cu aspectele conflictuale și traumatice inconștiente care determină apariția și dezvoltarea stării nevrotice. În cazul cercetării noastre, suntem preocupați de aspectele conflictuale și traumatice de natură narcisică în contextul relației mamă-copil.

Tot în acest sens, al logicii elaborării demersului de intervenție, menționăm că în spațiul teoretic și practic al psihanalizei se face diferențierea dintre scopurile terapeutice și scopurile analitice ale tratamentului. În acest sens, *scopurile terapeutice* se referă la modificările comportamentale și eliberarea de simptom, iar *scopurile analitice* presupun atingerea unor obiective ce vizează aspecte mai profunde: continuarea procesului de dezvoltare al personalității; dezvoltarea capacităților de autoanaliză; dezvoltarea; înțelegerea propriei funcționări psihice [80, p.111]. În cazul demersului nostru, vom păstra aceeași diferențiere clarificatoare asupra scopurilor terapeutice și scopurilor analitice, menționând că intervenția noastră va viza atât scopuri terapeutice, cât și scopuri analitice.

Scopul acestei etape a cercetării constă în elaborarea și implementarea unui program de consiliere psihologică, de orientare psihanalitică, care să vizeze reducerea dimensiunilor narcisice la mamele a căror copii manifestă stări nevrotice, fapt care va determina și diminuarea stărilor nevrotice la copii.

În concordanță cu scopul cercetării, formulăm pentru acest compartiment al studiului următoarea **ipoteză**: presupunem că implementarea unui program de consiliere psihologică, de orientare psihanalitică, va contribui la reducerea dimensiunilor narcisice ale mamelor și la ameliorarea stărilor nevrotice ale copiilor.

Obiectivele programului de consiliere psihanalitică:

1. Îmbunătățirea capacităților de mentalizare și auto-analiză a părintelui;
2. Analiza și clarificarea imaginii de sine ca și copil, clarificarea imaginilor propriilor părinți și a calității relației cu părinții săi în perioada copilăriei, în cazul mamelor;

3. Analiza imaginii și poziției de părinte, a reprezentărilor conștiente și inconștiente asupra rolului de părinte.
4. Analiza vulnerabilităților narcisice asociate rolului de părinte și a felului în care derivatele acestora sunt proiectate pe copil.
5. Susținerea procesului de separare psihică a beneficiarilor programului de intervenție – mame și copii - și susținerea acestora în demersurile lor de individuare, întrucât considerăm că carențele individuării în sensul narcisic al termenului, sunt identificate atât la copiii, cât și la mamele incluse în cercetare.
6. Diminuarea sau dispariția stărilor nevrotice la copiii incluși în programul de intervenție, ca urmare a clarificării conflictelor și traumatismelor narcisice ale mamelor.

Subiecții programului

Au fost selectate 12 perechi mamă-copil, beneficiari ai Centrului Comunitar de Sănătate Mintală, pentru a participa la programul de intervenție psihologică. Criteriile de includere în studiu au fost următoarele: a) copii cu vârste cuprinse între 8 și 11 ani; b) prezența stărilor nevrotice la copii; c) motivația mamelor de a se implica într-un proces de consiliere psihologică; b) un nivel adecvat al testării realității la mame; c) absența unui transfer negativ puternic la mame încă de la începutul procesului terapeutic, care ar fi putut compromite alianța de lucru și disponibilitatea pentru reflecție și schimbare.

Metodologia de cercetare a urmărit atât analiza proceselor psihodinamice individuale și relaționale, cât și evaluarea impactului intervenției asupra beneficiarilor. Într-o primă etapă, au fost elaborate trei studii de caz psihanalitice, menite să ofere o înțelegere aprofundată a configurației narcisice materne și a modului în care aceasta influențează starea psihoemoțională a copilului. Analiza a vizat aspecte precum dimensiunile narcisice, fragilitatea stimei de sine și nivelul de mentalizare ale mamelor, în corelație cu stările nevrotice și factorii de personalitate a copiilor.

Studiile de caz au fost realizate atât cu scop de cercetare, pentru a ilustra manifestările specifice ale scenariilor narcisice în relația mamă–copil, cât și cu un scop aplicativ, vizând evidențierea modului de implementare a intervenției psihologice și evaluarea eficienței programului propus.

În etapa ulterioară, pentru a măsura eficacitatea intervenției la nivel de grup, a fost aplicat testul nonparametric Wilcoxon asupra celor 12 perechi mamă-copil. Analiza statistică a vizat

reducerea dimensiunilor narcisice la mame, creșterea stimei de sine și a capacității de mentalizare, precum și ameliorarea stărilor nevrotice la copii.

Această abordare metodologică combinată asigură atât o explorare detaliată a structurilor psihodinamice individuale și relaționale, cât și o validare cantitativă a efectelor intervenției asupra întregului grup de studiu, contribuind astfel la o înțelegere mai nuanțată a proceselor de schimbare psihologică în relația mamă-copil.

Structura programului de intervenție psihologică

1. Etapa interviurilor preliminare

Interviul preliminar este un concept-cheie în psihanaliză, care reflectă evoluția tehnicilor psihanalitice odată cu expansiunea teoretică a domeniului. Inițial, S. Freud nu menționează explicit termenul de interviu preliminar, însă utilizarea sa în practica modernă a fost stimulată de nevoia de a integra noi abordări ale patologilor non-nevrotice și de a adapta metodologia psihanalitică la contextele clinice emergente. Actualmente, termenul este perceput în mod variat de către practicienii psihanalizei: unii psihanaliști îl consideră o etapă fundamentală, în care se stabilește cadrul și direcția curei psihanalitice prin explorarea inițială a dinamicii interioare a pacientului, în timp ce alții contestă adecvarea sa în contextul unei cure tradiționale. Această diversitate de opinii subliniază statutul interviului preliminar ca un punct de intersecție între tradiție și inovație în practica psihanalitică.

În cadrul cercetării noastre, am decis să includem etapa interviurilor preliminare, astfel recunoscând importanța acestora în configurarea spațiului terapeutic psihanalitic și înțelegerea dinamicii psihice a beneficiarilor. În cazul demersului nostru, prin utilizarea interviurilor preliminare, facilităm o inițiere treptată a mamelor în procesul psihanalitic, abordând în mod adaptativ și empatic complexitățile și rezistențele acestora. Aceste interviuri sunt importante nu doar pentru a stabili o alianță terapeutică, ci și pentru a evalua nivelul de conștientizare și deschiderea mamelor către introspecție și explorarea inconștientului, elemente fundamentale în succesul oricărei intervenții psihanalitice.

Etapa interviurilor preliminare a constat în două ședințe inițiale, care s-au referit la următoarele obiective specifice pentru această etapă a consilierii:

1. *Stabilirea contactului inițial cu beneficiarii*. S-au pus bazele alianței terapeutice și s-a asigurat continuitatea unui mediu sigur și înțelegător pentru beneficiari.
2. *Analiza discursului liber al beneficiarului. S*-a evaluat calitatea discursului liber, fapt ce a permis înțelegerea modului în care beneficiarul își percepe și articulează problema sa, precum

și capacitatea sa de reflexie și de mentalizare; aceasta etapă este crucială pentru înțelegerea profunzimii și structurii problemei prezentate.

3. *Aplicarea testelor psihometrice.* Această etapă a fost destinată verificării ipotezelor formulate în urma analizei discursului liber. Testele psihometrice au permis obținerea unei imagini obiective asupra aspectelor psihologice și emoționale ale mamei și copilului.
4. *Analiza rezultatelor testelor de către psiholog*. După administrarea testelor, au fost analizate rezultatele pentru a cuantifica următoarele variabile: dimensiunile narcisice, stima de sine și capacitatea de mentalizare, în cazul mamelor; starea psihoemoțională și factorii de personalitate, în cazul copiilor. Am considerat că aceste informații sunt esențiale pentru formularea unui plan de intervenție personalizat.
5. *Discutarea cadrului de lucru în vederea începerii și desfășurării consilierii psihanalitice*. Partea de final a interviurilor preliminare a inclus stabilirea regulilor de lucru și convenirea asupra cadrului terapeutic. Acest pas ne asigură că respondentele înțeleg natura și structura procesului de consiliere psihologică, că sunt de acord cu metodele și limitele acestuia.

Prin aceste acțiuni, etapa interviurilor preliminare pune bazele solide pentru un proces de consiliere eficient, adaptat nevoilor și particularităților fiecărui beneficiar în parte.

2. Etapa ședințelor de bază

În cadrul acestei etape a programului nostru de intervenție, am desfășurat 30 de ședințe de consiliere psihanalitică, cu o frecvență săptămânală de 45 de minute per sesiune. Primele 5 ședințe și ultimele 5 ședințe au implicat participarea comună a perechii mamă-copil, în timp ce celelalte 20 de ședințe au fost destinate exclusiv mamei. Obiectivele formulate pentru această etapă au fost concepute astfel încât să răspundă nevoilor specifice ale mamei și să influențeze pozitiv dinamica narcisică în relația părinte-copil. Totodată, aceste obiective au avut în vedere abordarea și ameliorarea stărilor nevrotice ale copiilor. Astfel, referindu-ne la ambele grupuri de beneficiari – mame și copii – nominalizăm obiectivele acestei etape de lucru:

- *Implicarea tot mai profundă a mamei în procesul analitic de lucru.* Acest obiectiv urmărește să angajeze mama într-o reflecție continuă asupra propriilor trăsături narcisice și a modului în care acestea afectează relația cu copilul, încurajând-o să exploreze și să modifice aceste aspecte pentru a susține dezvoltarea sănătoasă a copilului.
- *Observarea și valorificarea terapeutică a transferului și contratransferului*. Prin analiza transferului și contratransferului, consilierea își propune să identifice și să intervină în pattern-

urile repetitive prin care comportamentele narcisice ale mamei se reflectă în interacțiunile cu copilul, afectând starea acestuia.

- *Conținerea stărilor dificile și a trăirilor conflictuale ale mamei în cadrul ședințelor*. Acest obiectiv include gestionarea stărilor psihoemoționale intense și a conflictelor interne ale mamei, asigurându-se că acestea nu sunt proiectate asupra copilului, întrucât acest fapt ar putea amplifica stările nevrotice ale acestuia.
- *Identificarea și analiza rezistențelor.* Identificarea rezistențelor mamei față de modificarea perspectivelor și comportamentelor narcisice este crucială pentru a facilita schimbări durabile în comportamentul parental, care să sprijine nevoile copilului.
- *Formularea și oferirea interpretărilor pertinente stărilor și trăirilor beneficiarilor*: Acest obiectiv vizează formularea și verbalizarea interpretărilor care să ajute părintele să înțeleagă mai bine cum propriile nevoi narcisice influențează relația cu copilul și cum acestea contribuie la manifestările nevrotice ale copilului.

Prin aceste obiective, intervenția noastră și-a propus să modifice dinamica narcisică a relației părinte-copil, reducând astfel influența negativă asupra dezvoltării psihice a copilului și a stărilor sale nevrotice.

3. Etapa de încheiere a procesului de consiliere

Etapa finală a consilierii psihanalitice a cuprins 5 ședințe dedicate consolidării rezultatelor intervenției. Procesul de încheiere a fost gândit astfel încât să permită suficient timp pentru sumarizarea rezultatelor și reflecția asupra progresului terapeutic realizat, facilitând astfel o interiorizare efectivă a interpretărilor și insighturilor dobândite de-a lungul intervenției. Această etapă a procesului de consiliere a inclus activități specifice, cum ar fi:

- *Sumarizarea progresului:* recapitularea evoluțiilor în comportamentul și percepțiile mamei, cu accent pe modificările în dinamica narcisică și efectele acestora asupra copilului.
- *Reflecții asupra procesului terapeutic*: încurajarea mamei să reflecteze asupra experienței sale în consiliere, vorbind deschis despre momentele semnificative, dificultățile întâmpinate și depășirea acestora.
- *Interiorizarea insighturilor:* prin discuții dirijate, părintele fost ajutat să internalizeze descoperirile și conștientizările profunde legate de propriul comportament și impactul acestuia asupra copilului.

- *Planificarea viitorului:* dialogul a inclus și discuții despre strategiile de menținere a sănătății psihologice și a relațiilor îmbunătățite, precum și despre modul în care mama poate continua să utilizeze în mod independent tehnicile și abilitățile dobândite în consiliere.

Pe lângă aceste componente terapeutice și analitice, etapa finală a inclus și posttestarea subiecților pentru a evalua progresul comparativ cu evaluările inițiale, astfel fiind asigurată o perspectivă obiectivă asupra schimbărilor și efectelor consilierii psihologice. Acest proces a facilitat nu doar o încheiere structurată a ședințelor, dar a oferit și o bază solidă pentru continuarea autoreflexiei și autocunoașterii în viața cotidiană.

În elaborarea programului formativ, am optat pentru o abordare psihanalitică, implicând un arsenal diversificat de procedee, tehnici și metode inspirate din psihanaliză. Această intervenție este structurată cu o dublă focalizare: pe părinte și pe dinamica părinte-copil. R. Roussilion subliniază rolul esențial al părintelui în etiologia simptomelor copilului [102, p.694], ceea ce reflectă pertinența abordării în demersurile de consiliere nu doar a copilul, ci și a dinamicii familiale în care simptomele acestuia se manifestă.

Prin urmare, instrumentarul psihanalitic a fost adaptat pentru a aborda nu doar manifestările individuale ale narcisismului și a stărilor nevrotice, ci și pentru a explora cum sunt înrădăcinate și perpetuate acestea în cadrul relațiilor familiale. Acest lucru implică o analiză profundă a modurilor în care părintele reflectă, moderează și, uneori, amplifică simptomatologia copilului.

În continuare vom prezenta principalele tehnici utilizate în cadrul intervenției:

1. Clarificarea și confruntarea

Clarificarea și confruntarea sunt tehnici esențiale în procesul nostru de intervenție psihanalitică, servind ca mijloace prin care putem ilustra și aborda anumite stări psihoemoționale, tipare de comportament și gândire ale părintelui. Clarificarea implică explorarea în profunzime a materialului adus de mamă - care este adesea vag sau contradictoriu – această tehnică facilitând o mai bună înțelegere a conținutului exprimat. Utilizând tehnica confruntării, scoatem în evidență discrepanțele, paradoxurile și inconsecvențele din discursul sau acțiunile individului, subliniind astfel prezența funcționării conflictuale, mecanismelor de apărare, rezistenței și reprezentărilor contradictorii despre sine și obiect, cât și un simț al realității diminuat [65,135].

Aceste tehnici sunt esențiale în dezvoltarea capacității de auto-observare a beneficiarului, implicând Eul observator în dezvoltarea unei perspective obiective asupra propriei persoane și a

celuilalt. Prin provocarea părintelui la introspecție, aceste tehnici contribuie semnificativ la conștientizarea proiecțiilor sale.

În plan terapeutic și topografic, clarificarea și confruntarea funcționează predominant în sferele conștiente și preconștiente ale psihicului, pregătind calea pentru etapa interpretării, care vizează aspectele inconștiente. Conform literaturii de specialitate, este recomandabil să aplicăm mai întâi clarificarea și confruntarea, urmând ca într-o fază mai avansată a tratamentului să intervenim prin interpretări [42,60,64,65,135].

Implementarea acestor două tehnici necesită tact și răbdare; ele nu trebuie să reprezinte o intruziune agresivă în psihicul părintelui, ceea ce ar putea leza narcisismul acestuia. J. Allen și P. Fonagy sugerează ca psihologul să adopte o poziție activă, punând întrebări într-o manieră curioasă și interesată, promovând astfel mentalizarea și înțelegerea mai profundă a dinamicii părinte-copil [5]. În cazul intervenției noastre, părintele a fost încurajat să își detalieze experiențele și interacțiunile cu copilul, ceea ce a facilitat explorarea și elucidarea problemelor narcisice și nevrotice întâmpinate.

În continuare, prezentăm câteva exemple de implementare a clarificării și confruntării:

- ***Clarificare:***

Situație: Un părinte descrie frecvente dispute dintre sine și copilul său, atribuindu-le exclusiv comportamentului „iresponsabil" al copilului.

Tehnica de clarificare: Psihologul ar putea invita părintele să descrie mai detaliat aceste situații, încurajându-l să exploreze nu doar comportamentul copilului, dar și propriile reacții și emoții în acele momente. Acest proces poate ajuta părintele să recunoască cum propriile așteptări sau frustrări pot escalada conflictul.

- ***Confruntare:***

Situație: Un părinte insistă că „știe cel mai bine" ce îi trebuie copilului, refuzând să considere perspectivele sau dorințele acestuia, pe care le percepe ca fiind nerealiste sau naive.

Tehnica de confruntare: Psihologul poate evidenția cum această atitudine poate fi văzută ca o proiecție a propriilor nevoi nesatisfăcute sau a dorințelor narcisice ale părintelui, blocând astfel dezvoltarea autonomiei copilului. Confruntarea poate include discutarea modului în care această atitudine afectează stima de sine a copilului și relația lor.

- ***Integrarea tehnicilor în scenarii clinice:***

Clarificare și confruntare în ședință: În ședințele de consiliere, psihologul ar putea folosi clarificarea pentru a ajuta părintele, de exemplu, să înțeleagă cum descrierea sa despre „lipsa de recunoștință" a copilului reflectă o nevoie interioară nesatisfăcută de a fi apreciat și iubit. Confruntarea ar putea urma, arătând cum aceasta poate duce la presiuni asupra copilului de a îndeplini nevoi narcisice ale părintelui, ce depășesc rolul copilului.

2. Interpretarea

Interpretarea, în cadrul practicii psihanalitice, este definită drept un proces de elucidare a semnificațiilor latente din discursul și comportamentul subiectului, fiind investigate sensurile ascunse ale acestora. De asemenea, interpretarea dezvăluie dinamica conflictelor defensive și urmărește să identifice dorințele inconștiente ce se manifestă în diversele expresii ale psihicului [71]. Totuși, funcția principală a interpretărilor este de a construi conexiuni — între gânduri, sentimente și acțiuni, între trecut și prezent, sau între diferite evenimente — facilitând astfel o mai bună înțelegere a structurii interne a clientului.

Caracteristicile fundamentale ale interpretării:

- *Caracter ipotetic.* Interpretarea este conceptualizată ca o ipoteză, nu ca un adevăr absolut. Aceasta oferă o alternativă pentru înțelegerea fenomenelor psihice, invitând la reconsiderarea lor dintr-o nouă perspectivă.
- *Caracter reflexiv.* Interpretarea este menită să stimuleze clientul să examineze propriile experiențe sub un unghi nou, diferit de percepțiile sale obișnuite, deschizând astfel calea către auto-descoperire și insight personal [60].

Interpretarea se poate referi la următoarele aspecte ale consilierii psihanalitice: relația consilier-client (relația transfer - contratransfer), legând materialul ședinței cu relația dintre psiholog și client; sistemul defensiv al clientului și modul în care se protejează de suferința psihică, incluzând rezistența la procesul terapeutic; structura și funcționarea psihică a clientului.

O interpretare eficientă în cadrul consilierii psihanalitice se supune unor principii bine definite pentru a asigura că aceasta este nu doar recepționată, ci și utilă clientului, aceste principii referindu-se la:

- *Accesibilitatea conștientă.* Interpretările se bazează pe informații din zona preconștientului clientului, adică pe acele aspecte ale experienței sale care sunt la marginea conștientului, dar accesibile prin introspecție. Acest principiu garantează că interpretările sunt relevante și

psihologic accesibile pentru client. Nu avansăm ipoteze despre funcționarea inconștientă, decât dacă sunt indicii clare că clientul este pregătit să le înțeleagă și să le integreze.

- *Timing adecvat.* Interpretările nu trebuie oferite prematur. Interpretările sunt mai eficiente și mai puțin susceptibile de a întări rezistențele când sunt propuse într-un context în care clientul are încredere în psiholog, relația terapeutică este solidă și anxietatea clientului este gestionabilă. Aceste condiții permit clientului să fie deschis și receptiv la noi perspective asupra propriei sale experiențe.
- *Formularea interpretărilor sub formă de ipoteze.* Potrivit lui M. Winborn, procesul de interpretare în psihanaliză urmează principiile metodei științifice: inițial, se formulează o ipoteză cu privire la subiectul studiat; ulterior, se creează un model experimental pentru testarea ipotezei; se colectează date conform acestui model, iar ipoteza este evaluată pe baza rezultatelor obținute. Analistul revine la ascultare și observare pentru a analiza răspunsul clientului (manifestat explicit sau implicit) și pentru a decide dacă interpretarea a avut un efect transformator, a fost inertă sau, dimpotrivă, contraproductivă. Interpretările propuse funcționează ca ipoteze deschise, care pot fi validate sau invalidate prin feedback-ul și experiențele clientului. Această abordare încurajează un dialog deschis și o explorare comună a semnificațiilor și implicațiilor, fără a impune o perspectivă autoritară [123, p.155].
- *Proces colaborativ de reflecție*. Interpretarea devine eficace atunci când implică activ clientul în procesul de gândire și reflecție. Psihologul oferă ipoteza, iar clientul este invitat să o considere, să o dezvolte și să o integreze în propria înțelegere a sinelui și a lumii. Astfel, interpretarea devine un produs comun al colaborării în „spațiul potențial” (un termen winnicottian care desemnează un mediu terapeutic în care se pot explora liber gânduri și sentimente) [16].

Autori precum J. Allen, P. Fonagy, A. Bateman, O. Kernberg recomandă să facem interpretări axate pe stările mentale din prezent, decât pe trecut. De asemenea, acestea trebuie să fie simple și directe [5,65,129].

Conform lui H. Faimberg, procesul interpretativ în psihanaliză nu se încheie odată cu enunțarea interpretării de către psiholog. Clientul joacă un rol activ în acest proces, ascultând și reinterpretând interpretările în contextul propriilor experiențe și istorie psihică. Aceasta înseamnă că fiecare interpretare este filtrată și transformată prin prisma contextului inconștient al clientului, ceea ce poate modifica semnificativ semnificația inițială a interpretării. Faimberg subliniază că modul în care clientul ascultă și reacționează la discursul terapeutului este revelator pentru identificările sale, care

sunt adesea inconștiente. Aceste identificări reflectă cum clientul a învățat să perceapă și să interacționeze cu lumea, bazându-se pe relațiile și experiențele timpurii [44].

În contextul relației părinte-copil, acest proces de ascultare și reinterpretare este deosebit de important. Interpretările oferite de psiholog pot ajuta părintele să își examineze și să își conștientizeze modul în care propriile identificări și proiecții influențează relația cu copilul său. De exemplu, modul în care un părinte ascultă și reacționează la o interpretare referitoare la comportamentul său de protecție excesivă poate dezvălui temeri inconștiente legate de propria vulnerabilitate sau experiențe de abandon din trecut.

Astfel, interpretările psihologului nu doar că oferă insight-uri părintelui, dar și ilumineză dinamica subiacentă care poate perpetua anumite pattern-uri comportamentale nocive în relația cu copilul. Recunoașterea și înțelegerea acestor pattern-uri sunt esențiale pentru a facilita schimbări pozitive în comportamentul parental și pentru a îmbunătăți dinamica familială.

În cadrul intervenției noastre, interpretarea a fost direcționată atât către părinte, cât și către copil, reflectând o abordare terapeutică integrată. Conform lui J. Mazano, F. Palacio Espasa și N. Zilkha, oferirea unei interpretări părintelui în prezența copilului are un rol crucial în conștientizarea de către copil a încărcăturii conflictuale rezultate din proiecțiile parentale. Aceasta permite copilului să se elibereze de povara inconștientă a așteptărilor și proiecțiilor părintelui, oferindu-i oportunitatea de a se distanța de acestea, lucru pe care rar l-ar iniția de unul singur [76, p.34].

În același timp, interpretarea adresată copilului în prezența părintelui facilitează o înțelegere reciprocă a conflictelor care afectează ambii membri ai relației. Acest proces revelă modul în care fiecare parte contribuie, adesea involuntar, la perpetuarea unui ciclu vicios de comportamente și reacții defensive care se auto-alimentează.

Astfel de interpretări ajută părintele să își recunoască propriile probleme narcisice și să înceapă procesul de doliu. Aceasta este o etapă esențială pentru rezolvarea conflictelor intrapsihice și pentru redefinirea modului în care părintele se raportează atât la sine, cât și la copilul său. Prin această metodă, intervenția noastră își propune să creeze un spațiu terapeutic în care fiecare membru al familiei poate să exploreze și să rezolve tensiunile interioare și relaționale, facilitând astfel dezvoltarea unor dinamici familiale mai sănătoase și mai suportive.

3. Analiza transferului ca instrument de lucru

Transferul este un fenomen central în psihanaliză, reprezentând procesul prin care clientul proiectează sentimente, dorințe și fantasme inconștiente pe figura psihologului. Acest fenomen nu este

doar un efect secundar al terapiei, ci un instrument terapeutic important, care facilitează accesul la materialul inconștient al clientului. În cadrul demersului terapeutic, clientul poate reactiva și redirecționa emoțiile și conflictele din trecut către psiholog, tratându-l pe acesta ca pe o figură semnificativă din propria sa istorie personală [71, p.437].

Prin interpretarea transferului, psihologul poate ajuta clientul să recunoască și să înțeleagă modul în care experiențele și relațiile trecute modelează percepțiile și comportamentele actuale. De exemplu, un client poate experimenta sentimente intense de atașament sau ostilitate față de psiholog, care, de fapt, reflectă relațiile sale anterioare cu părinții sau alte figuri autoritare.

Recunoașterea și analiza transferului îi permit clientului să revizuiască, să înțeleagă și să rezolve conflictele sale interpersonale și intrapersonale, să înțeleagă felul în care reproduce înafara cadrului terapeutic anumite pattern-uri emoționale și comportamentale. Cadrul terapiei psihanalitice presupune un spațiu securizant în care manifestările transferențiale pot fi identificate și analizate.

S. Freud considera că „transferul se constituie spontan în toate relațiile umane, inclusiv între cea dintre medic și pacient" [apud 72, p.1177]. H. Etchegoyen plecând de la ceea ce spunea S. Freud definește transferul ca fiind un „fenomen general, universal și spontan, care constă în a lega trecutul de prezent prin intermediul unei false conexiuni care suprapune obiectul original celui actual" [42, p.82].

Fiind un fenomen psihic universal, transferul este prezent inclusiv în dinamica relației părinte-copil, în contextul căreia părinții tind să proiecteze asupra copiilor propriile fantasme, sentimente, dorințe și scenarii. Deși această proiecție este un proces firesc, anumite proiecții parentale pot deveni patogene și pot interfera cu satisfacerea nevoilor narcisice sănătoase ale copilului. Astfel de proiecții patogene pot afecta dezvoltarea psihologică a copilului și dinamica relațională în familie.

În acest context, unul dintre obiectivele principale ale consilierii psihologice inspirate din psihanaliză este diminuarea dimensiunilor narcisice parentale patogene și restructurarea scenariilor parentale într-un mod care să sprijine dezvoltarea sănătoasă a copilului. Gestionarea adecvată a transferului și contratransferului în cadrul sesiunilor de consiliere, prin tehnici de conținere și interpretare, reprezintă un obiectiv important. Aceste instrumente permit nu doar diminuarea impactului proiecțiilor parentale, dar și mentalizarea lor, adică procesul de reflectare asupra propriilor stări mentale și asupra modului în care acestea influențează interacțiunea cu copilul.

Prin conținerea emoțională oferită în consiliere, părintele este ajutat să recunoască și să reguleze emoțiile și proiecțiile care altfel ar putea fi neanalizate și exprimate în moduri care să dăuneze

copilului. Interpretarea, pe de altă parte, oferă părintelui perspective noi asupra comportamentului său și deschide calea către o înțelegere mai profundă a propriilor motive inconștiente, facilitând astfel o reconfigurare a relației parentale într-o manieră mai conștientă și mai sănătoasă.

Conform lui J. Mazano, F. Palacio Espasa și N. Zilkha, natura transferului parental influențează tipul de intervenție terapeutică recomandată. Un transfer pozitiv, caracterizat de încredere și colaborare, indică eficiența unei consilieri parentale de scurtă durată. Transferul negativ, dominat de rezistență sau ostilitate, necesită o psihoterapie psihanalitică de durată mai lungă, pentru abordarea profundă a conflictelor inconștiente. În intervențiile scurte, interpretările trebuie centrate pe modul în care părintele proiectează asupra copilului propriile relații timpurii, acordând atenție anxietăților preoedipiene, precum teama de separare și pierdere [76, p.31].

Analiza contratransferului ca instrument de lucru

Contratransferul, definit ca reacția psihoafectivă a psihologului la transferul clientului, este omniprezent și esențial în procesul terapeutic. Referindu-ne la specificul cercetării noastre, vom menționa că analiza contratransferului permite accesarea și procesarea în profunzime a materialul psihic inconștient al părintelui, fiind asigurată astfel o înțelegere mai profundă a dinamicii subiacente care influențează comportamentul parental [53, p.73].

A. Perez-Sanchez descrie transferul ca o formă de comunicare esențială în care clientul, adesea în mod inconștient, încearcă să transmită anumite stări mintale prin comportamentul său. Reacția contratransferențială a psihologului la această comunicare reprezintă un material psihic important, deoarece oferă indicii despre cum părintele transferă propriile conflicte, anxietăți și dorințe narcisice asupra copilului său. Prin interpretarea acestor manifestări, psihologul poate ajuta părintele să recunoască și să restructureze aceste proiecții patogene care pot influența negativ dezvoltarea emoțională și psihologică a copilului [91].

Pentru utilizarea eficientă a contratransferului în cadrul intervențiilor psihanalitice, este esențială menținerea din partea psihologului unei vigilențe constante asupra diferenței dintre propriile stări mentale și cele ale clientului. Acest discernământ este crucial în evitarea confuziei între emoțiile și gândurile personale ale psihologului și cele ale clientului, care pot influența interpretările și răspunsurile terapeutice.

În plus, psihologul trebuie să evite verbalizarea prematură a ipotezelor și concluziilor. Această tendință este o capcană comună care poate deriva din experiențele anterioare ale terapeutului sau din așteptările sale inconștiente, ceea ce poate obstrucționa procesul de înțelegere a dinamicii reale a

clientului. În acest sens, J. Allen și P. Fonagy subliniază importanța adoptării unei atitudini mentalizante de „a nu ști”[5, p.285]. Această abordare presupune o curiozitate deschisă, dar, în același timp, reținerea de la formularea concluziilor, facilitând astfel o explorare mai profundă și mai obiectivă a experiențelor clientului.

Menținând această poziție de „a nu ști”, psihologul încurajează un spațiu terapeutic în care clientul poate să exploreze și să articuleze gândurile și sentimentele sale fără presiunea de a se conforma ipotezelor preformulate ale psihologului. Acest cadru favorizează o mai bună înțelegere a modului în care proiecțiile clientului influențează relația terapeutică și dinamica sa psihologică, permițând psihologului să utilizeze contratransferul nu ca un obstacol, ci ca o resursă pentru înțelegerea inconștientului clientului.

Prin adoptarea acestei atitudini, psihologul poate oferi răspunsuri mai ajustate și mai eficiente, care sunt cu adevărat aliniate nevoilor și experiențelor unice ale clientului, îmbunătățind astfel eficacitatea intervențiilor psihanalitice în abordarea problemelor complexe, cum ar fi cele întâlnite în dinamica narcisică a relației părinte-copil.

Reacțiile contratransferențiale ale psihologului sunt adesea influențate de proiecțiile părintelui asupra sa, care includ nu doar obiecte interne ale părintelui, dar și alte aspecte ale Sinelui acestuia [39]. De obicei, imaginea parentală pe care părintele o proiectează asupra copilului tinde să fie similară cu cea proiectată pe psiholog. Astfel, comportamentele părintelui care evocă respingere sau abandon în copil pot declanșa reacții contratransferențiale similare în psiholog.

Dacă psihologul nu reușește să conțină și să analizeze aceste reacții contratransferențiale, există riscul ca intervenția să fie compromisă, iar terapia să fie întreruptă. Este esențial ca psihologul să mențină o porțiune din sine obiectivă și analitică, capabilă să diferențieze între propriile stări mentale și identificările proiective ale părintelui. Această distincție este crucială pentru a preveni pierderea obiectivității și pentru a evita răspunsuri terapeutice care ar putea reflecta propriile nevoi nesatisfăcute sau reacții la proiecțiile părintelui [76, p.32].

Când părinții solicită ajutor pentru ei înșiși sau pentru copilul lor, deseori experimentează sentimente complexe de vinovăție și rușine, care pot fi exacerbate de dinamica narcisică a relației părinte-copil. Aceste emoții pot influența profund relația transferențială cu psihologul. M. Frick evidențiază că o cantitate moderată de vinovăție sau rușine poate fi constructivă, funcționând ca un catalizator pentru schimbare. Cu toate acestea, în cazurile în care aceste sentimente devin copleșitoare,

ele pot distorsiona percepțiile părintelui și pot duce la comportamente autodistructive sau de negare, prin care părintele proiectează aceste emoții pe psiholog [154].

În contextul narcisic, această proiecție poate fi particular intensă. Părinții pot deveni provocatori, încercând să transfere psihologului sentimentul lor de vinovăție, sau pot adopta o poziție de victimă, proiectând nevoile lor narcisice nesatisfăcute. În situația unui sentiment exagerat de rușine, părintele poate manifesta comportamente agresive și defensive, care maschează vulnerabilitățile narcisice profunde și un sentiment de inadecvare.

Astfel de dinamici transferențiale complicate necesită mai mult decât o intervenție terapeutică de scurtă durată. Ele solicită o abordare de lungă durată, care să permită explorarea și procesarea atentă a acestor stări emoționale, precum și a dinamicii narcisice subiacente. Terapia de lungă durată oferă cadrul necesar pentru ca părintele să își recunoască și să își integreze aspectele narcisice și emoțiile asociate, facilitând astfel un parcurs terapeutic care vizează nu doar alinarea simptomelor nevrotice ale copilului, dar și rezolvarea problemelor parentale care contribuie la acestea.

Un element esențial în dinamica intervenției terapeutice este potențialul de regresie al psihologului și identificarea acestuia cu copilul. Aceasta este o posibilitate reală, în special dacă psihologul nu și-a rezolvat propriile conflicte intrapsihice și stările afective legate de relațiile cu propriii părinți. Astfel de „zone oarbe” pot determina psihologul să proiecteze nevoile și emoțiile sale nesoluționate în relația terapeutică, riscând să devină excesiv de critic și acuzator față de părintele aflat în consiliere [154].

Această dinamică poate fi deosebit de sensibilă în contextul lucrului cu dimensiunilor narcisice ale relației părinte-copil, unde emoțiile intense și negestionate ale părintelui pot rezona cu experiențele nerezolvate ale psihologului. Dacă psihologul se identifică inconștient cu copilul și resimte greutățile acestuia ca fiind propriile greutăți, există un risc crescut de a încărca relația terapeutică cu propriile frustrări și dorințe de reparație.

Ca urmare a celor expuse mai sus, putem concluziona că gestionarea eficientă a transferului și contratransferului este fundamentală pentru psihologul care abordează dinamica complexă a relației părinte-copil. Prin analiza atentă a acestor fenomene, psihologul poate dezvălui și investiga proiecțiile parentale care influențează această relație, facilitând identificarea și explorarea aspectelor inconștiente care guvernează comportamentele și emoțiile părintelui. Acest proces permite formularea de interpretări pertinente, care ajută părintele să recunoască și să înțeleagă propria realitate psihică, cât și impactul acesteia asupra copilului. De asemenea, gestionarea adecvată a transferului și

contratransferului permite psihologului să servească drept un model pentru părinte în procesul de mentalizare, adică în capacitatea de a reflecta asupra stărilor mentale proprii și ale celuilalt.

5. ***Crearea unui spațiu terapeutic de conținere***

Conținerea, un termen formulat de W. Bion în 1962, descrie capacitatea mentală maternă de a primi și procesa proiecțiile bebelușului, facilitându-i acestuia descoperirea propriilor nevoi [apud 3,9]. Conform dicționarului Asociației Internaționale de Psihanaliză, conținerea implică o interacțiune dinamică între „conținător" și „conținut", urmând mai multe etape esențiale: inițial, o stare mentală sau „conținut" este comunicată de la un individ (transmițător) la altul (receptor). Receptorul „conține" această stare mentală, procesând-o prin elaborare psihică, transformând astfel conținutul brut într-o formă mai elaborată. Ulterior, acest conținut transformat, împreună cu 'funcția de conținere' propriu-zisă, poate fi reintroiectat de către transmițător [83].

Procesul de conținere implică operații psihice precum identificarea, transformarea și interpretarea. Conținătorul nu este perceput ca un obiect static, ci ca un obiect activ, care posedă capacitatea de a efectua un travaliu psihic inconștient necesar pentru transformarea impresiilor senzoriale brute, legate de experiențe emoționale. Cu alte cuvinte, conținătorul funcționează ca un mediu receptiv și transformativ, esențial pentru procesarea experiențelor emoționale complexe.

Abilitatea psihologului de a gestiona transferul și contratransferul, precum și de a formula interpretări este strâns legată de capacitatea de conținere. În contextul psihoterapiei și consilierii psihanalitice, psihologul devine obiectul pe care beneficiarul își proiectează stările mentale, care țin de natura propriului sine și a obiectelor sale interne [91]. Iar pentru a realiza o conținere adecvată psihologul trebuie să țină cont de etapele acestui proces: 1) conținutul psihic neelaborat, încărcat de anxietate intensă, este proiectat de către beneficiar pe psiholog; 2) beneficiarul adaugă proiecției comunicări, atitudini și comportamente infra-verbale și verbale ce acționează ca inducții emoționale asupra psihologului; 3) psihologul trebuie să fie deschis să se lase atins de proiecție, adică să accepte materialul psihic proiectat; 4) psihologul simte emoții, pe unele în mod conștient, dar mai ales inconștient, prin identificări; 5) psihologul elaborează și transformă atât materialul proiectat de către beneficiar, cât și propriilor conflicte și afecte mobilizate prin proiecție [83].

Conținerea reprezintă un concept indispensabil în cadrul cercetării noastre, atât în plan teoretic, cât și practic. Acest concept ne permite să identificăm lacunele în funcționarea psihică a părintelui, a incapacității acestuia de a metaboliza propriile stări mentale, precum și pe cele ale copilului. De

asemenea, putem constata conflictele și deficitele narcisice ale părintelui care sunt proiectate pe copil și care derivă din incapacitatea acestuia de a le conține și mentaliza.

Unul dintre scopurile fundamentale ale consilierii psihanalitice parentale este acela de a spori conștientizarea părintelui referitoare la propriile stări mentale, la conflictele interne și la deficiențele narcisice, precum și la modul în care acestea influențează relația cu copilul său. În acest context, capacitatea de conținere a psihologului devine esențială, facilitând un proces terapeutic în care părintele poate să exploreze și să înțeleagă proiecțiile și nevoile narcisice ale copilului.

Prin funcția sa de conținere, psihologul creează un mediu terapeutic sigur, care permite o explorare atentă și profundă a comunicărilor atât conștiente, cât și inconștiente. Manzano, Espaza și Zilkha subliniază că spațiul terapeutic servește ca un recipient al proiecțiilor părintelui, cât și ale copilului, facilitând un spațiu în care aceste proiecții pot fi nu doar exprimate, dar și metabolizate în mod constructiv [76, p.30].

Sub aspect tehnic, procesul de conținere implică nu doar ascultarea, acceptarea materialului proiectat, gândirea materialului proiectat, dar și interpretarea, care permite reintegrarea materialului psihic procesat înapoi la părinte, îmbunătățit cu înțelegeri noi. Interpretarea, ca etapă finală a procesului de conținere, implică recunoașterea și diferențierea între nevoile proprii și cele ale copilului, precum și gestionarea conflictelor interne care pot distorsiona percepția realității. Funcția conținătoare a psihologului își dovedește eficacitatea prin facilitarea unui proces în care părintele își poate internaliza capacități noi de gândire și de reglare emoțională, îmbunătățind astfel calitatea interacțiunilor sale cu copilul.

6. Intervenții bazate pe mentalizare

Terapia bazată pe mentalizare (MBT), dezvoltată de J. Allen, P. Fonagy și A. Bateman, integrează concepte fundamentale psihanalitice elaborate de S. Freud, M. Klein, W. Bion și D. Winnicott, alături de teoria atașamentului. Conform lui J. Allen și al., mentalizarea este un proces mental esențial, prin care individul interpretează acțiunile proprii și ale altora ca fiind motivate de stări mentale precum dorințe, nevoi, sentimente, credințe și motive, atât în mod implicit, cât și explicit [5, p.31].

Intervențiile mentalizante urmăresc trei obiective principale în terapia familială:

1. Încurajarea pacienților să acorde o atenție sporită propriilor stări mentale și ale celorlalți, sporind astfel conștientizarea de sine;

2. Dezvoltarea capacității de a recunoaște perspective multiple ale realității psihice – capacitate esențială pentru înțelegerea complexității relațiilor umane;
3. Îmbunătățirea capacității de reglare afectivă, în special în situații de intensitate emoțională crescută.

Terapia de familie bazată pe mentalizare pornește de la premisa că multe dintre problemele relaționale și comportamentale prezente într-o familie derivă dintr-un deficit de mentalizare. Acest deficit poate duce la înțelegeri eronate și la reacții bazate pe presupuneri greșite despre stările mentale ale celorlalți. În acest context, terapia se concentrează pe dezvoltarea unei atitudini de curiozitate și explorare față de stările mentale, atât ale părintelui cât și ale copilului, încurajându-se astfel o mai bună înțelegere reciprocă și o comunicare îmbunătățită [208].

Fearon și col. propun șapte intervenții centrale în cadrul terapiei familiale bazate pe mentalizare:

1. Identificarea, sublinierea și încurajarea situațiilor de mentalizare reușită ale părintelui;
2. Promovarea și susținerea curiozității părintelui față de stările mentale ale copilului;
3. Întreruperea unui interacțiuni non-mentalizate și manifestarea interesului pentru trăirile fiecărui individ în timpul acestei interacțiuni;
4. Identificarea narațiunilor non-mentalizate repetitive;
5. Identificarea și etichetarea stărilor afective ascunse;
6. Utilizarea întrebărilor ipotetice;
7. Raportarea psihologului la sine, prin comunicarea propriilor stări mentale și a modului în care acestea sunt influențate de comportamentul și interacțiunea membrilor familiei [151].

În urma cercetărilor realizate în varii contexte terapeutice, J. Allen, A. Bateman și P. Fonagy au reușit diferențierea caracteristicilor intervențiilor terapeutice care influențează pozitiv sau negativ capacitatea de mentalizare. După cum putem vedea în tabelul 3.1 psihologul trebuie să mențină o poziție activă în cadrul intervențiilor, o atitudine constantă de curiozitate autentică, empatie și conținere. În același timp, se recomandă evitarea interpretărilor lungi și complicate, precum și hiper-raționalizărilor [5, p.285].

Tabelul 3.1 Caracteristici ale intervențiilor care influențează mentalizarea (Allen, Bateman și Fonagy, 2008/2022)

Intervenții care susțin mentalizarea	**Intervenții care subminează mentalizarea**
• Menținerea unei atitudini de curiozitate a terapeutului; • Stabilirea și menținerea alianței terapeutice; • Promovarea unui angajament afectiv corespunzător spațiului terapeutic - nici prea intens, nici prea distant; • Oglindirea emoțiilor pacientului; • Oferirea intervențiilor scurte și la obiect; • Menținerea unui echilibru în ceea ce privește implicarea în explorarea stărilor mentale proprii și a celorlalți; • Abordarea transferului; • Validarea experienței pacientului înainte de oferirea unor perspective alternative; • Expunerea propriei perspective, astfel încât pacientul să poată corecta mentalizarea distorsionată a terapeutului; • Conștientizarea și recunoașterea propriilor neajunsuri de mentalizare.	• Tendința psihologului de a se manifesta ca fiind deștept, hiper-rațional și pătrunzător; • Oferirea unor intervenții complicate și prelungite; • Intervenții prin discursuri prea elaborate, lungi, formulate în termeni științifici; • Atribuirea de stări mentale pe baza preconcepțiilor teoretice; • Prezentarea propriilor idei categorice referitoare la funcționarea beneficiarului; • Utilizarea transferului pentru explorarea repetițiilor inconștiente ale comportamentelor din trecut: • Încurajarea tăcerilor prelungite; • Reacții emoționale intense ale psihologului, care își pun amprenta inclusiv asupra răspunsurilor oferite beneficiarului.

7. Psihoeducație

Psihoeducația este definită ca o modalitate de tratament care combină profesionist intervențiile psihoterapeutice cu cele educaționale, creând o sinergie între cele două. Conform lui Allen, Fonagy și Bateman, beneficiarii intervențiilor psihologice pot colabora mai eficient și pot obține rezultate terapeutice superioare dacă înțeleg motivațiile și obiectivele intervențiilor psihologice. Studiile de specialitate indică faptul că furnizarea de explicații convingătoare și raționale beneficiarilor reprezintă un factor predictiv semnificativ pentru succesul intervenției și pentru solidificarea alianței terapeutice [5, p.486].

Deși psihoeducația este valorizată în multe forme de terapie pentru beneficiile sale în clarificarea procesului terapeutic, în cadrul psihanalizei tradiționale, aceasta este adesea evitată. Motivul acestei reticențe se bazează pe percepția că psihoeducația poate reprezenta o formă de punere în act, perturbând abstinența și neutralitatea necesare în analiza psihanalitică.

Totuși, odată ce psihanaliza a început să se ocupe de tratamentul patologiilor nonenvrotice, psihoeducația s-a regăsit și în această abordare psihoterapeutică. De exemplu, ceea ce O. Kernebrg numește clarificare, ca metodă de lucru cu pacienții cu patologii grave de personalitate, implică și elemente de psihoeducație [64]. În același sens, psihiatrul și psihanalistul american G. Gabbard face referință directă la psihoeducație, atunci când descrie formele de intervenție psihoterapeutică în cazul persoanelor ce suferă de adicții [50].

Cu referire la consilierea psihanalitică a familiei și a copilului, A. Kris argumentează că există situații, cum ar fi crizele de dezvoltare sau urgențele în viața copilului unui pacient, în care psihanalistul ar putea beneficia de adoptarea unui rol consultativ. În astfel de cazuri, analistul ar putea să se alieze cu preocupările parentale ale pacientului și să ofere îndrumări experte pentru gestionarea situației copilului [69, p.166]. Aceasta abordare nu numai că ar putea facilita gestionarea crizei, dar ar putea și să sprijine părintele în a naviga provocările legate de creșterea copilului.

Astfel, în timp ce tradiția psihanalitică freudiană subliniază importanța abstinenței și a neutralității, adaptarea instrumentarului psihanalitic în ultimele decenii la necesitățile unor forme specifice de suferință psihică a arătat că integrarea unor elemente de psihoeducație în situații specifice poate oferi un suport valoros pentru părinte, consolidând totodată alianța terapeutică și eficacitatea intervenției.

În cadrul cercetării noastre, propunem o intervenție de scurtă durată, care nu urmărește să realizeze o psihanaliză clasică sau să atingă obiective exclusiv analitice. Scopul principal al acestei

intervenții este diminuarea dimensiunilor narcisice patogene din dinamica relației mamă-copil și îmbunătățirea capacității de mentalizare a părintelui. În acest context, considerăm că psihoeducația joacă un rol esențial în facilitarea atingerii acestor scopuri, alături de alte tehnici terapeutice de factură psihanalitică.

În cazul demersului nostru de psihoconsiliere, psihoeducația a presupus următoarele forme de intervenții:

1) explicarea detaliată a importanței intervenției psihologice;
2) explicarea specificului funcționării umane, pe dimensiunile conștient și inconștient, ajutând părinții să înțeleagă că nu întotdeauna suntem conștienți de mizele anumitor comportamente;
3) explicarea specificului relației părinte-copil;
4) explicarea rolului conflictelor inconștiente neelaborate în pattern-ul atitudinal și comportamental al părintelui în relația părinte-copil;
5) informarea despre importanța autocunoașterii și dezvoltării funcției reflexive.

3.2. Clarificări conceptuale și metodologice privind studiul de caz

Specificul studiului de caz ca metodă de cercetare

Studiul de caz este o metodă de cercetare nonexperimentală, folosită pentru a descrie și ilustra teorii. Această metodă poate fi, de asemenea, inductivă, permițând generarea de teorii din observații particulare. S. Freud, adesea considerat pionierul metodei studiului de caz, a specificat importanța studiului de caz în cercetarea psihanalitică, subliniind rolul central al acestuia în dezvoltarea teoriilor psihanalitice. După o perioadă de declin datorită ascensiunii cercetării cantitative la mijlocul secolului XX, studiul de caz și-a recâștigat recunoașterea și relevanța în ultimele decenii, mai ales în domeniile psihiatriei și psihologiei clinice. Potrivit lui Ș. Ionescu, multe dintre clasificările nosologice în psihiatrie se bazează pe studii de caz detaliate, care oferă descrieri profunde ale experiențelor individuale, esențiale pentru abordarea ideografică [61]. Deși predominant asociate cu cercetarea calitativă, în ultimii ani și tehnicile cantitative au fost integrate în studiile de caz, îmbogățind analiza și oferind o perspectivă mai largă asupra datelor colectate [116,160].

Cercetătorul român F. Sava susține că studiul ce caz s-a afirmat ca o metodă care implică mai multe dimensiuni epistemice:

1. Dimensiunea exploratorie: studiile de caz generează ipoteze și oferă insight-uri teoretice și practice.

2. Dimensiunea descriptivă: permit explorarea intensivă a cazurilor greu accesibile prin alte metode, furnizând detalii valoroase și descriptiv-exploratorii.
3. Dimensiunea revizionistă: pot solicita reconsiderarea unor teorii, prin evidențierea cazurilor care nu se înscriu în paradigmele existente.
4. Dimensiunea didactică: facilitează înțelegerea detaliată a fenomenelor studiate, contribuind la educația specialiștilor [105].

Aceleași aspecte sunt menționate și în elaborările lui D. David, care delimitează două funcții de bază ale studiului de caz:

1. *Elaborarea de noi teorii.* Pornind de la teorii existente sau observații, studiile de caz ajută la dezvoltarea de noi modele teoretice, care ulterior pot fi testate riguros prin cercetare clinică. Acest proces contribuie semnificativ la avansarea cunoștințelor într-un domeniu.
2. *Exemplificarea teoriilor testate.* Studiile de caz pot fi folosite pentru a ilustra și a valida modele sau teorii deja stabilite, demonstrând aplicabilitatea lor în scenarii reale [38].

Urmând logica epistemică caracteristică abordării cognitiv-comportamentalistă, D. David propune următoarea structură a studiului de caz:

- Descrierea obiectivelor: clarificarea scopurilor studiului și motivarea alegerii cazului specific analizat.
- Context și istoric: prezentarea informațiilor despre istoricul personal al individului sau detalii despre specificul și contextul organizației studiate.
- Descrierea problemei: expunerea clară a problemei care face obiectul analizei de caz.
- Evaluare și diagnostic: o evaluare psihologică detaliată a persoanei sau o diagnoză a situației în care se află organizația.
- Analiza cauzelor: discutarea potențialelor cauze care au condus la situația curentă.
- Intervenții aplicate: descrierea intervențiilor utilizate pentru ameliorarea sau optimizarea situației.
- Rezultate și provocări: prezentarea problemelor întâmpinate pe parcursul studiului și a rezultatelor obținute post-intervenție [38].

Studiul de caz ca metodă psihanalitică de cercetare

Studiile de caz freudiene au revoluționat psihanaliza prin extinderea focusului de la simptomele medicale la contextul biografic și psihologic al pacienților. S. Freud a folosit studiile de caz pentru a dezvolta teorii și tehnici psihanalitice, integrând metode cum ar fi asocierea liberă și

analiza visului. Această abordare nu numai că a servit scopurilor terapeutice, dar a fost și esențială în cercetarea psihanalitică, permițând testarea ipotezelor într-un cadru științific [210].

C. Pletschs evidențiază că, pentru Freud, studiile de caz nu reprezentau neapărat rezolvări ale problemelor de psihopatologie, ci mai degrabă investigații exemplare ce deschideau calea pentru cercetările viitoare în psihanaliză. De exemplu, chiar dacă *cazul Dora* este recunoscut de Freud ca un eșec terapeutic, acesta a fost totuși valoros pentru cercetare, ilustrând complexitatea și provocările metodologice ale psihanalizei [188].

Autorii postfreudieni, precum M. Klein, D. Winnicott, W. Bion și H. Kohut, au extins aplicabilitatea și utilitatea studiilor de caz în psihanaliză, explorând noi domenii precum tulburările narcisice și psihozele. Aceste extinderi conceptuale și metodologice au fost posibile prin menținerea studiului de caz ca fundament al terapiei și cercetării psihanalitice, contribuind semnificativ atât la evoluția psihanalizei, cât și la cea a psihologiei în general. Această tradiție continuă să joace un rol esențial în dezvoltarea și înnoirea constantă a psihanalizei.

În contextul adaptării psihanalizei la metodele de cercetare contemporane, Școala de la Ulm, prin H. Thomä și H. Kächele, propune utilizarea specimene de caz înregistrate audio și transcrise, accesibile cercetătorilor. Acest demers metodologic permite o abordare riguroasă și sistematică a cazurilor psihanalitice, integrând atât analiza longitudinală, cât și transversală a materialului clinic [116]. În plus, H. Thomä și H. Kächele susțin că analiza de conținut a transcrierilor verbatim ale ședințelor și integrarea testelor psihometrice înainte și după tratament psihanalitic sunt cruciale pentru evaluarea schimbărilor semnificative [116]. Aceste metode nu numai că subliniază contribuția psihanalizei la cercetarea calitativă în științele sociale, dar și validează utilizarea ei în contextul cercetării aplicate, punând bazele pentru o psihanaliză comparată care facilitează documentarea riguroasă a cazurilor clinice.

Cadrul conceptual și metodologic al studiului de caz utilizat în cadrul cercetării

Studiul de caz elaborat în cadrul cercetării noastre a urmat formatul clasic, care la ora actuală se aliniază atât rigorilor cognitiv –comportamentale, cât și celor psihanalitice. Așa cum am menționat *supra,* unele demersuri psihanalitice, la fel, văd relevanța aplicării unor evaluări psihometrice pretest și posttest.

Astfel, **studiul de caz în lucrarea noastră a inclus următoarele elemente:**

1. **Interviul preliminar**
    - Motivul pentru solicitarea consultului.

- Istoricul familial și personal.
- Descrierea stărilor nevrotice ale copilului.
- Argumentele psihologului pentru recomandarea consilierii psihologice, cu accent pe aspectele narcisice și pe dezvoltarea mentalizării.

2. **Pretestarea beneficiarului**
    - Evaluarea inițială a funcționării psihice a perechii părinte-copil pe următoarele dimensiuni: narcisism, stimă de sine, mentalizare – în cazul mamelor; depresie, anxietate, factori de personalitate – în cazul copilului.
3. **Dinamica consilierii psihologice**
    - Analiza procesului de consiliere utilizând grila conceptuală a lui Manzano J., Palacio Espasa F., Zilkha N. [76].
    - Focalizare pe dezvoltarea abilităților de mentalizare în cadrul consilierii.
4. **Posttestarea beneficiarului**
    - Evaluarea post-intervenție a dimensiunilor psihice ale perechii părinte-copil, analizând aceleași variabile ca la pretestare.
5. **Concluzii**
    - Sumarizarea rezultatelor obținute și discutarea limitelor studiului de caz.

Această structură a studiului de caz asigură o abordare comprehensivă și metodică, permițând o analiză detaliată a impactului intervenției psihologice asupra dinamicii relației părinte-copil și a eficacității metodelor de dezvoltare a mentalizării în context terapeutic.

În același timp, ca dinamică și conținut, cazurile vor fi prezentate într-o manieră psihanalitică, relevând maniera psihanalitică în care a avut loc consilierea. Astfel, studiul de caz va fi elaborat și prezentat în baza grilei conceptuale elaborate de Manzano J., Palacio Espasa F., Zilkha N. (anexa 8), fiind adăugate partea preliminară a cazului care include prezentarea istoricului cumunicării familie-psiholog și partea tehnică și interpretativă privind dezvoltarea abilităților de mentalizare a părinților [5,76].

Grila elaborată de Manzano J., Palacio Espasa F., Zilkha N. reprezintă un instrument multidimensional de intervenție psihanalitică, care se referă la: 1) analiza situației terapeutice; 2) structurarea consultației; 3) cercetarea materialului clinic, 4) model de explorare a cazurilor clinice.

Grilă de analiză a cazurilor clinice include următoarele dimensiuni:

- Proiecția predominantă a părinților;

- Contraidentificarea părinților;
- Scopul proiecției;
- Reacțiile copilului la proiecție;
- Înțelegerea simptomelor. Impresie diagnostică lăsată de copil și de părinți;
- Factori ce a provocat dezechilibru ce a determinat consultația;
- Pretransferul părinților;
- Pretransferul copilului;
- Contratransferul terapeutului;
- Intervenții ale terapeutului;
- Evoluția situației [136].

3.3 Studii de caz privind dimensiunile narcisice în relația mamă-copil

În acest subcapitol sunt prezentate trei studii de caz care ilustrează scenarii narcisice parentale distincte, reflectate în relația mamă-copil, în contextul manifestării stărilor nevrotice la copii. Cele trei studii de caz au fost selectate pentru a oferi exemple reprezentative ale modului în care scenariile narcisice parentale influențează apariția și menținerea stărilor nevrotice la copil. Fiecare caz reflectă o configurație psihodinamică distinctă, în care relația mamă-copil este modelată de proiecții, identificări și conflicte intrapsihice nerezolvate. Diversitatea acestor scenarii permite surprinderea variațiilor de intensitate și structură ale narcisismului matern – de la idealizare și suprainvestire afectivă, până la devalorizare și furie narcisică. În toate cele trei cazuri, figura paternă este fie absentă (prin deces sau plecare), fie slab implicată, ceea ce accentuează relația diadică și împiedică formarea unei triangulații simbolice necesare proceselor de separare și individuație la copil. Alegerea acestor cazuri a avut în vedere relevanța lor clinică și capacitatea de a ilustra diferite forme de suferință infantilă generate de dinamici narcisice materne disfuncționale.

De asemenea, fiecare caz a oferit posibilitatea de a testa aplicabilitatea programului de intervenție psihologică în condiții clinice, permițând evaluarea eficienței acestuia în reducerea dimensiunilor narcisice parentale și ameliorarea stărilor nevrotice ale copilului. Intervenția a fost adaptată particularităților fiecărui caz, evidențiind importanța unei abordări diferențiate și personalizate în procesul terapeutic.

Studiu de caz nr. 1

Subiect: X_1

Băiat, 8 ani

1. Interviul preliminar

La consultație s-a prezentat o mamă cu un băiat în vârstă de 8 ani. Au apelat la serviciile psihiatrului și psihologului deoarece mama a observat că băiatul ei manifestă anxietate, fobie de întuneric, frica de câini, lupi şi maşini. De la începutul ședinței mama relatează că soțul ei a decedat într-un accident rutier, când băiatul avea doar 8 luni, o tragedie care a marcat profund întreaga familie, mai ales pe ea. Afirmă că avea stări de depresie, disperare şi anxietate, ca urmare a acestui eveniment. A descris perioada următoare decesului ca fiind plină de „depresie, disperare și anxietate", și a mărturisit că „nici până în ziua de astăzi nu mă pot împăca cu gândul că soțul nu mai este printre noi". De la moartea soțului au trecut aproximativ 8 ani, timp în care mama nu a inițiat nicio relație nouă, indicând posibil o perioadă de doliu neîncheiată.

Îngrijorările mamei cu privire la comportamentul fiului său au început când acesta, la vârsta de 4 ani, a manifestat reacții agresive neașteptate față de fotografiile tatălui său, ajungând să le scuipe și să le rupă. Mama a exprimat surprindere și șoc: „Eram șocată de comportamentul fiului meu, deoarece niciodată nu am vorbit negativ despre soț, în așa fel încât copilul să dezvolte o ură intensă față de pozele cu soțul." A descris soțul ca fiind „un soț foarte bun, grijuliu și harnic. Ne iubeam foarte mult."

Mama a recunoscut că în perioada de doliu a întâmpinat dificultăți semnificative în gestionarea propriilor emoții, ceea ce a influențat probabil comportamentul fiului său. Instabilitatea emoțională a mamei în timpul doliului poate fi interpretată ca un factor contributiv la dezvoltarea anxietății și a comportamentului agresiv al copilului, mai ales în relația sa cu imaginea tatălui. În psihanaliză, aceste manifestări pot fi văzute ca un transfer de sentimente nerezolvate din partea mamei către copil, copilul exprimând prin acțiunile sale conflictul intern nespus și neînțeles al mamei.

Procesele cognitive ale copilului sunt dezvoltate adecvat pentru vârsta sa, deși discursul său prezintă o anumită ambiguitate, caracterizată printr-o trecere rapidă de la un subiect la altul. Mama afirmă că acesta manifestă o sociabilitate remarcabilă, având mulți prieteni la școală și stabilind ușor contacte interpersonale. Comportamentul său prietenos și afectuos cu cei din jur, combinat cu o dorință evidentă de a fi în centrul atenției, sugerează o personalitate extrovertită, care însă poate masca anumite insecurități subiacente.

În timpul consultului, s-a observat o relație afectuoasă și strânsă între mamă și copil; copilul își manifesta atașamentul prin gesturi fizice, ținând-o de mână și îmbrățișând-o pe mamă, care răspundea în mod similar. Aceste interacțiuni sugerează o legătură emoțională puternică, posibil compensatorie pentru absența figurii paterne.

Mama îl descrie pe fiul său în termeni calzi și afectuoși: „Un băiat foarte brav, afectiv, cu inima mare, foarte sociabil. Păcat că este foarte fricos, în special se teme de mașini și câini." Această descriere arată o preocupare maternă față de fricile copilului, care pot fi interpretate ca simptome ale unei anxietăți subiacente ce necesită atenție terapeutică.

Identificăm că băiatul doarme împreună cu mama, spune că îi este frică să doarmă singur, se teme de întuneric şi de faptul că lupul va veni să-l mănânce. Mama nu vede vreo problemă că fiul doarme cu ea. Unicul lucru care o deranjează este faptul că dacă ea se trezește dimineața devreme atunci el nu mai poate dormi singur. Spune „pentru ca X să doarmă liniștit mereu trebuie să fiu în preajma lui".

Mama relatează că fiul său de 8 ani solicită multă atenție, însă ea se confruntă adesea cu dificultăți în a-i răspunde nevoilor datorită programului său încărcat la serviciu. Acest fapt adaugă un strat de complexitate în interacțiunile lor, deoarece copilul ar putea percepe această lipsă de disponibilitate ca un semnal de neglijare emoțională, intensificându-i astfel nevoia de securitate și atenție.

De asemenea, mama menționează că mai are un fiu, în vârstă de 17 ani, care este diagnosticat cu retard mintal. Această situație implică presiuni suplimentare asupra resurselor emoționale și fizice ale mamei, afectând indirect și dinamica relațională cu fiul mai mic.

În timpul sarcinii mama a trăit o anxietate considerabilă, temându-se că noul născut ar putea avea aceleași probleme de sănătate ca fratele său mai mare. „A fost o sarcină încărcată de frici. Mă temeam mult ca acest copil să nu se nască cu retard mintal, la fel ca și primul copil. Mereu mă îngrijoram," mărturisește ea. Aceste frici pot avea rădăcini adânci în propria imagine de sine și în așteptările ei, reflecție a dorinței intense ca fiul să semene cu ea și cu soțul său decedat: „Îmi doream să semene cu mine și cu soțul. Îmi imaginam că va fi cumpătat ca mine și muncitor ca tatăl său".

Cu toate că nașterea a decurs fără complicații, iar familia și soțul i-au fost alături, experiențele anterioare și îngrijorările persistente ale mamei în legătură cu sănătatea și dezvoltarea copiilor săi pot influența semnificativ modul în care ea interacționează cu ei. Această dinamică poate afecta

dezvoltarea atașamentului sigur în rândul copiilor, necesitând o atenție terapeutică specială pentru a adresa nevoile emoționale ale întregii familii.

În timpul interviului, mama reflectează asupra copilăriei sale, descriind-o ca pe o perioadă de ambivalență emoțională profundă. Recunoaște că a fost „un copil chinuit, de la țară, destul de timid și singur," sentimente care, așa cum mărturisește, continuă să o caracterizeze și în prezent. Această persistență a izolării și timidității sugerează posibile dificultăți în dezvoltarea și menținerea relațiilor intime, care ar putea avea un impact semnificativ asupra stilului său parental și a modului în care își gestionează relațiile cu cei doi fii ai săi.

Relația ei cu mama a fost una pozitivă, descrisă ca fiind „o ființă foarte gingașă și răbdătoare", un contrast evident față de sentimentele de pierdere și doliu pe care le-a experimentat ulterior. Pierderea tatălui, „un tată iubitor și familist", care a decedat din cauza unei boli incurabile cu cinci ani în urmă, și a soțului său, sunt evenimente traumatice care au aprofundat stările sale de tristețe și durere: „Îmi este dor de soț și de tată, nu pot face față sentimentelor de tristețe. Am durere, dar prefer să nu vorbesc despre ceea ce simt."

Această reținere în a comunica despre suferința personală indică mecanisme de apărare care izolează afectul, precum negarea și reprimarea, ce poate fi interpretat ca o încercare de a se proteja de intensitatea durerii resimțite. Cu toate acestea, acest comportament poate avea consecințe neintenționate asupra copiilor săi, întrucât restricționarea expresiei emoționale poate limita capacitatea copiilor de a învăța cum să proceseze și să exprime propriile emoții într-un mod sănătos. Este posibil ca această dinamică să contribuie la anxietatea și fricile manifestate de cel mai mic fiu, acesta resimțind, chiar dacă în mod inconștient, tensiunile emoționale și lipsa deschiderii afective.

2. Evaluarea scenariilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil

Proiecția predominantă a mamei. Mama transferă asupra fiului său nu numai imaginea soțului și a tatălui decedat, ci și sentimentele de abandon pe care le-a experimentat la pierderea acestora. Ambii bărbați importanți în viața ei au dispărut într-un interval scurt de timp, lăsând-o fără suportul emoțional esențial. Neavând ocazia să elaboreze adecvat doliul și să se desprindă emoțional, mama își încarcă fiul cu rolul de substitut afectiv, atribuindu-i statutul de „bărbat al casei". Acest rol impune copilului o responsabilitate emoțională nepotrivită vârstei sale, ceea ce poate inhiba dezvoltarea sa psihologică independentă.

Pe lângă proiecția pierderii, mama transferă și propria imagine de sine din copilărie asupra fiului său. Descriindu-și propria copilărie ca fiind marcată de singurătate și izolare, ea îl percepe pe

fiu în mod similar ca pe un copil vulnerabil și care necesită protecție. Aceasta reflectă o continuitate a sentimentelor de insecuritate și singurătate pe care mama încă le resimte. Prin această proiecție, fiul este văzut nu doar ca un substitut pentru figurile paterne pierdute, dar și ca un ecou al propriei copilării a mamei, ceea ce poate amplifica dependența emoțională reciprocă și poate complica procesul de individuație al copilului.

Contra-identificarea mamei. Mama își modelează comportamentul parental după o imagine idealizată a propriilor părinți, pe care îi descrie în termeni extrem de pozitivi, deși reflectările sale despre copilărie includ și sentimente de singurătate și izolare. Această idealizare servește ca un mecanism de apărare prin care mama încearcă să nege orice aspect negativ legat de părinții săi, concentrându-se exclusiv pe calitățile lor pozitive. Prin contra-identificarea cu acest obiect parental idealizat, mama își asumă rolul unui părinte omniprezent și protector, încercând să compenseze pentru propriile sentimente de abandon și neglijare pe care le-a experimentat în copilărie.

Această contra-identificare nu numai că o ajută pe mama să facă față pierderilor din trecut, dar îi și modelează comportamentul parental într-o manieră care poate fi, paradoxal, atât benefică, cât și limitativă pentru dezvoltarea fiului. Deși îi oferă acestuia o prezență constantă și o protecție emoțională, mama riscă să creeze o dependență excesivă și să inhibe procesul de individuație al copilului. Observația că mama nu poate lăsa copilul singur pentru perioade lungi de timp subliniază această tendință de a evita orice experiență de singurătate pentru fiul său, reflectând propriile frici nerezolvate.

Scopul proiecției. Proiecția imagini soțului și tatălui decedat asupra copilului servește ca un mijloc prin care mama își menține atașamentul la figuri pierdute, evitând astfel necesitatea de a confrunta și elabora doliul. Aceasta nu doar că îi permite să evite durerea asociată cu pierderea, dar îi și facilitează evitarea oricărui angajament într-o nouă relație. Menționarea că „nici până în ziua de astăzi nu mă pot împăca cu gândul că soțul nu mai este printre noi” subliniază persistența doliului nerezolvat și a refuzului de a accepta realitatea pierderii. Această proiecție are rolul dual de a menține vie memoria celor decedați și de a împiedica mama să se angajeze emoțional și social în prezent.

Prin proiectarea idealizată a soțului și tatălui pe copil, mama creează o barieră protectoare împotriva formării unor noi legături afective, care ar putea să o oblige să recunoască finalitatea pierderilor suferite. Această rezistență la formarea de noi relații reflectă nu doar o fidelitate față de trecut, ci și o frică profundă de a relua ciclul atașamentului și pierderii. Acest comportament poate

avea un impact semnificativ asupra dezvoltării personale și emoționale a mamei, limitându-i capacitatea de a experimenta creștere și schimbare în urma traumei.

Reacțiile copilului la proiecție. Fiul se identifică cu imaginea proiectată a soțului și tatălui decedat, preluând roluri și responsabilități care sunt inadecvate vârstei sale. Această identificare nu este doar o simplă imitare, ci o încorporare a așteptărilor și nevoilor emoționale ale mamei. Dorința copilului de a dormi doar cu mama și de a nu se separa de ea reflectă o încercare de a umple golul lăsat de figura paternă absentă. Copilul exprimă, de asemenea, dorințe care sunt caracteristice fazei oedipiene, precum cea de a se căsători cu mama, ceea ce indică o fixare la această etapă de dezvoltare, potențată de rolul pe care este obligat să îl joace în dinamica familială.

Prin investirea copilului în rolul de „bărbat al casei", mama îl plasează într-o poziție de suport emoțional, rol care în mod normal ar trebui să fie ocupat de un adult. Acest lucru poate duce la o dezvoltare psihologică prematură și la dificultăți în formarea unei identități separate de cea a mamei. Anxietatea manifestată de copil în momentele de separare de mamă poate fi văzută ca o reacție la presiunea enormă de a satisface nevoile emoționale ale mamei și de a menține coeziunea psihologică a familiei.

Predominanța mamei în fanteziile și discursul copilului subliniază fixarea sa în stadiul oedipian, unde mama este obiectul primar al dorințelor sale afective. Această fixare este intensificată de contextul familial în care granițele între rolurile parentale și cele conjugale sunt neclar definite.

Înțelegerea simptomelor. Impresia diagnostică lăsată de copil și de părinți. Fobiile copilului - frica de întuneric, de câini/lupi și de mașini - pot fi interpretate ca simptome ale anxietății de separare și ca mecanisme de menținere a proximității cu mama. Aceste temeri servesc nu doar ca modalități de evitare a separării fizice de mama, ci și ca expresii ale anxietății de abandon pe care o resimte mama. Prin manifestarea acestor frici, copilul își consolidează legătura cu mama, răspunzând indirect la propriile sale temeri de abandon și la cele ale mamei.

Proiectând asupra copilului o imagine de sine trăită ca fiind singură și abandonată, mama facilitează în mod inconștient transferul acestor emoții către copil. În acest fel, copilul nu doar că resimte, dar și re-trăiește frica mamei de abandon și singurătate. Acest fenomen de identificare cu starea emoțională a mamei îi intensifică propria anxietate și dificultatea de a se separa emoțional și fizic de ea.

Ostilitatea manifestată de copil față de tatăl său decedat, exprimată prin scuiparea și ruperea fotografiilor, poate fi văzută ca o respingere a rolului patern de stabilire a limitelor și de reglementare

a dinamicii fuzionale dintre mamă și copil. Această reacție agresivă este complicată de faptul că copilul, în absența unui tată viu, este împins să ocupe simultan rolurile de fiu, partener substitut și figură paternă. Astfel, conflictul oedipian este intensificat și complicat de absența unei rezoluții clare, menținând copilul într-o stare de ambivalență și conflict nerezolvat.

Fantasmele copilului de a se căsători cu mama, precum și incapacitatea de a recunoaște diferența dintre generații, reflectă o fixare în faza oedipiană.

Pretransferul mamei. Transferul mamei este pozitiv. A colaborat pe tot parcursul ședințelor de consiliere psihologică. . Această disponibilitate de a colabora și de a se angaja în procesul terapeutic este esențială pentru progresul tratamentului. Deși această deschidere este un semn pozitiv, a fost important de explorat în ce măsură cooperarea ei reflectă o dorință reală de schimbare sau o nevoie de a părea o mamă „ideală" în ochii psihologului, ceea ce ar putea ascunde anumite rezistențe sau ambivalențe mai subtile.

Pretransferul copilului. Deși copilul a arătat un transfer pozitiv general, manifestând entuziasm și deschidere în timpul ședințelor, rezistența sa față de subiectele legate de tatăl său este notabilă. Devierea rapidă de la aceste subiecte poate indica anxietatea profundă legată de figura paternă și de rolul său în dinamica familială. Aceasta sugerează că, în ciuda unui atașament aparent sigur față de psiholog, există aspecte ale relației sale cu figura paternă care rămân neelaborate și potențial tulburătoare pentru el.

Contra-atitudinea psihologului. Reacția pozitivă a psihologului la transferul atât al copilului, cât și al mamei, este esențială pentru stabilirea unei relații terapeutice eficiente. Este important ca psihologul să mențină o poziție echilibrată, recunoscând și validând experiențele și emoțiile ambilor, fără a cădea în capcana de a valida necondiționat comportamente sau percepții care pot fi maladaptive. Menținerea unei atitudini de curiozitate și deschidere, fără a se alia excesiv cu niciunul dintre clienți, permite explorarea mai profundă a problemelor subiacente și a dinamicii complexe între mamă și copil.

3. Intervenții ale psihologului

1. Stabilirea cadrului și a limitelor

Impunerea unor limite clare în cadrul terapeutic, cum ar fi respectarea timpului și a frecvenței ședințelor, a modelat importanța granițelor în viața reală. Aceasta a fost o lecție valoroasă pentru copil în învățarea diferențelor între relațiile interpersonale, cum ar fi distincțiile între rolurile de copil și adult și între diferitele generații.

Exemplu: psihologul a insistat ca ședințele să înceapă și să se încheie la orarul stabilit, indiferent de subiectele discutate, subliniind importanța respectării timpului fiecăruia; acest lucru a ajutat la transmiterea ideii că există un timp și un loc pentru fiecare activitate și că limitele sunt sănătoase și necesare.

2. ***Psihoeducație cu privire la mentalizare și importanța funcției reflexive***

Această intervenție a fost esențială pentru a ajuta mama să înțeleagă cum propriile ei stări mentale, inclusiv doliul nerezolvat și proiecțiile legate de soțul decedat, influențează comportamentul și stările emoționale ale copilului. Prin educația despre mentalizare, mama a fost încurajată să recunoască și să reflecte asupra propriilor gânduri și emoții înainte de a reacționa, reducând astfel transferul inconștient al acestora către copil.

Exemplu: psihologul a folosit exemple din viața cotidiană a mamei și copilului pentru a ilustra cum anumite stări mentale neconștiente influențează comportamentele; psihologul a explicat cum anxietatea mamei ar putea amplifica anxietatea copilului, încurajând-o pe mamă să observe și să reflecteze la propriile sale frici înainte de a reacționa la frica copilului.

3. ***Poziția paternă și de autoritate a psihologului***

În absența unei figuri paternale stabile, psihologul a adoptat un rol de autoritate care a ajutat la structurarea și stabilirea unor granițe clare în relația dintre mamă și copil. Această "triangulare" a permis ambelor părți să exploreze și să discute despre relațiile lor într-un cadru mai sigur, fără a cădea în comportamente simbiotice. A ajutat, de asemenea, la modelarea unei relații sănătoase cu o figură adultă de autoritate pentru copil.

Exemplu: atunci când copilul a încercat să domine conversația și să devieze de la subiectele sensibile, psihologul a intervenit ferm, reorientând discuția și stabilind o structură clară a ședinței, demonstrând astfel o autoritate calmă și constructivă.

4. ***Interpretarea proiecției mamei și a dificultății de a face doliu***

Prin interpretarea proiecțiilor mamei legate de pierderea soțului, psihologul a ajutat-o să devină conștientă de cum aceste proiecții afectează relația cu fiul său. Acest lucru a fost crucial în a-i permite să înceapă procesul de doliu și să reducă dependența emoțională a copilului față de ea.

Exemplu: atunci când mama a început să vorbească despre cât de greu îi este să treacă peste moartea soțului, psihologul a empatizat cu trăirea mamei, iar când mama a reușit să conțină starea a folosit acest moment pentru a-i arăta cum doliul nerezolvat se reflectă în atașamentul excesiv al copilului față de ea, facilitând astfel o conexiune între experiența ei și comportamentul copilului.

5. ***Interpretări referitoare la conflictualitatea oedipiană***

Aceste interpretări au avut ca scop clarificarea diferenței între generații și roluri, ajutând copilul să înțeleagă și să accepte limitările naturale ale relației sale cu mama.

Exemplu: „Observ că fiul dvs caută multă atenție și uneori puteți simți că trebuie să-l protejați de orice disconfort. Să explorăm împreună cum acest comportament îl poate împiedica să învețe despre independență și auto-suficiență. Este important pentru creșterea și dezvoltarea lui să experimenteze și să învețe din provocările cu care se întâlnește".

6. ***Respectarea capacității de integrare a interpretărilor***

Psihologul a fost atent să nu suprasolicite capacitatea de înțelegere a mamei sau a copilului, introducând interpretări la un nivel pe care aceștia le puteau procesa. Aceasta a ajutat la menținerea unui mediu terapeutic suportiv și la promovarea unei evoluții graduale, evitând provocarea unei rezistențe excesive sau a unei retrăiri traumatice.

Exemplu: observând că mama devine copleșită când discuțiile devin prea intense, psihologul a ajustat profunzimea și frecvența interpretărilor, asigurându-se că acestea sunt oferite într-un mod și ritm pe care mama îl poate gestiona eficient.

7. ***Ajutorul acordat mamei în trecerea prin stadiile mentalizării***

Inițial, concentrându-se pe stările mentale de bază ale copilului și progresând spre evaluarea modului în care acestea influențează comportamentul, această intervenție a permis mamei să dezvolte o mai bună înțelegere și empatie față de experiențele copilului. Psihologul a îndrumat-o pe mamă să observe cum reacțiile și comportamentele copilului, cum ar fi anxietatea de separare sau frica de întuneric, sunt adesea răspunsuri la stările sale interne. Acest lucru a ajutat-o să recunoască semnele subtile ale disconfortului copilului și să ajusteze propriul comportament pentru a-l sprijini mai eficient.

Mai târziu, intervenția a evoluat spre sarcini mai complexe, unde mama a fost încurajată să exploreze cum propriile ei stări mentale, cum ar fi anxietatea sau tristețea legată de doliul nerezolvat, pot influența interacțiunile cu copilul. De exemplu, dacă mama simțea tristețe sau retragere emoțională, copilul putea interpreta aceste stări ca un semn de abandon, ceea ce îi intensifica fricile. Prin recunoașterea acestui mecanism, mama a putut să înceapă să modifice modul în care își exprima emoțiile în prezența copilului, încercând să fie mai conștientă de impactul pe care stările ei mentale îl au asupra lui.

Psihologul a folosit momentele de mentalizare reușită pentru a întări și valida progresul mamei, subliniind când a reușit să interpreteze corect și să răspundă adecvat nevoilor copilului. De exemplu,

atunci când mama a reușit să consoleze copilul explicându-i că frica de întuneric este normală, dar că el este în siguranță, a fost un moment de succes care a demonstrat că mama își poate utiliza în mod eficient noua capacitate de mentalizare.

Această abordare graduală și structurată a ajutat mama să avanseze de la interpretări simpliste ale comportamentului copilului la o înțelegere mai nuanțată și profundă, ceea ce a îmbunătățit semnificativ calitatea relației lor și a contribuit la dezvoltarea sănătoasă a copilului.

4. Evoluția cazului

În acest caz scenariul narcisic parental s-a construit preponderent prin proiecția asupra copilului a imaginii de sine deprimată și, în același timp, a identificării cu imaginea de părinte ideal. În scenariul narcisic prezentat este prefigurat obiectivul inconștient de a repara o imagine de sine negativă și de a oferi un paternaj ideal, respectiv, o copilărie ideală. În plus, se adaugă și proiecția laterală a imaginilor idealizate a tatălui și a soțului, copilul fiind investit și cu această suprasarcină – de a fi un bărbat ideal. Acest scenariu narcisic nu permite depășirea conflictualității oedipiene, prin dificultatea triangualizării, și menține copilul într-o suferință nevrotică.

Tabelul 3.2 Rezultatele la teste înainte de intervenție și post-intervenție (Studiu de caz nr. 1)

Instrumente de psihodiagnostic aplicate pe mamă	**Rezultat înainte de intervenție:**	**Rezultat post-intervenție:**
Inventarul narcisismului patologic PNI	Valori ridicate la dimensiunea ,,auto-sacrificare" (scor – 3,3), ,,ascunderea sinelui" (scor – 3,7).	Valori scăzute la dimensiunea ,,auto-sacrificare" (scor – 1,8), ,,ascunderea sinelui" (scor – 1,5).
Chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți PRFQ	Valori ridicate la scala ,,Interes și curiozitate cu privire la stările mentale" (scor – 6,83)	Valori moderate la scala ,,Interes și curiozitate cu privire la stările mentale (scor – 5,83)
Chestionar la stima de sine Rosenberg	Nivel scăzut a stimei de sine (scor – 13)	Nivel moderat a stimei de sine (scor – 18)

Instrumente de psihodiagnostic aplicate pe copil	**Rezultat înainte de intervenție:**	**Rezultat post-intervenție:**
RCADS 47 - Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii	Nivel ridicat de anxietate de separare (scor-77)	Nivel scăzut de anxietate de separare (scor – 64)
Chestionar pentru copii CPQ	Valori scăzute la factorul A (schizotimie vs. ciclotimie) de personalitate (scor – 1) Valori ridicate factorul O (încredere vs. tendința spre culpabilitate) de personalitate (scor – 7)	Valori moderate la factorul A (schizotimie vs. ciclotimie) de personalitate (scor – 4) Valori scăzute factorul O (încredere vs. tendința spre culpabilitate) de personalitate (scor – 3)

Evoluția Mamei

Inventarul narcisismului patologic (PNI):

- Pre-intervenție: valorile ridicate la dimensiunea „auto-sacrificare” și „ascunderea sinelui” indică o tendință spre a neglija nevoile personale în favoarea celorlalți și o predispoziție de a-și masca adevăratul sine pentru a evita vulnerabilitatea sau criticile.
- Post-intervenție: scăderea acestor valori sugerează o îmbunătățire în recunoașterea și respectarea propriilor limite și nevoi, precum și o mai mare deschidere în exprimarea autentică a sinelui.

Chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți (PRFQ):

- Pre-intervenție: valorile ridicate la scala „Interes și curiozitate cu privire la stările mentale” pot indica hipervigilență sau tendința de a interpreta excesiv stările mentale ale celorlalți, ceea ce poate duce la epuizare emoțională sau interpretări greșite.
- Post-intervenție: valorile moderate atinse reflectă un echilibru mai bun în angajarea de a cunoaște și conține stările mentale ale celorlalți, indicând o capacitate îmbunătățită de a păstra o distanță sănătoasă și de a rămâne conectată emoțional fără a deveni copleșită.

Chestionarul de Stima de Sine Rosenberg:

- Pre-intervenție: nivel scăzut al stimei de sine.
- Post-intervenție: îmbunătățirea la un nivel moderat al stimei de sine sugerează progrese în autocunoaștere și autoacceptare, reflectând un impact pozitiv al consilierii asupra imaginii de sine a mamei.

Evoluția Copilului

RCADS 47 - Scala Revizuită de Anxietate și Depresie pentru Copii:

- Pre-intervenție: nivelul ridicat al anxietății de separare indică dificultăți semnificative în gestionarea separării de figura parentală, posibil influențată de dinamica familială.
- Post-intervenție: scăderea anxietății de separare arată că intervențiile au fost eficiente în reducerea temerilor copilului legate de abandon și separare, sugerând o securizare mai mare în relațiile de atașament.

Chestionar de Personalitate pentru Copii (CPQ):

- Pre-intervenție: valori scăzute la factorul A, valori ridicate la factorul O.
- Post-intervenție: valorile moderate la factorul A și scădere la factorul O indică o adaptare mai bună a copilului în mediu social și o creștere a încrederii în sine, precum și a diminuării sentimentului de culpabilitate.

În urma intervențiilor psihologice constatăm că aspectele narcisice patogene ale mamei s-au diminuat, iar stima de sine s-a îmbunătățit. De asemenea, s-a îmbunătățit și capacitatea de mentalizare, ceea ce i-a permis să facă față mai bine atât propriilor stări mentale, cât și cele ale copilului. S-a redus anxietatea de separare, băiatul a acceptat să doarmă separat. Uneori se trezește noaptea și este speriat, mama vine la el în cameră, îl liniștește și copilul rămâne să doarmă singur. Capacitatea de conținere și mentalizare a mamei a crescut, concretizându-se în strategii funcționale de gestionare a anxietății de separare ale copilului. În cazul copilului atestăm îmbunătățirea indicii factorilor de personalitate ce țin de stabilitatea psihoemoțională, calm, simțul realității, capacitate de adaptare, încredere în sine.

Studiu de caz nr. 2

Subiect: X_2

Băiat, 10 ani

1. Interviul preliminar

Un băiat de 10 ani, și mama sa au solicitat consultație psihologică și psihiatrică datorită unor comportamente îngrijorătoare manifestate de băiat. Printre simptomele raportate se numără impulsivitatea, agresivitatea la școală, tulburările de somn, deprimarea, tendințele suicidale și auto-agresiunea vizibilă, copilul se auto-vătămează prin lovituri cu pumnii în cap sau izbindu-și capul de perete. În același timp, mama descrie suferința fiului ei în termeni tulburători - „țipă de durere lăuntrică” .

La școală, comportamentul băiatului este provocator – „deseori se ceartă cu profesorii și colegii”, iar acasă, relația cu mama este la fel de conflictuală. Mama îl descrie pe fiul ei ca fiind „obraznic și nerespectuos”, detaliind incidente în care a fost înjurată și chiar agresată fizic de fiul ei: „poate să mă înjure cu diferite prostii, strigă la mine, chiar m-a lovit de câteva ori”. Răspunsul mamei la aceste comportamente adesea escaladează tensiunea: „sunt foarte impulsivă uneori, îl lovesc sau îi spun lucruri neplăcute, mă simt foarte vinovată”.

Analiza acestui comportament reciproc nociv sugerează o dinamică relațională disfuncțională, cu elemente sadice și masochiste, unde ambii protagoniști se rănesc reciproc fizic și emoțional, perpetuând un ciclu de violență și vinovăție. Prezența unei surori mai mici de trei ani, la fel, influențează dinamica familială, impunând mamei o presiune suplimentară de a echilibra nevoile ambilor copii, ceea ce poate contribui la stresul ei general și la reacțiile impulsive.

În timpul interacțiunilor, mama manifestă un discurs incoerent și agitat, vorbind pe un ton ridicat și agresiv, iar în timpul discuției izbucnește frecvent în plâns. Aceasta mărturisește că se simte profund singură și lipsită de suport, ceea ce reflectă o stare de izolare emoțională și stres crescut. Starea sa de bine este vizibil afectată de situația familială precară, subliniind că „soțul de mai mulți ani este plecat peste hotare, aproximativ de 10 ani, vine foarte rar acasă, relația e destrămată, mă gândesc la divorț”. Această exprimare îndurerată și ostilă evidențiază nivelul de conflict intern și frustrare pe care îl experimentează. Absența soțului și posibilitatea unui divorț adaugă straturi suplimentare de complexitate la situația deja tensionată, amplificând stresul maternal care, la rândul său, poate exacerba comportamentele negative ale copilului.

În timpul consultului inițial, băiatul a prezentat anxietate semnificativă, exprimând temeri specifice: „Am crezut că dacă mama mă va aduce aici la voi, mă veți lega și îndopa cu pastile”. Această frică, des întâlnită în rândul copiilor expuși pentru prima dată unui context terapeutic, a fost abordată cu empatie și reasigurare, facilitând o schimbare pozitivă în percepția copilului despre consultul psihologic: „Nu e atât de rău aici cum am crezut”. Aceasta reflectă o capacitate adaptativă a copilului de a reevalua situații inițial percepute ca amenințătoare, odată ce sunt clarificate și securizate de către psiholog.

Comportamentul copilului pe parcursul ședinței a fost predominant cooperant, demonstrând eforturi de a se conforma normelor sociale ale politeții și agregabilității. Cu toate acestea, expresia sa facială a rămas predominant tristă și reticentă, indicând o suferință internă ce depășește capacitatea sa de a comunica verbal. Răspunsurile sale concise la întrebări sugerează o posibilă reținere în exprimarea completă a trăirilor sau o dificultate în identificarea și verbalizarea emoțiilor complexe.

Discuțiile ulterioare au relevat aspecte critice ale dinamicii familiale. Deși băiatul exprimă dorința de reunire cu tatăl său, descrie o realitate familială tensionată și chiar violentă în prezența acestuia. Relatează „când tatăl este acasă lucrurile nu stau foarte bine, sunt multe momente când acesta este violent cu mine”. Indică prezența tatălui ca fiind o sursă majoră de stres și frică. Sentimentele ambivalente față de tatăl său, combinând dorința de apropiere cu teama de agresiune, sugerează un conflict intern profund, care poate contribui la dificultățile comportamentale observate.

Descoperirile obținute în urma interviului cu mama dezvăluie un trecut marcat de dificultăți și traume semnificative. Ea își descrie copilăria ca fiind profund afectată de abuz și neglijență, mărturisind că „eram un copil traumatizat, care a simțit și a văzut prea multe”. Amintirile despre relația cu părinții sunt în mod particular dureroase, descriind o mamă rece și distantă – „nu-mi amintesc ca aceasta să mă fi îmbrățișat, alintat, era cam rece și distantă” – și un tată abuziv – „era un nimic, în fiecare seară venea beat și o bătea pe mama, ne teroriza pe toți”. Aceste experiențe au culminat într-o percepție globală negativă asupra copilăriei și căsniciei ei, indicând că nici una dintre aceste etape nu a oferit un refugiu sau o sursă de confort și stabilitate – „nu m-am simțit bine nici în copilărie, nici în căsnicie”. Lipsa persistentă de suport emoțional în relațiile sale timpurii și actuale, sugerează o căutare continuă și nesatisfăcută de validare și afecțiune, accentuând astfel trăsăturile de narcisism vulnerabil.

Prevalența narcisismului vulnerabil în structura psihică a mamei poate influența profund modul în care mama interacționează cu fiul său, contribuind la o dinamică familială în care propriile nevoi emoționale nesatisfăcute ale mamei se ciocnesc cu nevoile de dezvoltare ale copilului. Acest

fapt poate, de asemenea, să amplifice sentimentele de vinovăție și auto-blamare ale mamei, atunci când aceasta nu reușește să răspundă adecvat nevoilor copilului său, ceea ce îi poate intensifica starea ei depresivă.

În timpul sarcinii, mama s-a confruntat cu provocări emoționale semnificative, exacerbate de absența soțului: „Am avut o sarcină foarte grea, din punct de vedere emoțional. Ca de obicei, soțul era plecat și numai la asta mă gândeam". Singurătatea și izolarea resimțite în această perioadă critică au fost profund influențate de lipsa sprijinului partenerial, ceea ce a amplificat sentimentul de abandon și neajutorare. Așteptările ei față de copilul nenăscut erau încărcate de speranța compensatorie că „acest copil îmi va suplini singurătatea", o așteptare care putea pune o greutate emoțională semnificativă pe umerii unui copil.

Dorința ca fiul „să semene cu mine, să fie la fel de fidel" reflectă nu doar o aspirație pentru o trăsătură specifică, ci și o proiecție a nevoilor nesatisfăcute ale mamei pe fiul său. Aceasta poate fi văzută ca o extensie a narcisismului vulnerabil, în care mama își așteaptă ca fiul să compenseze pentru lipsurile și neîmplinirile din relația sa de cuplu. Acest tip de așteptare poate conduce la o relație în care copilul se simte responsabil emoțional pentru starea de bine a mamei, ceea ce poate fi o povară prea grea pentru un copil.

2. Evaluarea scenariilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil

Proiecția predominantă a mamei. Mama proiectează pe copil figura tatălui autoritar—posibil reflectând propriul tată sau soțul absent—și propria imagine ca mamă deprimată. Aceste proiecții sunt profund înrădăcinate în propriile sale experiențe de copilărie și în relația actuală cu soțul ei, care este frecvent absent și de care se gândește să divorțeze.

Contra-identificarea mamei. Mama pare să se contra-identifice cu imaginea copilului abandonat și traumatizat, o imagine care reflectă propriile sale experiențe dureroase din copilărie. Prin descrierea sa ca „un copil traumatizat, care a simțit și a văzut prea multe", mama își exprimă identificarea continuă cu rolul de victimă—un rol pe care, în mod inconștient, îl reactualizează în relația cu propriul fiu și soț. Această contra-identificare nu doar că reiterează scenariul traumei inițiale, dar îi și modelează comportamentul actual, în care se simte în mod repetat atacată și abandonată.

În cadrul relației cu băiatul, mama poate inconștient să încurajeze comportamente care confirmă această dinamică de victimizare. De exemplu, răspunsurile ei punitive sau critice pot fi văzute ca provocări care testează loialitatea și atașamentul fiului, reiterând astfel ciclul de abandon și conflict pe care l-a experimentat în trecut. Această dinamică poate crea o ambivalență profundă în

comportamentul lui X2, care, pe de o parte, dorește să se apropie de mama sa, iar pe de altă parte, se simte respins și învinovățit.

Scopul proiecției. Mama folosește proiecția pentru a umple golul lăsat de absența soțului și a tatălui, ambii prezentând trăsături autoritare și punitive. Prin proiectarea acestor imagini asupra copilului, mama caută inconștient să recreeze și să repare relația pe care a avut-o cu proprii ei părinți. În mod paradoxal, deși intenționează să repare vechile traume, compulsia la repetiție o determină să reînvie aceste dinamici dureroase în relația cu fiul său.

Acest proces poate fi explicat prin conceptul psihanalitic de compulsie la repetiție, care sugerează că comportamentele sunt repetate în încercarea de a rezolva conflictele intrapsihice. În cazul mamei, repetarea acestor comportamente punitiv-autoritare poate fi văzută ca o încercare eșuată de a obține controlul și securitatea pe care nu le-a simțit în copilărie. Prin relația cu copilul, mama inconștient încearcă să corecteze și să vindece rănile emoționale prin repunerea în act a acestora, sperând într-un deznodământ diferit — unul care oferă vindecare și rezoluție.

Reacțiile copilului la proiecție. Copilul, afectat de imaginea bărbatului tiran proiectată de către mamă, pare să internalizeze această reprezentare, ceea ce îl face să adopte comportamente similare cu cele pe care le percepe ca fiind atribuite acestei figuri. Acest proces de identificare cu agresorul poate fi văzut ca un mecanism de apărare, unde copilul adoptă trăsăturile pe care le consideră puternice sau dominante pentru a face față sentimentelor de vulnerabilitate sau neputință. Cu toate acestea, aceasta identificare vine cu o povară emoțională semnificativă.

Băiatul conștientizează efectul comportamentului său, exprimând regret și vinovăție: „îmi pare foarte rău de reacțiile mele impulsive, deseori mă simt deprimat după aceste crize de furie”. Aceste cuvinte evidențiază lupta lui internă și dorința de a schimba situația, dar și impactul negativ profund pe care îl resimte.

Exprimând o dorință de introspecție și auto-îmbunătățire, spune: „doresc foarte mult să-mi înțeleg emoțiile și să le controlez”. Acest lucru indică o capacitate de introspecție și dorința de schimbare, semne pozitive care arată că nu este complet antrenat în dinamica disfuncțională în care este prins.

Înțelegerea simptomelor. Impresia diagnostică lăsată de copil și de părinți. X2 experimentează fluctuații intense între furie și depresie. În momentele de furie, el exprimă o pierdere a controlului personal, spunând că „de parcă nu sunt eu, nu mă pot controla”. Aceasta sugerează că în aceste episoade, X2 se simte disociat de sine, ca și cum comportamentul său ar fi dictat de forțe din

afara controlului său. După aceste explozii, sentimentele de vinovăție și depresie preiau controlul, și el recunoaște că „îmi pare foarte rău de reacțiile mele impulsive”, ceea ce reflectă regretul și dorința lui de reconciliere, chiar și în contextul în care mama refuză să-l ierte.

Dinamica relației cu tatăl său contribuie semnificativ la comportamentul lui. Copilul descrie teama și ambivalența pe care le resimte față de tatăl său, afirmând că „deși ambii părinți sunt duri cu mine, cel mai mult mă tem de tata, de mama nu prea”. Această frică este intensificată de întoarcerile ocazionale ale tatălui, despre care X2 spune că „când tatăl este acasă lucrurile nu stau foarte bine, sunt multe momente când acesta este violent cu mine”. Aceste declarații arată clar conflictul intern al său: deși își dorește relația cu tatăl său, prezența acestuia este o sursă majoră de stres și frică.

Pretransferul părinților. Mama manifestă un transfer negativ în cadrul ședințelor, ceea ce indică atitudinile și emoțiile ei preconcepute față de bărbați și, posibil, față de autoritate în general. Afirmațiile sale precum „toți bărbații sunt niște nenorociți” reflectă un resentiment profund, care ar putea fi legat de experiențele sale negative anterioare cu bărbații, inclusiv cu tatăl și soțul.

Pretransferul copilului. Deși inițial copilul a arătat anxietate, reflectând o neîncredere generală sau o îngrijorare față de nou și necunoscut — „Am crezut că dacă mama mă va aduce aici la voi, mă veți lega și îndopa cu pastile” — răspunsul său ulterior indică o capacitate notabilă de adaptare și de construire a încrederii. Această schimbare rapidă în atitudinea față de cadru și față de psiholog arată un transfer pozitiv semnificativ, unde X2 a început să vadă psihologul ca pe un aliat sigur și sprijinitor, nu ca pe o amenințare.

Contra-atitudinea psihologului. Psihologul a răspuns pozitiv la transferul pozitiv al lui X2, ceea ce este fundamental în construirea unei relații terapeutice eficace. Această reacție pozitivă poate include validarea sentimentelor copilului, oferirea unui spațiu sigur pentru exprimare și încurajarea sa de a explora și înțelege propriile comportamente și emoții. Prin stabilirea unei relații de încredere și sprijin, psihologul facilitează un mediu în care X2 poate începe să lucreze asupra problemelor sale într-un mod constructiv.

Reacția negativă a psihologului la transferul negativ manifestat de mamă poate indica dificultăți în gestionarea rezistenței mamei și a comportamentului său non-colaborativ. Dacă mama refuză să respecte cadrul terapeutic și se arată rezervată în implicarea în ședințe, aceasta poate crea tensiuni și poate împiedica progresul terapeutic. Este esențial ca psihologul să abordeze aceste provocări cu profesionalism și să se străduiască să înțeleagă motivele din spatele comportamentului mamei, fără a permite ca acestea să influențeze negativ calitatea îngrijirii oferite.

3. Intervenții ale psihologului

1. Stabilirea limitelor și clarificarea rolurilor

Psihologul a explicat clar că ședințele vor dura exact 45 de minute și a discutat importanța punctualității și a angajamentului în procesul terapeutic, consolidând structura necesară pentru o consiliere eficientă și oferind mamei un model de consistență și siguranță.

2. Educație despre mentalizare și funcția reflexivă

Psihologul a introdus noțiuni de bază despre mentalizare, subliniind importanța recunoașterii și gestionării propriilor stări mentale și ale celor din jur.

Exemplu: psihologul discută cu mama despre cum reacțiile ei față de comportamentul copilului pot fi influențate de propriile ei experiențe neelaborate din copilărie, utilizând interpretarea viselor sau greșelile de vorbire ale mamei pentru a ilustra cum trecutul ei se reflectă în relația actuală.

3. Empatie și validare a suferinței

Psihologul a adoptat o atitudine empatică, validând atât trăirile copilului, cât și ale mamei, și a oferit sprijin emoțional, recunoscând și răspunzând la durerea și frustrările lor fără a judeca.

Exemplu: În timp ce mama vorbea despre sentimentele de respingere, psihologul folosește tehnica oglindirii pentru a-i reflecta și valida emoțiile, făcând observații cum ar fi: "Pare că vă simțiți adesea neînțeleasă, așa cum probabil v-ați simțit și în alte situații când erați copil.”

4. Conținerea emoțională

Conform lui W. Bion, procesul de conținere se referă la capacitatea de a prelua stările brute ale clientului, cum ar fi anxietatea sau agresivitatea, de a le procesa și de a le returna într-o formă mai puțin toxica și mai ușor de gestionat. Aceasta implică interpretarea emoțiilor greu de tolerat într-un mod care să fie înțeles și integrat de către client.

Exemplu. Într-o sesiune în care mama devine vizibil agitată și începe să arate semne de agresivitate verbală, psihologul își asumă rolul de conținător, ascultând activ și calmând atmosfera fără a răspunde la agresivitate. După ce tensiunea scade, psihologul formulează o astfel de interpretare conținătoare: ,,Când vă simțiți supărată și începeți să țipați, s-ar putea să fie pentru că vă simțiți copleșită de sentimente pe care vă este greu să le exprimați altfel. Poate că este ca și cum ați avea un balon în piept care se umflă și trebuie să-l lăsați să iasă. Haide-ți să vedem dacă putem găsi împreună alte moduri de a lăsa acest ,,balon” să se golească, fără a vă simți rău după aceea”. Această explicație ajută la mentalizarea experienței, încurajând mama să recunoască și să înțeleagă mai bine ce simte, promovând astfel o mai bună reglare emoțională în viitor.

5. ***Crearea unui spațiu terapeutic sigur pentru explorarea traumelor din copilărie***

Psihologul a oferit un mediu sigur și protejat, încurajându-i pe membrii familiei să exploreze și să discute deschis despre traumele lor din trecut, în special despre experiențele mamei în copilărie, și impactul acestora asupra prezentului.

Exemplu: psihologul încurajează mama să vorbească despre o amintire specifică din copilăria sa care încă o tulbură, folosind interpretarea liberă pentru a ajuta la conectarea acestei amintiri cu sentimentele și comportamentele sale actuale față de copil.

6. ***Interpretarea dinamicilor familiale și a proiecțiilor***

Psihologul a interpretat modul în care proiecțiile mamei despre figura autoritară a tatălui influențează dinamica relației părinte-copil, oferind insight-uri care să ajute la deconstrucția acestor pattern-uri repetitive.

Exemplu: În timpul unei ședințe, mama începe să discute despre comportamentul băiatului, descriindu-l ca fiind „iresponsabil și egoist", și exprimând frustrare că „nu se gândește niciodată la ceilalți". Observând că aceste acuzații sunt foarte similare cu descrierile pe care mama le-a făcut anterior despre propriul ei tată, psihologul decide să folosească această oportunitate pentru a explora transferul. Menținând un ton calm și empatic, intervine: „Am observat că unele dintre lucrurile pe care le spuneți despre băiat sunt destul de asemănătoare cum descriați comportamentul tatălui dvs. Vă întreb, este posibil ca unele dintre sentimentele și așteptările pe care le aveați față de tatăl dvs. să le transferați acum asupra lui? Cum credeți că aceasta ar putea influența modul în care îl percepeți și interacționați cu el?"

Această intervenție oferă mamei oportunitatea de a reflecta asupra posibilității că propriile ei neîmpliniri și frustrări legate de relația cu tatăl ei pot fi proiectate inconștient asupra fiului, influențându-i negativ percepția și reacțiile față de comportamentul acestuia. Prin încurajarea mamei să examineze aceste legături, psihologul o ajută să devină mai conștientă de propriile proiecții și să recunoască modul în care acestea ar putea distorsiona relația cu fiul ei.

7. ***Lucru cu rezistențele***

Analiza și interpretarea rezistențelor mamei au a avut scopul de a înțelege motivele refuzurilor și dificultăților ei în a colabora în consiliere, încercând să deschidă calea către acceptare și schimbare.

Exemplu: Psihologul observă că mama evită anumite subiecte și folosește această observație ca punct de plecare pentru a explora anxietățile și temerile care stau la baza acestei rezistențe, folosind interpretarea rezistenței în consiliere pentru a adânci înțelegerea dinamicii interioare a mamei.

8. Promovarea curiozității și a înțelegerii reciproce

Psihologul a încurajat mama să manifeste curiozitate în raport cu experiențele copilului și a facilitat momente în care au putut reflecta la propriile stări mentale și la impactul acestora asupra copilului.

Exemplu: în timpul unei ședințe, discuția a derivat către un incident recent la școală unde băiatul a avut un comportament necorespunzător; mama își exprimă frustrarea și dezamăgirea față de comportamentul acestuia, spunând că „întotdeauna face asta când vreau să fie liniștit și să nu-mi facă probleme."

Observând oportunitatea de a aprofunda înțelegerea mamei despre experiențele interne ale băiatului, psihologul intervine cu o întrebare: „Când se comportă așa, v-ați gândit ce ar putea să îl facă să reacționeze în acest mod? Ce credeți că simte el în acele momente? Să explorăm împreună. Poate că, în momentele în care se comportă astfel, el încearcă să comunice ceva prin comportamentul său."

9. Intervenții în momentul interacțiunilor tensionate

Întreruperea interacțiunilor non-mentalizate și explicarea impactului emoțional al acestor momente au ajutat la creșterea conștientizării și la ajustarea comportamentelor în timp real.

Exemplu: Când o discuție escaladează într-un conflict, psihologul intervine și îi invită pe amândoi să reflecteze la ce simte fiecare în acel moment, pentru a le permite să exploreze și să înțeleagă impactul reciproc al emoțiilor și comportamentelor.

4. Evoluția cazului

În cazul de față, scenariul narcisic parental este predominant modelat prin proiecția asupra copilului a unei imagini autoritare și deprimante. Mama se identifică cu un copil abandonat, traumatizat și neiubit, ceea ce îi permite să-și perpetueze propria imagine de victimă, în timp ce devalorizează reprezentările parentale și își evacuează sentimentele de culpabilitate. Această dinamică o împiedică pe mamă să se confrunte cu propriile conflicte nerezolvate din copilărie și să le proceseze adecvat. Totodată aceste proiecții o ajută să deplaseze asupra copilului sentimentele de furie față de soț. Ca rezultat, copilul se simte neînțeles și abandonat, reflectând stările pe care mama însăși le-a experimentat. Prin urmare, copilul este investit cu propria ei imagine de copil abandonat și neînțeles.

Tabelul 3.3 Rezultatele la teste înainte de intervenție și post-intervenție (Studiu de caz nr. 2)

Instrumente de psihodiagnostic aplicate pe mamă	**Rezultate pre-intervenție:**	**Rezultate post-intervenție:**
Inventarul narcisismului patologic PNI	Valori ridicate la dimensiunea: furie narcisică (scor - 3,2) Valori moderate: ,,stima de sine instabilă" (scor – 1,5); ,,devalorizare" (scor – 2,14)	Valori moderate la dimensiunea; ,,furie narcisică" (scor - 2,3) Valori scăzute ,,stima de sine instabilă" (scor – 1) și la dimensiunea ,,devalorizare" (scor – 0,3);
Chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți PRFQ	Valori ridicate la scala ,,Certitudine cu privire la stările mentale" (scor – 7)	Valori scăzute la scala ,,Certitudine cu privire la stările mentale" (scor – 5,33)
Chestionar la stima de sine Rosenberg	Nivel scăzut a stimei de sine (scor – 16)	Nivel moderat a stimei de sine (scor – 18)
Instrumente de psihodiagnostic aplicate pe copil	**Rezultate pre-intervenție:**	**Rezultate post-intervenție:**
RCADS 47 - Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii	Nivel ridicat de depresie (scor – 70)	Nivel scăzut de depresie (scor – 63)
Chestionar de personalitate pentru copii CPQ	Valori ridicate la factorul D (indiferență vs. excitabilitate) (scor – 8) Valori ridicate factorul O (încredere vs. tendința spre culpabilitatea) (scor – 8) Valori ridicate factorul Q_4 (tendința ergică slabă vs.	Valori moderate la factorul D (indiferență vs. excitabilitate) (scor – 6); Valori scăzute la factorul O (încredere vs. tendința spre culpabilitatea) (scor – 4);

	tendință ergică ridicată) (scor – 9)	Valori moderate la factorul Q_4 (încredere vs. tendința spre culpabilitatea) (scor 5).

Evoluția mamei

- ***Inventarul Narcisismului Patologic (PNI):***

Pre-intervenție: valorile moderate și ridicate la dimensiunile „stima de sine instabilă", „devalorizare", „furie narcisică" indică o luptă cu vulnerabilitățile narcisice, inclusiv tendința de a manipula, o stima de sine fluctuantă, și o tendință spre reacții de furie în raport cu criticile sau eșecurile.

Post-intervenție: scăderea semnificativă la dimensiunile „devalorizare" și „stima de sine instabilă" sugerează îmbunătățirea capacității de a forma relații mai sănătoase și mai stabile și o stabilizare a imaginii de sine. Diminuarea „furiei narcisice" indică o toleranță crescută la frustrări și o gestionare mai bună a furiei.

- ***Chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți (PRFQ)***

Pre-intervenție: valorile ridicate la scala „Certitudine cu privire la stările mentale" arată o încredere exagerată în capacitatea de a înțelege și anticipa stările mentale, ceea ce poate reflecta dificultăți în a recunoaște complexitatea și ambiguitatea emoțiilor proprii și ale altora.

Post-intervenție: scăderea scorurilor la această variabilă indică o abordare mai nuanțată și mai deschisă către incertitudinea și complexitatea stărilor mentale, un indicator al creșterii reflexivității și empatiei.

- ***Chestionarul de Stima de Sine***

Pre-intervenție: nivel scăzut al stimei de sine.

Post-intervenție: creșterea la un nivel moderat arată o îmbunătățire a auto-evaluării și o reducere a autodevalorizării.

Evoluție copilului

- ***RCADS 47 - Scala revizuită de Anxietate și Depresie pentru Copii***

Pre-intervenție: nivel ridicat de depresie.

Post-intervenție: scăderea semnificativă indică un efect pozitiv al intervenției asupra stării sale emoționale și o reducere a simptomelor depresive.

- ***Chestionar de Personalitate pentru Copii (CPQ)***

Pre-intervenție: valori ridicate la factorul D, O și Q4.

Post-intervenție: valorile moderate la factorul D indică o îmbunătățire a stabilității emoționale. Scăderea valorilor la factorul O și Q4 sugerează o reducere a tensiunii și o abordare mai echilibrată a experiențelor noi.

În urma intervenției de consiliere psihologică, părintele a reușit mai bine să-și gestioneze aspectele narcisice patologice, dar constatăm totuși că dimensiunea furiei narcisice s-a redus de la un nivel ridicat la un nivel moderat. La etapa de încheiere a consilierii, mama continuă uneori să simtă stări de agresivitate în raport cu copilul, dar deja nu mai recurge la atacuri fizice sau verbale. A fost stabilită o creștere a capacității de mentalizare, iar acest aspect presupune că mai rar pune în act trăiri negative și preferă să adopte modele funcționale de interacțiune cu copilul. De asemenea, a crescut stima de sine, a obținut o mai mare încredere în rolul său de părinte. Constatăm că împreună cu îmbunătățirea funcționării mentale a mamei s-a diminuat la copil nivelul de depresie și s-au stabilizat comportamentele adaptative și funcționale.

Rezultatele obținute oferă dovezi ale progresului atât în stabilizarea stării emoționale a copilului, cât și în ameliorarea trăsăturilor de personalitate narcisice și a funcționării reflexive a mamei. Acest progres indică eficacitatea intervențiilor psihologice și subliniază importanța continuării sprijinului pentru a consolida aceste rezultate și a preveni recidivele.

Studiu de caz nr. 3

Subiect: X_3

Fată, 9 ani

1. Interviul preliminar

O mamă a solicitat consult psihologic pentru fiica ei de 9 ani, datorită timidității marcante a acesteia, lipsei de prieteni și a unei anxietăți de separare accentuate. Mama descrie comportamentul fiicei: „Este foarte fricoasă și speriată. La școală este timidă, nu are prieteni. Este foarte atașată de mine”. Această descriere sugerează o dificultate a fetiței de a se simți în siguranță și confortabilă în

absența unei prezențe constante a mamei, ceea ce afectează capacitatea ei de a interacționa cu alți copii și de a funcționa independent.

Mama relatează că adoptă un stil parental „foarte protectiv", exprimându-și preocupările constante pentru siguranța fiicei: „Îmi fac griji să nu pățească ceva rău". Această atitudine, deși bine intenționată, poate contribui la creșterea anxietății de separare. Faptul că fiica nu poate dormi singură și are dificultăți în luarea deciziilor în absența mamei sunt simptome care indică o insecuritate profundă și o lipsă de autonomie.

Este unicul copil, ambii părinți sunt prezenți. Cu toate acestea, tatăl se abține de la implicarea activă în educația copilului. Pasivitatea tatălui contribuie la o atmosferă tensionată și distanțată în relațiile familiale. Interacțiunile dintre soț și soție sunt marcate de o lipsă de comunicare, iar relația dintre tată și copil este superficială și lipsită de apropiere.

În timpul consultului, fata manifestă un comportament evitant față de psiholog, refuzând să participe activ la discuție. Acest tip de comportament poate fi interpretat ca un mecanism de apărare în fața anxietății pe care o simte în situații noi sau stresante, și poate fi, de asemenea, o reflexie a dinamicii familiale. În schimb, mama este foarte deschisă în discuțiile cu psihologul, împărtășind despre stările ei depresive, în special în perioada postnatală, caracterizate de gânduri disfuncționale: „aveam diferite gânduri urâte, credeam că o înnebunesc, nu o să mă pot controla și o să îmi fac mie ceva rău sau fetiței". Această mărturisire indică o posibilă depresie postnatală severă care, dacă nu a fost tratată adecvat, poate avea repercusiuni pe termen lung atât pentru mamă, cât și pentru copil.

Mama reflectează asupra perioadei sarcinii ca fiind cea mai fericită perioadă din viața sa, plină de „amintiri plăcute" și cu o investiție emoțională profundă în copil, văzându-l ca pe o soluție la singurătatea ei: „Știam că o să depun totul în acest copil. Știam că niciodată nu o să mă mai simt singură". Această declarație subliniază o investiție narcisică semnificativă în copil, care poate pune o presiune enormă pe acesta să îndeplinească nevoile emoționale ale mamei.

Mama își descrie copilăria ca fiind profund afectată de pierderea timpurie a tatălui și de relația distantă cu mama ei. Decesul tatălui de cancer când avea doar trei ani - „tata a decedat de cancer, când eu aveam 3 ani, nu îmi amintesc nimic despre el" - a lăsat un gol semnificativ, iar lipsa discuțiilor despre el a împiedicat formarea oricărei imagini sau legături postume.

Mai mult, femeia caracterizează relația cu propria mamă ca fiind rece și neglijentă: „era indiferentă, nu prea își dădea interes despre cum mă simțeam, nu se preocupa de mine". Indiferența și lipsa de conectare emoțională au accentuat sentimentele de izolare, „mă simțeam singură și fără

prieteni", și a creat un vid emoțional care pare să se reflecte în dorința de a fi „văzută și să impresionez", indicând o posibilă luptă pentru validare și atenție.

2. Evaluarea scenariilor narcisice parentale și a simptomelor nevrotice la copil

Proiecția predominantă a mamei. Mama, având o copilărie caracterizată de singurătate și o relație parentală distantă, pare să proiecteze imaginea copilului singur. Acest fenomen de proiecție implică transferul inconștient al propriilor sentimente, dorințe sau frici pe copil, influențând modul în care mama interpretează și răspunde comportamentelor copilului.

Contra-identificarea mamei. Mama se identifică cu o imagine idealizată „mama perfectă", ca reacție la propria experiență de neglijare și absență a unei figuri materne suportive în copilărie. Aceasta își formează stilul parental ca un contrast direct față de propria mamă, încercând să compenseze prin comportamente hiperprotective.

Scopul proiecției. Mama încearcă inconștient să repare daunele aduse propriei imagini de sine în copilărie prin crearea unei identități de mamă ideală, care este extrem de protectoare și omniprezentă. Acest comportament este un răspuns la propriile experiențe de neglijare și indiferență pe care le-a trăit din partea mamei sale. Prin fiica sa, își poate trăi o copilărie reînnoită și reparată, în care nevoile ei nesatisfăcute de atenție și afecțiune sunt împlinite.

În mod inconștient, mama dorește să devină opusul propriei mame. Acest lucru o motivează să adopte un stil parental hiperprotectiv, ea se străduiește să ofere tot ceea ce ea însăși a simțit că i-a lipsit, încercând să asigure că fiica ei nu va trece prin aceleași experiențe de neglijare.

Reacțiile copilului la proiecție. Copilul să identifică cu rolul de „copil vulnerabil" proiectat de mamă, internalizând această imagine ca parte a identității sale. Acest lucru poate limita explorarea comportamentelor independente și încercările de a dezvolta relații sociale dincolo de relația cu mama. Pentru a menține apropierea de mamă și pentru a evita respingerea, poate adopta comportamente care confirmă viziunea mamei despre vulnerabilitatea și dependența ei.

Înțelegerea simptomelor. Impresia diagnostică lăsată de copil și de părinți. Copilul prezintă o anxietate pronunțată la gândul separării de mama sa, ceea ce se manifestă prin incapacitatea de a interacționa în mod independent cu alți copii sau de a rămâne singură. Aceasta indică o posibilă tulburare de anxietate de separare, caracterizată prin teamă excesivă și inadecvată de a fi despărțită de mama.

Pretransferul părinților. Mama a dezvoltat transfer pozitiv față de psiholog, ceea ce a facilitat progresul în ședințele de consiliere psihologică.

***Pretransferul copilului*.** Fetița a manifestat un transfer negativ față de psiholog, caracterizat prin comportamente de evitare.

***Contra-atitudinea psihologului*.** Psihologul dezvoltă un contratransfer pozitiv față de mamă și fetiță, reacționând cu empatie față de anxietatea de separare a acestora.

Intervențiile psihologului

1. ***Stabilirea cadrului și a limitelor***

La început se stabilesc reguli clare cu referire la durata și frecvența ședințelor pentru a crea un mediu predictibil și sigur, esențial pentru consilierea eficientă.

Exemplu: ,,pentru a ne asigura că avem suficient timp să lucrăm împreună fără a ne simți grăbiți, vom avea întâlniri săptămânale de 45 de minute; este important să începem și să terminăm la timp pentru a menține structura și consistența ședințelor."

2. Psihoeducație cu privire la mentalizare și importanța funcției reflexive

Educația mamei despre cum să recunoască și să răspundă la stările mentale proprii și ale copilului pentru a îmbunătăți înțelegerea și comunicarea. De asemenea, a fost important de încurajat mama să fie interesată de gândurile și sentimentele fiicei, ajutând-o să dezvolte o atitudine empatică și înțelegere.

Exemplu: ,,să ne gândim la un moment recent când fetița dvs. a fost supărată. Cum ați interpretat acea situație? Ce credeți că simțea cu adevărat?"

3. Întreruperea interacțiunilor non-mentalizate

S-a pus accent pe oprirea și discutarea momentelor când mama răspunde automat, fără a reflecta la stările interne ale copilului.

Exemplu: ,,Am observat că ați răspuns rapid când fetița s-a expus că nu vrea să participe la activitatea de grup. Haide-ți să reflectăm împreună ce ai simțit în acel moment și cum ați putea aborda diferit data viitoare."

4. Utilizarea întrebărilor ipotetice pentru clarificare și confruntare

Înaintea interpretărilor au fost utilizate întrebările ipotetice pentru a stimula mama să gândească în termeni de posibilități și alternative.

Exemplu: ,,Cum credeți că s-ar simți dacă ați încerca să-i oferiți mai mult spațiu ca să facă propriile alegeri? Credeți că acest lucru ar putea să o ajute la creșterea încrederii în sine?"

5. ***Validarea experienței mamei înainte de oferirea unor perspective alternative***

A fost importantă recunoașterea experiențelor și sentimentelor mamei, oferindu-i în același timp noi modalități de a gândi și de a acționa.

Exemplu: „Presupun că este dificil să nu vă îngrijorați pentru ea, având în vedere propriile dvs experiențe din copilărie în care vă simțeați singură. Dar să explorăm cum această îngrijorare ar putea influența comportamentul ei și cum am putea împreună să găsim un echilibru."

6. ***Interpretarea proiecției și anxietăților de separare***

Un alt moment important a constat în analiza modului în care mama își transferă, adesea inconștient, propriile sentimente, dorințe nerezolvate și așteptări pe fiica sa, văzând-o ca pe o extensie a sinelui și ca pe o cale în îndeplinirea propriilor nevoi nesatisfăcute.

Exemplu: „ Am observat că uneori vorbiți despre fiica dvs ca și cum ați avea aceleași trăiri și temeri pe care le-ați avut dvs la vârsta ei. Cum credeți că aceasta influențează felul în care ea își percepe propriile experiențe? Cum am putea asigura că ea să aibă suficient spațiul, ca ea să-și dezvolte propria identitate."

3. Evoluția cazului

În acest caz, scenariul narcisic parental s-a construit preponderent prin proiecția asupra copilului a imaginii de sine trăită ca singuratică, în același timp, a imaginii de părinte ideal și clivat. În acest scenariu narcisic obiectivul inconștient este de a repara și compensa o imagine de sine infantilă negativă și de a oferi o îngrijire maternă ideală, care într-un final eșuează și se situează în polul unui maternaj hiperprotectiv. Aceste îngrijiri materne excesive o fac pe fetiță să manifeste anxietatea de separare și abandon.

Tabelul 3.4 Rezultatele la teste înainte de intervenție și post-intervenție (Studiu de caz nr. 3)

Instrumente de psihodiagnostic aplicate pe mamă	**Rezultate pre-intervenție:**	**Rezultate post-intervenție:**
Inventarul narcisismului patologic PNI	Valori ridicate la scala „„autosacrificare" (scor - 3,66); „ascunderea sinelui (scor - 3,79)"	Valori moderate la scala „„autosacrificare" (scor – 2,9); „ascunderea sinelui" (scor - 2,6)

Chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți PRFQ	Valori scăzute la scala ,,Certitudine cu privire la stările mentale" (scor – 3,83)	Valori moderate la scala ,,Certitudine cu privire la stările mentale" (scor – 4,5)
Chestionar la stima de sine Rosenberg	Stima de sine nivel moderat (scor – 23)	Stimă de sine nivel moderat (scor – 26)
Instrumente de psihodiagnostic aplicate pe copil	**Rezultate pre-intervenție:**	**Rezultate post-intervenție:**
RCADS 47 - Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii	Nivel moderat anxietate de separare (scor – 67) Nivel ridicat fobie socială (scor – 72)	Nivel moderat anxietate de separare (scor - 63) Nivel moderat fobie socială (scor – 67)
Chestionar de personalitate pentru copii CPQ	Valori moderate la factorul O (încredere vs. tendință spre culpabilitate) (scor – 5) Valori moderate la factorul Q4 (încredere vs. tendința spre culpabilitatea) (scor – 6)	Valori scăzute la factorul O (scor – 2) (încredere vs. tendință spre culpabilitate) Valori moderate la factorul Q4 (încredere vs. tendința spre culpabilitatea) (scor – 4)

Evoluția mamei

- ***Inventarul Narcisismului Patologic (PNI):***

Pre-intervenție: valorile ridicate la scalele „autosacrificare" și „ascunderea sinelui" indică o tendință a mamei de a-și neglija propriile nevoi în favoarea supraprotejării copilului, și de a-și ascunde adevăratele sentimente sau identitate pentru a se conforma imaginii de „mamă perfectă".

Post-intervenție: valorile moderate arată o îmbunătățire în recunoașterea și respectarea propriilor limite și nevoi, și o mai mare autenticitate în exprimarea emoțiilor și identității.

- ***Chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți (PRFQ)***

Pre-intervenție: valorile scăzute la scala „Certitudine cu privire la stările mentale" pot sugera un deficit în capacitatea de a înțelege și prezice stările mentale ale copilului, ceea ce poate duce la interpretări eronate și la supraprotecție.

Post-intervenție: valorile moderate indică o îmbunărtățire ușoară a funcției reflexive, ccea poate înseamna o mai bună capacitatea de a tolera incertitudinea și o mai mare deschidere în explorarea stărilor mentale ale copilului fără presupuneri preconcepute.

- ***Chestionarul de Stimă de Sine***

Pre și post-intervenție: nivelul moderat al stimei de sine rămâne constant.

Evoluția copilului

- ***RCADS 47 - Scala Revizuită de Anxietate și Depresie pentru Copii***

Pre-intervenție: niveluri moderate de anxietate de separare și nivel ridicat de fobie socială.

Post-intervenție: menținerea nivelului moderat de anxietate de separare și reducerea fobiei sociale la un nivel moderat, indicând progrese în gestionarea anxietăților sociale și îmbunătățirea interacțiunilor cu alții.

- ***Chestionar de Personalitate pentru Copii (CPQ)***

Pre-intervenție: valori moderate la O și Q4.

Post-intervenție: îmbunătățirea indicilor la factorii O și Q4 sugerează o reducere a impulsivității și a tensiunii.

Această analiză reflectă eficacitatea intervențiilor psihologice în reducerea trăsăturilor de narcisism matern, în îmbunătățirea funcționării reflexive a mamei și în sprijinirea copilului în dezvoltarea unei mai mari independențe și securități în relațiile sociale.

3.4 Evaluarea eficienței demersului formativ orientat spre diminuarea dimensiunilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil

În ultima parte a cercetării noastre am evaluat eficiența programului de intervenție psihologică elaborat și implementat în vederea diminuării dimensiunilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil. Pentru a estima eficiența programului am administrat repetat după intervenție următoarele teste: Inventarul narcisismului patologic (Aaron L. Pincus, Emily B. Ansell et al., 2009); Chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți (P. Luyten, L. C. Mayes, L. Nijssens & P. Fonagy, 2017); Scala Rosenberg (M. Rosenberg, 1965); RCADS 47 - Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii (Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000); Chestionar de personalitate pentru copii CPQ (R. B. Cattell & IPAT Staff, 1992). Programul formativ a fost aplicat pe un eșantion de 12 perechi mamă-copil. În cadrul acestui subcapitol, vom prezenta detaliat rezultatele obținute înainte și după

intervenție. Evaluarea eficienței programului formativ a fost realizată prin intermediul testului nonparametric Wilcoxon.

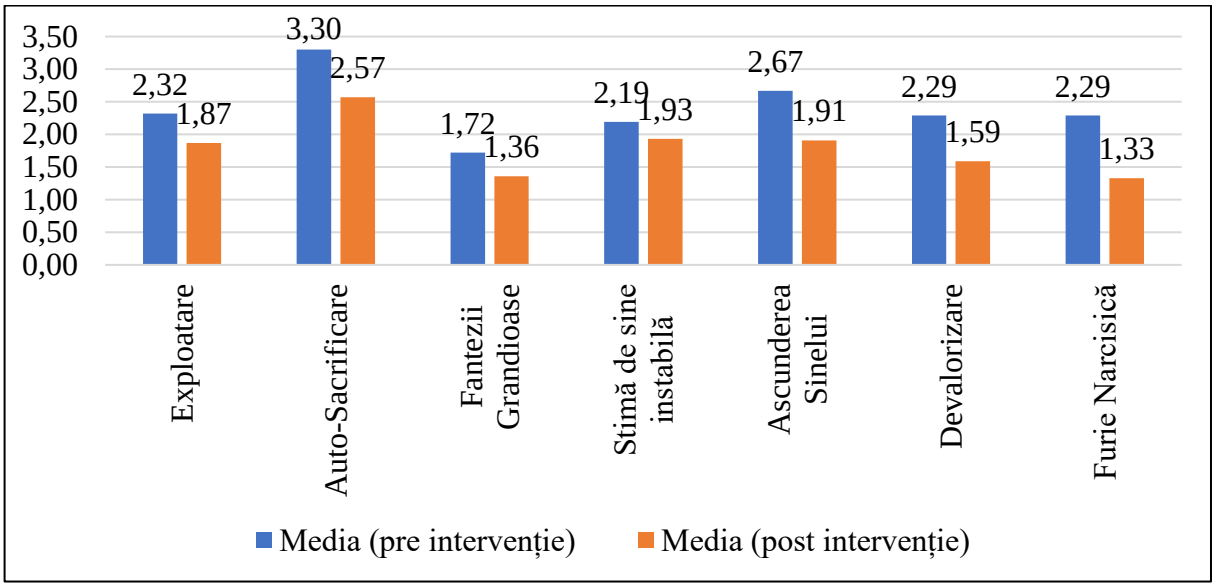


Figura 3.1 Mediile pentru dimensiunile narcisice la mame (pre și post intervenție)

Figura 3.1 ilustrează diferențele între mediile dimensiunilor narcisice la mame, înainte și după intervenție. Aceasta evidențiază modul în care intervenția a influențat diverse aspecte ale narcisismului, reflectate prin valorile medii ale fiecărei dimensiuni. După aplicarea testului Wilcoxon, s-au constatat diferențe semnificative din punct de vedere statistic la următoarele dimensiuni narcisice:

- Exploatarea - dimensiune, care măsoară tendința de a manipula și exploata relațiile interpersonale -, a prezentat o scădere statistic semnificativă după intervenție ($z=-2,816$; $p\leq0,05$). Rezultatele sugerează o reducere a comportamentelor manipulative în rândul mamelor.
- Auto-sacrificarea reflectă tendința de a utiliza acte altruiste pentru a menține o imagine de sine. Această dimensiune a înregistrat o reducere statistic semnificativă ($z=-2,937$; $p\leq0,05$), indicând o scădere a comportamentelor de auto-sacrificare exagerată.
- Fanteziile grandioase - această dimensiune presupune implicarea în fantezii compensatorii de succes și recunoaștere. Rezultatele au arătat o reducere semnificativă după intervenție ($z=-2,524$; $p\leq0,05$), ceea ce sugerează o diminuare a fanteziilor grandioase.
- Stima de sine instabilă - reflectă fluctuațiile semnificative ale stimei de sine -, a arătat o scădere notabilă ($z=-3,061$; $p\leq0,05$). Aceasta indică o stabilizare a stimei de sine în urma intervenției.

- Ascunderea sinelui reprezintă reticența de a dezvălui și recunoaște propriile greșeli și nevoi. Această dimensiune a prezentat o scădere statistic semnificativă (z=-3,059; p≤0,05), sugerând o creștere a deschiderii și onestității în relațiile interpersonale.
- Devalorizarea - această dimensiune, reflectând lipsa de interes față de cei care nu oferă admirație -, a arătat o reducere semnificativă (z=-3,059; p≤0,05), ceea ce indică o scădere a tendinței de a devaloriza pe alții.
- Furia narcisică reprezintă tendința de a reacționa cu furie atunci când așteptările nu sunt îndeplinite, această dimensiune a înregistrat o scădere semnificativă (z=-3,059; p≤0,05), sugerând o reducere a reacțiilor de furie narcisică.

Ca urmare a analizei statistice, constatăm că intervenția a avut un impact pozitiv asupra reducerii dimensiunilor narcisice la mame, fapt relevat de scăderile semnificative în mediile acestor dimensiuni. Aceste rezultate subliniază eficacitatea intervenției în mod special în gestionarea și ameliorarea comportamentelor narcisice problematice.

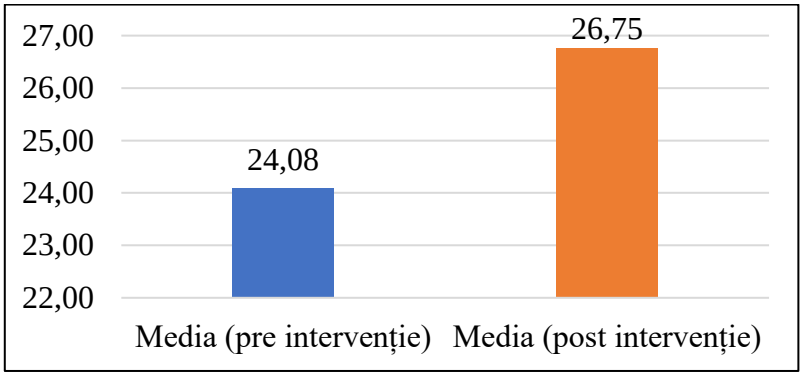


Figura 3.2 Mediile pentru stima de sine la mame (pre și post intervenție)

În figura 3.2 sunt prezentate mediile stimei de sine la mame înainte și după intervenție. Valorile medii obținute arată o creștere semnificativă a stimei de sine în urma intervenției. Înainte de intervenție, media stimei de sine la mame a fost de 24,08, în timp ce după intervenție aceasta a crescut la 26,75. Această creștere indică o îmbunătățire notabilă a percepției de sine și a sentimentului de auto-valorizare în rândul mamelor. Pentru a evalua semnificația statistică a acestei creșteri, s-a aplicat testul Wilcoxon. Rezultatele au arătat o diferență statistic semnificativă (z=2,451; p≤0,05), confirmând că schimbarea observată nu este întâmplătoare și poate fi atribuită intervenției aplicate. Această îmbunătățire a stimei de sine poate avea multiple implicații pozitive. Mamele cu o stimă de sine mai ridicată pot avea o mai bună capacitate de a face față provocărilor zilnice, pot dezvolta relații interpersonale mai sănătoase și pot oferi un sprijin emoțional mai consistent copiilor lor. În plus, o

stimă de sine crescută este asociată cu o sănătate mentală mai bună și un nivel redus de stres și anxietate.

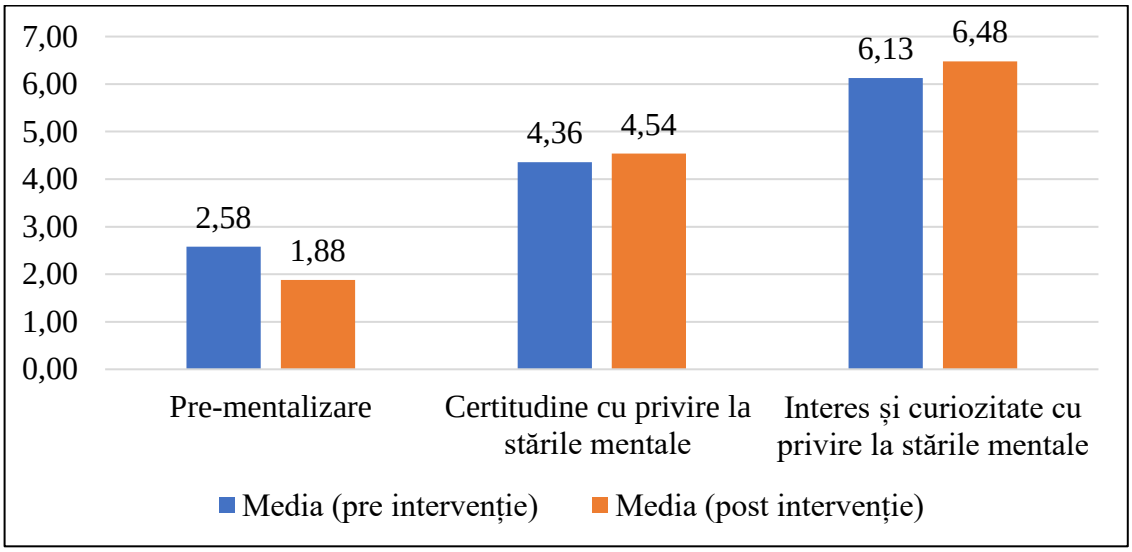


Figura 3.3. Mediile pentru funcțiile reflexive la mame (pre și post intervenție)

În figura 3.3 se observă că, după aplicarea programului de intervenție psihologică, pre-mentalizarea la mame s-a diminuat semnificativ ($z=-2,711$; $p\leq0,05$). Aceasta indică o reducere a tendinței de a adopta o gândire non-reflexivă și de a atribui trăsături negative copilului, precum și o îmbunătățire a capacității de a înțelege realitatea psihică a acestuia.

În plus, s-au constatat diferențe statistic semnificative din punct de vedere statistic la scala „interese și curiozitate cu privire la stările mentale” ($z=2,157$; $p\leq0,05$). Acest rezultat sugerează că intervenția a crescut interesul și curiozitatea părinților de a înțelege și explora stările mentale ale copiilor lor. Mamele au devenit mai preocupate de modul în care copiii lor gândesc și simt, ceea ce poate contribui la o relație părinte-copil mai empatică și mai sănătoasă.

Pe de altă parte, nu au fost identificate diferențe semnificative statistic la scala „certitudine cu privire la stările mentale”, ceea ce indică faptul că intervenția nu a dus la hipermentalizare. Aceasta înseamnă că mamele nu au devenit excesiv de sigure sau rigide în interpretarea stărilor mentale ale copiilor, păstrând astfel un echilibru sănătos între înțelegerea și respectarea autonomiei psihice a copiilor lor.

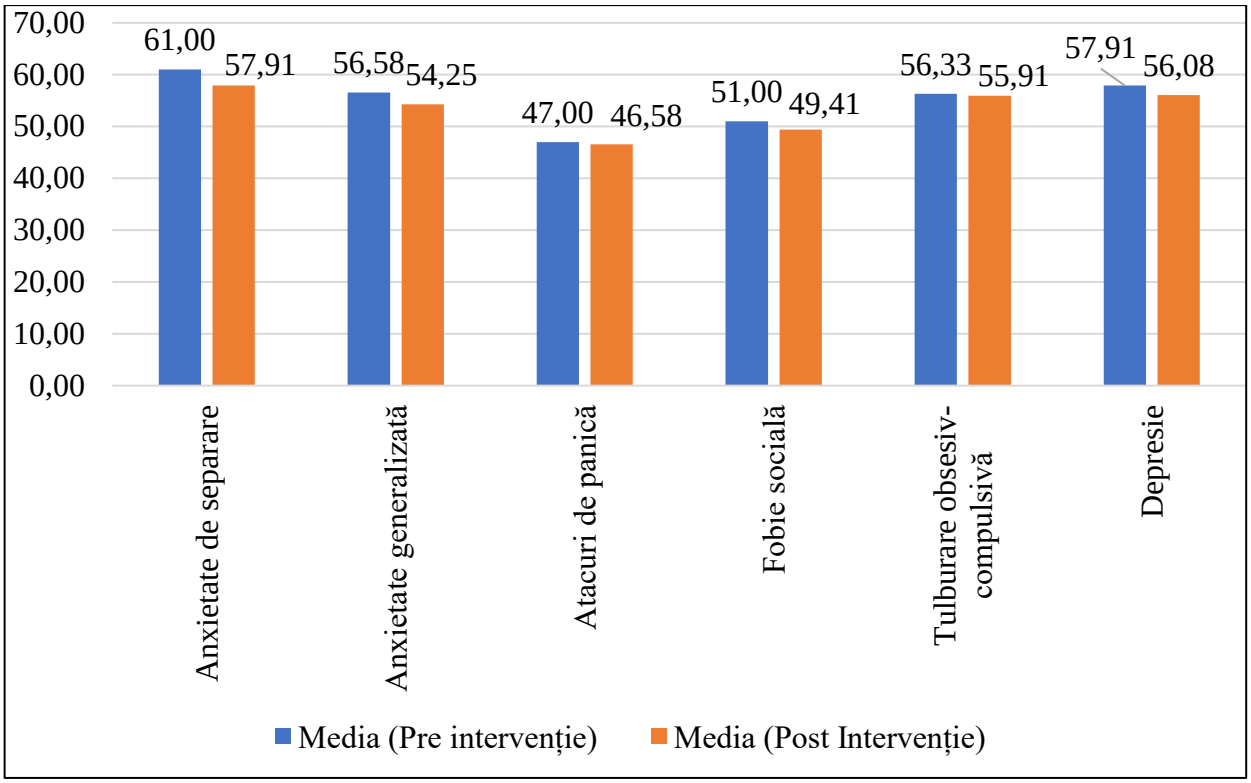


Figura 3.4. Mediile pentru stările nevrotice la copii (pre și post intervenție)

În figura 3.4 sunt reprezentate mediile rezultate în urma aplicării, înainte și după intervenția psihologică, a scalei revizuite de anxietate și depresie pentru copii (RCADS-47). Aceasta evidențiază schimbările în stările nevrotice ale copiilor, evaluate prin intermediul acestei scale. Rezultatele indică diferențe statistic semnificative la următoarele stări nevrotice:

- Anxietate de separare: s-a observat o reducere semnificativă a anxietății de separare ($z=-3,076$; $p\leq0,05$), ceea ce sugerează că intervenția a fost eficientă în reducerea temerilor copiilor legate de separarea de părinți sau alte figuri de atașament.
- Anxietate generalizată: rezultatele au arătat o scădere semnificativă a anxietății generalizate ($z=-2,984$; $p\leq0,05$), indicând o diminuare a îngrijorărilor și temerilor excesive ale copiilor cu privire la diverse aspecte ale vieții de zi cu zi.
- Fobie socială: intervenția a avut un efect pozitiv semnificativ asupra reducerii fobiei sociale ($z=-2,834$; $p\leq0,05$), sugerând o îmbunătățire a capacității copiilor de a se angaja în interacțiuni sociale fără a experimenta nivele ridicate de anxietate.
- Depresie: de asemenea, s-a constatat o reducere semnificativă a simptomelor depresive ($z=-2,971$; $p\leq0,05$), ceea ce indică o îmbunătățire a stării emoționale generale a copiilor și o reducere a sentimentelor de tristețe și lipsă de speranță.

Pe de altă parte, nu au fost identificate diferențe semnificative statistic în cazul atacurilor de panică și a tulburării obsesiv-compulsive, ceea ce sugerează că intervenția nu a avut un impact notabil asupra acestor două variabile. Acest rezultat poate indica necesitatea unor intervenții mai specifice și directive, cum ar fi psihoterapia cognitiv-comportamentală, care s-a dovedit a fi mai eficientă în abordarea atacurilor de panică și a tulburărilor obsesiv-compulsive.

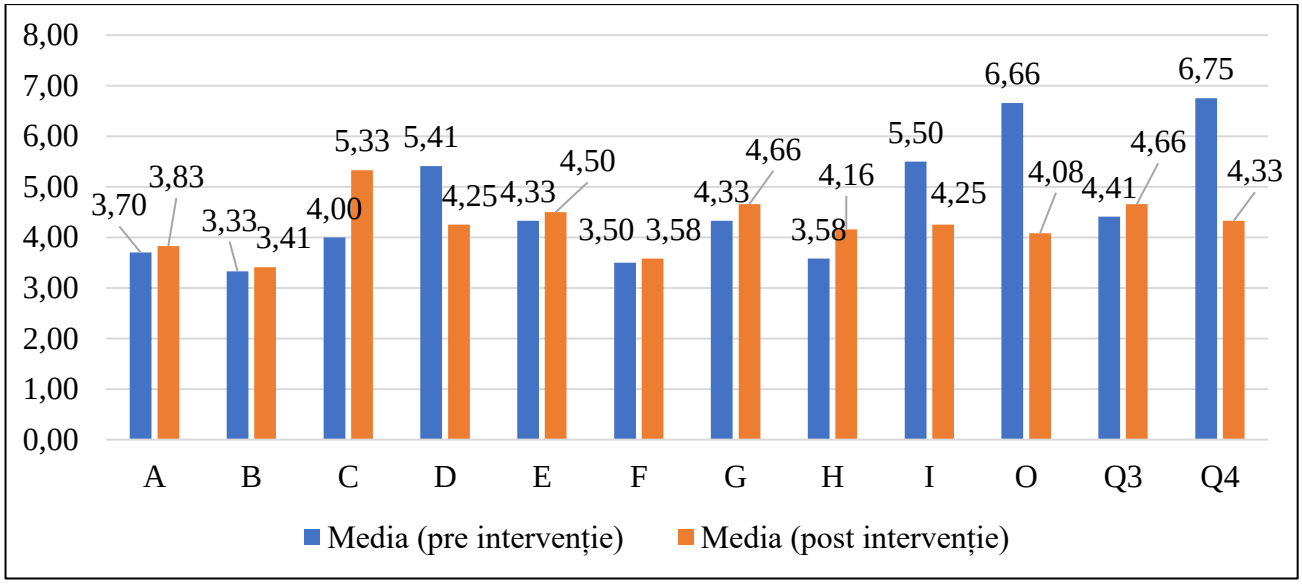


Figura 3.5. Mediile pentru factorii de personalitate la copii (pre și post intervenție)

În figura 3.5 sunt reprezentate mediile obținute înainte și după intervenția psihologică, evaluate prin chestionarul privind factorii de personalitate la copii (CPQ). Analiza rezultatelor relevă diferențe semnificative din punct de vedere statistic la mai mulți factori de personalitate.

Rezultatele au indicat o creștere semnificativă a încrederii în sine (Factorul C, $z=2,854$; $p\leq0,05$), sugerând că intervenția a fost eficientă în consolidarea sentimentului de auto-eficacitate și încrederii copiilor în propriile abilități. De asemenea, a fost observată o diminuare semnificativă a hiperactivității (Factorul D, $z=-2,547$; $p\leq0,05$), ceea ce implică o reducere a comportamentelor impulsive și excesiv de active. Aceasta poate conduce la o mai bună concentrare și control comportamental în mediile școlare și sociale.

Intervenția a avut un efect statistic semnificativ asupra reducerii stărilor anxios-depresive (Factorul O, $z=-3,082$; $p\leq0,05$). Aceasta se traduce printr-o diminuare a simptomelor precum agitația, apatia, neliniștea, oboseala și iritabilitatea, contribuind la o stare emoțională mai stabilă și echilibrată. De asemenea, s-a atestat o scădere semnificativă a tensiunii nervoase (Factorul Q4, $z=-3,126$; $p\leq0,05$), indicând o reducere a stărilor de anxietate și stres, manifestate prin agitație și neliniște.

Aceste rezultate sugerează că intervenția psihologică a avut un impact semnificativ asupra reducerii factorilor de personalitate asociați cu funcționarea nevrotică la copii.

Îmbunătățirile atestate indică eficiența programului de intervenție psihanalitică în reducerea aspectelor narcisice parentale, în îmbunătățirea capacității de mentalizare la mame și în ameliorarea stărilor nevrotice la copii.

Rezultatele arată că intervenția a avut un impact semnificativ asupra multiplelor dimensiuni narcisice ale mamelor, inclusiv exploatarea, auto-sacrificarea, fanteziile grandioase, stima de sine instabilă, ascunderea sinelui, devalorizarea și furia narcisică. De asemenea, s-a înregistrat o creștere semnificativă a stimei de sine la mame, indicând o mai bună auto-valorizare și stabilitate emoțională. De asemenea, a fost evidentă îmbunătățirea capacității de mentalizare la mame, acest rezultat concretizându-se în reducerea pre-mentalizării și creșterea interesului și curiozității față de stările mentale ale copiilor, fără a conduce la hipermentalizare.

În ceea ce privește copiii, intervenția a avut un efect pozitiv semnificativ prin diminuarea stărilor nevrotice, precum anxietatea de separare, anxietatea generalizată, fobia socială și depresia. De asemenea, s-au înregistrat îmbunătățiri semnificative ale factorilor de personalitate, cum ar fi creșterea încrederii în sine (Factorul C), reducerea hiperactivității (Factorul D), scăderea stărilor anxios-depresive (Factorul O) și diminuarea tensiunii nervoase (Factorul Q4). Aceste schimbări pozitive sugerează că programul de intervenție psihanalitică nu ajută doar la reducerea comportamentelor narcisice la părinți, dar contribuie semnificativ și la bunăstarea emoțională și sănătatea mentală a copiilor lor.

3.5. Concluzii la capitolul 3

Demersul formativ și rezultatele prezentate ne permit să formulăm următoarele concluzii, care confirmă validitatea intervenției de sorginte psihanalitică în diminuarea aspectelor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copii:

1. Studiile de caz incluse în cercetare au contribuit la evaluarea eficienței programului de intervenție, oferind o perspectivă aprofundată asupra modului în care aspectele narcisice parentale influențează stările nevrotice ale copiilor. Analiza detaliată a cazurilor a demonstrat o îmbunătățire a stării psihoemoționale ale copiilor, odată cu progresul mamelor în conștientizarea și gestionarea vulnerabilităților lor narcisice. Această metodă a permis nu doar validarea intervenției, ci și personalizarea ei conform specificului fiecărei relații părinte-copil, crescând astfel eficiența generală a demersului terapeutic.

2. Analiza comparativă a datelor colectate înainte și după intervenție indică îmbunătățiri semnificative în diminuarea dimensiunilor narcisice și în creșterea capacității de mentalizare a mamelor, precum și a reducerii stărilor nevrotice la copii. În rândul mamelor, s-a înregistrat o scădere semnificativă la dimensiunile: exploatare, auto-sacrificare, fantezii grandioase, stimă de sine instabilă, ascunderea sinelui, devalorizare și furie narcisică. Creșterea semnificativă a stimei de sine și a capacității de mentalizare reflectă o îmbunătățire a funcției reflexive, auto-percepției și coeziunii imaginii de sine. La copii, s-a atestat o reducere semnificativă a anxietății de separare, anxietății generalizate, anxietății sociale și depresiei.
3. Intervenția a subliniat importanța utilizării tehnicilor psihanalitice într-o manieră flexibilă, adaptată la particularitățile fiecărei diade părinte-copil, ceea ce a permis identificarea și reducerea rezistențelor parentale, respectiv, a asigurat intervenția eficientă asupra dinamicilor narcisice. Crearea unei alianțe terapeutice solide a facilitat accesul la materialul inconștient a mamelor, cât și al copiilor, conducând la o deschidere mai mare către procesul de introspecție și auto-analiză, această alianță dovedindu-se esențială în menținerea unei continuități și aderențe la programul formativ.
4. Cercetarea relevă că modificările în dinamica narcisică a relației părinte-copil au un impact direct și semnificativ asupra sănătății psihologice a copilului. Intervențiile descrise și evaluate în acest capitol oferă o perspectivă clară și practică pentru realizarea acestor schimbări, prin aplicarea unei serii de tehnici psihanalitice adaptate la complexitatea fiecărui caz individual. Această abordare nu numai că reduce dimensiunile narcisice la mame și diminuează stările nevrotice la copil, dar și sprijină dezvoltarea unui sine mai integrat și autonom atât pentru copil, cât și pentru părinte. Rezultatele indică faptul că modelul de intervenție propus are un potențial semnificativ pentru abordarea contextului familial cu disfuncționalitate narcisică, însă necesită o personalizare continuă și monitorizare atentă pentru a maximiza efectele pe termen lung.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Prezenta cercetare contribuie la soluționarea unei probleme științifice actuale și de relevanță semnificativă în domeniul psihologiei, și anume studierea dimensiunilor narcisice în relația părinte-copil cu stări nevrotice, cu scopul de a înțelege mai bine impactul acestor dinamici asupra bunăstării psihoemoționale ale copilului.

În comparație cu cele mai recente cercetări internaționale — de exemplu, investigațiile realizate de R. Estiel și col. [149], C.M. Hart și col. [158], J. Hewitt și col. [159], KP. Rawn și col. [192], M. Vignando și B. Bizumic [207] etc. —, studiul nostru se distinge printr-o serie de particularități relevante, atât epistemologic, cât și metodologic. În timp ce lucrările menționate analizează preponderent relația dintre trăsăturile narcisice parentale și manifestările psihopatologice ale copilului (depresie, anxietate, comportamente externalizate), prezentul studiu adoptă o abordare integrativă, depășind modelele explicative unifactoriale și cadrele strict statistice. Prin intermediul unui design mixt — cantitativ și calitativ — cercetarea nu doar identifică și descrie corelațiile simptomatice, ci explorează în profunzime dinamica inconștientă a relației mamă–copil. Acest demers se sprijină pe un cadru teoretic solid, ancorat în metapsihologia psihanalitică și în teoria mentalizării, oferind fundamentul pentru o analiză nuanțată a dimensiunilor narcisice parentale.

Totodată, studiul aduce noi perspective în abordarea intervențiilor psihologice destinate familiilor afectate de forme disfuncționale ale narcisismului parental, prin elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihologică, de orientare psihanalitică, focusat pe diminuarea manifestărilor narcisice la mame și ameliorarea stărilor nevrotice ale copiilor.

Astfel, în conformitate cu tema, scopul și ipotezele cercetării științifice putem înainta următoarele concluzii generale:

1. A fost realizată clarificarea teoretică și fenomenologică a dimensiunilor narcisice în relația părinte-copil, pornind de la tradițiile psihanalitice contemporane. Conform demersului nostru de cercetare, narcisismul parental reprezintă o dimensiune esențială a relației părinte-copil și influențează semnificativ starea psihoemoțională a copilului. De asemenea, în lucrare este prezentat parcursul elaborărilor psihanalitice asupra narcisismului – de la definiția îngustă a acestuia ca o simplă patologie până la reprezentările contemporane complexe asupra narcisismului ca parte fundamentală a personalității și ca variabilă importantă a relaționării umane (Capitolul 1).

2. În cadrul cercetării a fost explorat în detaliu asocierea dintre dimensiunile narcisice ale mamelor și stările nevrotice ale copiilor, subliniind complexitatea acestei interacțiuni, care se manifestă pe un continuum, de la autosacrificiul aparent altruist până la fanteziile grandioase și comportamentele exploatative. În același timp, s-a constatat că fiecare dintre aceste dimensiuni narcisice exercită influențe diferite asupra stării emoționale și a personalității copilului. În acest sens, auto-sacrificiul mamelor corelează cu anxietatea de separare la copil și creează o dinamică de codependență. Fanteziile de grandiozitate ale mamelor, caracterizate prin proiecții de performanțe nerealiste și dorința de a obține admirație prin copil, induc presiuni intense asupra acestuia, crescând riscul apariției atacurilor de panică (Capitolul 2).
3. Instabilitatea stimei de sine la mame contribuie la organizarea unui climat familial imprevizibil, ce se reflectă în anxietatea generalizată și în nevoia accentuată de conformism la copii, aceștia devenind hipervigilenți și orientați spre satisfacerea cerințelor părinților pentru a obține aprobare. Devalorizarea și stima de sine scăzută la mame corelează semnificativ cu manifestările tulburării obsesiv-compulsive la copii. Totodată, devalorizarea și furia narcisică maternă contribuie la formarea unei imagini de sine profund negative la copil, amplificând riscul de stări depresive, retragere socială și sentimente de vinovăție (Capitolul 2).
4. Cercetarea noastră subliniază importanța abilității mamelor de a reflecta în mod adecvat asupra propriilor stări mentale și asupra stărilor copiilor. O capacitate redusă de mentalizare afectează procesul de identificare și gestionare a emoțiilor, fiind asociată cu un risc crescut de apariție a simptomelor obsesiv-compulsive la copii, precum și cu scăderea stimei de sine a acestora, limitând astfel dezvoltarea lor emoțională și autonomia personală (Capitolul 2).
5. Analiza de conținut a datelor a evidențiat legături între imaginea de sine a mamelor, experiențele din propria copilărie și stilul parental adoptat. Multe dintre mame au relatat experiențe din copilărie marcate de conflicte emoționale neelaborate, lipsă de afecțiune sau modele parentale disfuncționale, care au influențat formarea imaginii lor de sine. Aceste trăiri sunt reflectate inconștient în relația cu propriii copii, influențând dinamica parentală și contribuind la dezvoltarea unor scenarii narcisice în care copilul este perceput fie ca o extensie a sinelui părintelui sau ca un mijloc de împlinire a nevoilor emoționale și a ambițiilor personale (Capitolul 2).
6. Programul de intervenție psihologică destinat diminuării dismeniunilor narcisice la mame și a stărilor nevrotice la copii s-a bazat pe un set integrat de tehnici psihanalitice. Acestea includ

clarificarea, confruntarea, interpretarea, analiza transferului, analiza contratransferului, precum și intervenții bazate pe mentalizare și psihoeducație, care, aplicate într-un cadru terapeutic, facilitează ameliorarea stărilor nevrotice ale copiilor și reducerea trăsăturilor narcisice la mame. Intervențiile au fost personalizate și orientate spre nevoile specifice ale fiecărui perechii mamă-copil, contribuind astfel la o restructurare profundă a dinamicii intra- și interpersonale (Capitolul 3).

7. În urma experimentului formativ am constatat eficiența intervențiilor personalizate în reducerea dimensiunilor narcisice la mame și a stărilor nevrotice la copii. Studiile de caz au relevat că proiecțiile narcisice, în care părintele își vede copilul ca pe o extensie a sinelui său, au fost asociate cu un nivel ridicat al stărilor nevrotice la copil. Fiecare studiu de caz a demonstrat că abordarea individualizată, centrată pe specificul fiecărei perechi mamă-copil, a fost esențială în descoperirea și corectarea dimensiunilor narcisice parentale. Mamele care au fost ghidate să reflecteze asupra propriilor conflicte interioare și proiecții inconștiente au înregistrat schimbări semnificative în comportamentul lor față de copii, ceea ce a condus la reducerea stărilor nevrotice ale acestora (Capitolul 3).

În contextul concluziilor prezentate în această cercetare, rezultatele obținute confirmă ipotezele de lucru inițiale și validează noutatea științifică, valoarea teoretică și aplicativă a studiului realizat.

Noutatea științifică și originalitatea lucrării. Prezentul studiu reprezintă prima cercetare în spațiul academic autohton care s-a axat pe dinamica narcisismului parental și efectele acestuia asupra stării psihoemoționale a copilului. Originalitatea cercetării constă în: 1) Identificarea și analiza relației dintre dimensiunile narcisismului parental, capacitatea de mentalizare și stările nevrotice ale copiilor, fiind stabilit, prin metode cantitative și calitative, modul în care dimensiunile narcisice ale mamei corelează cu starea psihoemoțională a copiilor, fiind accentuat rolul capacității de mentalizare în medierea acestui impact. 2) Sub aspect metodologic, a fost prezentat modelul unui studiu de caz, care înglobează atât paradigma epistemică cantitativă, cât și paradigma calitativă, iar din punct de vedere conceptual, modelul reprezentând abordarea psihanalitică. 3) Elaborarea unui program de intervenție psihologică, de orientare psihanalitică, centrat pe diminuarea dimensiunilor narcisice parentale și reducerea stărilor nevrotice la copii. Programul propus se bazează pe principii și tehnici psihanalitice, vizând explorarea și restructurarea dinamicilor inconștiente care stau la baza narcisismului parental.

De asemenea, intervenția a avut ca scop îmbunătățirea capacității de mentalizare a părinților, promovarea unei relații empatice și autentice cu copiii și reducerea stărilor nevrotice la aceștia.

Valoarea teoretică a cercetării. În cadrul cercetării a fost realizată o sinteză comprehensivă a literaturii de specialitate, de sorginte psihanalitică, privind narcisismul parental, capacitatea de mentalizare și stările nevrotice ale copiilor, fapt ce a contribuit la clarificarea relațiilor complexe dintre aceste variabile. Printr-o analiză detaliată a teoriilor existente asupra comportamentelor narcisice ale părinților și manifestărilor nevrotice ale copiilor, studiul oferă noi repere teoretice pentru înțelegerea influenței dinamice a narcisismului parental asupra dezvoltării psihoemoționale a copilului. O contribuție importantă a acestei lucrări constă în extinderea conceptului de mentalizare parentală, prin aplicarea sa în contexte familiale în care sunt prezente tendințe narcisice ale părinților și stări nevrotice ale copiilor.

Valoarea aplicativă a cercetării. Elaborarea unui program de intervenție psihologică, destinat perechii mamă-copil, bazat pe tehnici de conștientizare a proiecțiilor narcisice și de dezvoltare a capacităților de mentalizare reprezintă o contribuție semnificativă pentru domeniul consilierii psihologice. Programul propus poate fi implementat în cadrul școlilor, centrelor de sănătate mintală și în cadrul cabinetelor de psihoterapie individuală. Aplicabilitatea programului este demonstrată prin rezultatele semnificative referitoare la reducerea dimensiunilor narcisice parentale și îmbunătățirea capacității de mentalizare, precum și a diminuării stărilor nevrotice ale copiilor.

Recomandări pentru implementare

1. Instrumentele de diagnosticare a dimensiunilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice ale copiilor, propuse în cercetare, pot fi integrate în practica clinică a psihologilor, psihiatrilor și psihoterapeuților. Programul de psihodiagnostic reflectat în lucrare poate fi aplicat pentru a identifica gradul de severitate a tendințelor narcisice și al simptomelor nevrotice, permițând astfel intervenții psihoterapeutice mai bine orientate și eficiente. De asemenea, pot fi dezvoltate protocoale de lucru adaptate diverselor contexte clinice, contribuind la creșterea calității actului terapeutic.
2. Rezultatele cercetării oferă o bază valoroasă pentru pregătirea și formarea specialiștilor în domeniul psihologiei generale, a psihologiei personalității, psihologiei copilului, psihologiei clinice, iar sub aspect tehnic – în domeniul consilierii psihologice și a psihoterapiei. Tehnicile și strategiile de intervenție pentru diminuarea narcisismului parental pot fi utilizate eficient de către psihologi și psihoterapeuți. Ca urmare a rezultatelor obținute, se recomandă aplicarea

metodologiei psihanalitice centrate pe dezvoltarea funcției reflexive și pe corectarea proiecțiilor narcisice în sesiunile de consiliere individuală, cât și de familie. Specialiștii pot adapta aceste tehnici pentru a ajuta părinții să conștientizeze influențele negative pe care le exercită asupra copiilor și să își dezvolte abilitățile de mentalizare, facilitând astfel o relație empatică între părinte și copil. Aceste intervenții pot fi adaptate atât pentru munca directă cu părinții, cât și în cadrul unor programe de suport parental organizate în instituții educaționale.

3. Rezultatele ar putea fi implementate în programe educaționale și de formare care au obiectivul dezvoltării capacității de mentalizare a părinților. Aceste programe pot include sesiuni interactive și de grup, axate pe gestionarea vulnerabilităților narcisice, identificarea și evitarea proiecțiilor nerealiste asupra copiilor, contribuind astfel la reducerea tensiunilor emoționale din familie și la dezvoltarea sănătoasă a copiilor.
4. Pentru a sprijini aplicarea practică a rezultatelor cercetării, se recomandă dezvoltarea unor parteneriate între centrele comunitare de sănătate mintală, instituțiile educaționale și organizațiile care oferă sprijin familiilor. Astfel de colaborări pot facilita implementarea și ajustarea programului de intervenție în diverse contexte instituționale în care psihologii lucrează cu copilul și familia – precum grădinițe, școlile, centrele comunitare de sănătate mintală, centre de sănătate prietenoase tinerilor etc. Aplicarea acestui program poate contribui semnificativ la reducerea manifestărilor narcisice parentale și la susținerea sănătății emoționale a copilului. Totodată, se recomandă elaborarea de ghiduri practice și materiale de suport, care să ajute specialiștii să adapteze intervenția în funcție de particularitățile familiilor cu care interacționează.

Limite ale studiului și potențiale direcții privind cercetările viitoare

1. Se recomandă extinderea cercetării asupra dimensiunilor narcisice la tați și evaluarea impactului acestora asupra dezvoltării emoționale a copiilor. Cercetarea actuală s-a concentrat pe rolul mamelor, dar considerăm că sunt necesare și cercetări care să se refere la dinamica narcisismului patern și efectele sale asupra dezvoltării stimei de sine, a comportamentului social și a capacității de gestionare a stresului la copii. O astfel de abordare ar oferi o reprezentare mai extinsă asupra rolului ambilor părinți în perpetuarea sau reducerea stărilor nevrotice la copii.
2. Cercetarea s-a bazat pe un eșantion relativ mic, cu un număr limitat de participanți, ceea ce reduce gradul de reprezentativitate al concluziilor. Participanții provin în principal dintr-un

mediu socio-cultural relativ omogen, ceea ce face dificilă extinderea rezultatelor către familii din alte contexte socio-economice, culturale sau geografice. De exemplu, modul în care dimensiunile narcisice se manifestă și sunt percepute poate varia în funcție de structura familială, normele culturale sau valorile sociale. Cercetări ulterioare ar putea include alte tipuri de eșantioane, care să cuprindă familii din alte grupuri socio-economice, etnice și culturale.

3. Sub aspect clinic, limitele cercetării a vizat atacurile de panică și tulburările obsesiv-complusive la copii. Deși în cazul acestor două variabile s-a atestat o dinamică pozitivă în sensul îmbunătățirii stării psihice, rezultatele nu au atins pragul unei diferențe statistice semnificative. Ipoteza care poate fi formulată cu referire la aceste limite ale intervenției se referă la pertinența unui demers terapeutic mai de lungă durată, întrucât obiectivele și tehnica psihanalitică implică intervenții de durată, cu imersiune graduală, temperată în realitățile psihice ale beneficiarului. În acest sens, vom menționa că stările anxios-depresive reprezintă mai degrabă o simptomatologie de suprafață, în timp ce atacul de panică și tulburările obsesiv-compulsive reprezintă zone mai profunde ale structurii psihice, implicând și o etiologie mai timpurie din punct de vedere ontogenetic.

BIBLIOGRAFIE

1. ABRAM, J. *Limbajul lui Winnicott*. București: Fundația Generația, 2013. 530 p. ISBN: 978-973-1998-12-1.
2. AGABRIAN, M. *Cercetarea calitativă a socialului*. Iași: Institutul European, 2004. 232 p. ISBN: 973-611-284-5.
3. AKHTAR, S. *Sursele suferinței: frica, lăcomia, vinovăția, înșelarea, trădarea și răzbunarea.* București: Editura Trei, 2018. 287 p. ISBN: 978-606-40-0577-9.
4. AKHTAR, S. *În pași rapizi. Dezvoltarea psihică și facilitarea ei în tratament*. București: Fundația Generația, 2022. 2013 p. ISBN: 978-973-1998-28-2.
5. ALLEN, J., FONAGY, P., BATEMAN, A.W. *Mentalizarea în practica psihoterapiei*. București: Trei, 2022. 640 p. ISBN: 978-606-40-0816-9.
6. ANDRE, J. *100 de cuvinte ale psihanalizei*. București: Fundația Generația, 2010. 75 p. ISBN: 978-973-1998-05-3.
7. ANDRE, J. *Nebunii minuscule urmată de Nebunii ucigașe*. București: Fundația Generația, 2010. 23 p. ISBN: 978-973-1998-08-4.
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision Dsm-5-tr*. 5th edition. Washington, DC: Amer Psychiatric Pub Inc, 2022. 1142 p. ISBN: 978-0-89042-576-3.
9. BION, W. *Ganduri secunde. Lucrari preselectate de psihanaliza*. București: Trei, 1993. 234 p. ISBN: 1-883881-00-5.
10. BLACKMAN, J.S. *101 apărări. Cum se autoprotejează mintea.* București: Trei, 2012. 378 p. ISBN: 978-973-707-301-3.
11. BLOCH, H., CHEMAMA, R., DEPRET, E. *Marele dicționar al psihologiei*. București: Trei, 2006. 1360 p. ISBN: 978-973-707-099-9.
12. BOLEA, Z. Afirmarea de sine la tinerii din Republica Moldova. În PLATON C. (ed.) *Dimensiuni psihologice ale calității vieții în mediul educațional din perspectivă regională durabilă*. Chișinău: CEP USM, pp. 122-154. ISBN 978-9975-71-660- 4.
13. BOLEA, Z., PLATON, C., TURCHINA, T. Analiza elementelor constitutive ale afirmării personale. In: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Ştiinţe ale Educaţiei)*, 2012, nr. 5(55), pp. 111-114. ISSN 1857-2103.

14. BOLEA, Z. Modificări ale realităților psihopatologice: dinamici și provocări. *In: Studia Universitatis Moldaviae (Seria Ştiinţe ale Educaţiei), 2018, nr. 9(119), pp. 10-13. ISSN 1857-2103.*

15. BOLEA, Z. *Perversitatea narcisică și spațiul psihoterapeutic*. Lucrările Conferinței Asociației Balint din Moldova „Profilaxia sindromului burnout". Chișinău: Editura Tipocart Print 2019; pp. 15–27, ISBN 978-9975-3264-7-6.

16. BOLEA, Z. *Psihanaliză clinică*. Chișinău: CEP USM, 2019. ISBN: 978-9975-149-54-9.

17. BOLEA, Z., **CAȘCAVAL I**. Studiul de caz ca metodă psihanalitică de cercetare. In: S*tudia Universitatis Moldaviae (Seria Ştiinţe ale Educaţiei)*. 5(135), 2020, pp. 129–133. ISSN 1857-2103. Disponibil la: https://doi.org/10.5281/zenodo.3967137

18. BOLEA, Z., PODUBNÎI, C. Imaginea figurilor parentale în consultația psihanalitică: cercetare și psihoterapie. In: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Ştiinţe ale Educaţiei)*, 2018, nr. 9(119), pp. 294-297. ISSN 1857-2103.

19. BOLLAS, C. *Trei personalități: narcisică, borderline, maniaco-depresivă*. București: Trei, 2022. 160 p. ISBN: 978-606-40-1342-2.

20. BOWLBY, J. *O bază pentru siguranță. Aplicații clinice ale teoriei atașamentului.* București: Trei, 2011. 278 p. ISBN: 978-973-707-422-5.

21. BOWLBY, J. *Crearea și ruperea legăturilor afective*. București: Trei, 2016. 256 p. ISBN: 978-606-719-763-1.

22. BRUSSET, B. *Psihanaliza relației*. București: Iri, 2009. 254 p. ISBN: 978-973-7926-31-9.

23. BUSCH, F.N., MILROD, B. Tratamentul psihodinamic al tulburărilor de panică. In: *Psihoterapia psihodinamică. Practica bazată pe dovezi empirice.* Coordonatori: Levy AR., Ablon J.S., Kachele H. București: Trei, 2020. p.54–79. ISBN: 978-606-40-0762-9.

24. BYDLOWSKI, M. *Viața psihică a mamei. Un continuu și uneori primejdios proces de devenire*. București: Trei, 2022. 304 p. ISBN: 978-606-40-1246-3.

25. **CAȘCAVAL, I.** Specificul imaginii de sine la mamele ai căror copii suferă de simptomatologie nevrotică*. În: Integrare prin cercetare si inovare: Ştiinţe sociale. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 2019. pp.204–207. ISBN: 978-9975-149-50-1. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/204-207_7.pdf*

26. **CAȘCAVAL, I.** Realități clinice ale funcționării nevrotice în perioada copilăriei. In: *Psihologia aplicativă din perspectiva abordărilor societale contemporane,* Ed. 1, 3 decembrie 2021, Chişinău.

Chișinău: FPC „PRIMEX-Com” SRL, 2021, pp. 117-126. ISBN 978-9975-159-01-2. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/117-126_7.pdf

27. **CAȘCAVAL, I.** Perspective psihanalitice asupra narcisismului parental. In: *Metodologii contemporane de cercetare şi evaluare: Ştiinţe Sociale şi ale Educaţiei*, 22-23 aprilie 2021, Chişinău. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al Universităţii de Stat din Moldova, 2021, pp. 54-58. ISBN 978-9975-159-16-6. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/54-58_41.pdf
28. **CAȘCAVAL, I**. Abordări psihodinamice privind nevoile narcisice ale copilului. In: *Integrare prin cercetare și inovare*.: Științe sociale, 10-11 noiembrie 2021, Chisinau, Republica Moldova: Centrul Editorial-Poligrafic al Universităţii de Stat din Moldova, 2021, SS, pp. 40-42. ISBN 978-9975-158-55-8. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/40-42_28.pdf
29. **CAȘCAVAL, I**. Gestionarea transferului și contratransferului în consilierea parentală. In: Integrare prin cercetare și inovare: Științe ale educației, 10-11 noiembrie 2022, Chișinău. Chisinau, Republica Moldova: Centrul Editorial-Poligrafic al Universităţii de Stat din Moldova, 2022 , pp. 57-59. ISBN 978-9975-62-471-8. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/57-59_37.pdf
30. **CAȘCAVAL, I.** Rolul narcisismului și a funcției reflexive parentale în dezvoltarea personalității și a stării psihoemoționale a copilului. În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică.* volumul 43, nr. 2, 2023, ISSN E 2537-6276, ISSN P 1857-2502. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Art%205.pdf
31. **CAȘCAVAL, I.** Abordări teoretice privind capacitatea de mentalizare la părinți. In: *Integrare prin cercetare si inovare.*: Științe sociale, 10-11 noiembrie 2020. Chisinau, Republica Moldova: Centrul Editorial-Poligrafic al Universităţii de Stat din Moldova, 2020, R, SS, pp. 62-65. ISBN 978-9975-152-54-9. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/62-65_30.pdf
32. **CAȘCAVAL, I.** Intervenții psihanalitice cu privire la diminuarea aspectelor narcisice disfuncționale în relația mamă-copil. În: *Studia Universitatis Moldaviae* (Sera Științe ale Educației). 9(159), pp. 157–165. ISSN 1857-2103. Disponibil: https://doi.org/10.5281/zenodo.7408515
33. CHEMAMA, R. *Dicționar de psihanaliză*. București: Univers Enciclopedic Gold, 2009. 382 p. ISBN: 978-606-92159-6-8.

34. COJOCARU, N. *Cercetarea calitativă*. Chișinău: CEP USM, 2010. 175 p. ISBN 978-9975-71-050-3.

35. COOPER, A., REDFERN, S. *Ghid pentru întelegerea minții copilului. Metoda parentajului reflexiv*. București: Trei, 2018. 336 p. ISBN: 978-606-40-0326-3.

36. DAFINOIU, I., BONCU, Ș.. *Psihologie social clinică*. Iași: Polirom, 2014. 509 p. ISBN: 978-973-46-4436-0.

37. DAVID, C. *Iluzia iubirii. De ce se întoarce femeia maltratată la agresorul său?*. Trei, 2014. 317 p. ISBN: 978-973-707-915-2.

38. DAVID, D. *Metodologia cercetării clinice*. Iași: Polirom, 2006. 232 p. ISBN: 973-46-0342-6.

39. DEYOUNG, P.A. *Înțelegerea și tratarea rușinii cronice.* București: Herald, 2024. 348 p. ISBN: 978-630-336-009-6.

40. DOBRESCU, I. *Psihiatria copilului și adolescentului*. București: Editura Medicală, 2003. 496 p. ISBN: 973-39-0497-X.

41. DREGLEA, D., BOLEA, Z., NACU, A. Concordanţe şi discordanţe în reprezentările psihice ale adulţilor semnificativi privind copilul. In: *Analele Ştiinţifice ale USMF „N. Testemiţanu”*, 2013, nr. 3(14), pp. 666-672. ISSN 1857-1719.

42. ETCHEGOYEN, R.H. *Fundamentele tehnicii psihanalitice*. București: Fundația Generația, 2011. 718 p. ISBN: 978-973-1998-11-4.

43. EVANS, D. *Dicționar introductiv de psihanaliză lacaniană*. Pitești: Paralela 45, 2005. 338 p. ISBN: 973-697-379-4.

44. FAIMBERG, H. *Telescopajul generațiilor. Ascultarea legăturilor narcisice dintre generații*. București: Fundația Generația, 2021, pp. 70-84. ISBN: 978-973-1998-20-6.

45. FARCA, S. *Cum întâmpinăm copilul ca părinţi, bunici, medici şi educatori*. București: Trei, 2010. 432 p. ISBN: 978-973-707-338-9.

46. FENICHEL, O. *Teoria psihanalitică a nevrozei*. București: Trei, 2013. 720 p. ISBN: 978-973-707-700-4.

47. FERRO, A. *Psihanalistul şi copilul: Experienţe în câmpul bipersonal.* București: Fundația Generația, 2011. 264 p. ISBN: 978-973-1998-10-7.

48. FREUD, S. *Psihologia inconștientului*. București: Trei, 2010. pp. 35-68. ISBN: 978-973-707-318-1.

49. FREUD, S. *Nevroza la copil*. București: Trei, 2010. pp. 9-140. ISBN: 978-973-707-333-4.

50. GABBARD, G. *Tratat de psihiatrie psihodinamică*. București: Trei, 2007. 672 p. ISBN: 978-973-707-917-6.

51. GABBARD, G., CRISP, H. *Narcisismul. Dileme, diagnostice și strategii de tratament*. București: Trei, 2024. 266 p. ISBN: 978-606-40-2166-3.

52. GOLU, F. *Manual de psihologia dezvoltării. O abordare psihodinamică.* Iași: Polirom, 2015. 339 p. ISBN: 978-973-46-5627-1.

53. GREENBERG, L., MALBERG, N., TOMPKINS, M. *Lucrând cu emoția în terapia psihodinamică, terapia cognitiv-comportamentală și terapia centrată pe emoții.* București: Trei, 2020. 312 p. ISBN: 978-606-40-0743-8.

54. GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA. *Programul Național pentru Protecția Copilului 2022-2026*. Chișinău 2022; Disponibil: https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/subiect-02-nu-325-mmps-site_-.pdf

55. GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA. *Programul național privind sănătatea mintală 2023 - 2027. (număr unic 517/MS/2023)*. 2023; Disponibil: https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/subiect-24-nu-517-ms-2023.pdf

56. HALLER, R. *Capcana narcisismului. Îndrumar de cunoaștere a naturii umane și de autocunoaștere*. București: Trei, 2018. 208 p. ISBN: 978-606-40-0420-8.

57. HINSHELWOOD, R.D. *Dictionarul Psihanalizei Kleiniene*. București: ESF, 1995. 456 p. ISBN: 978-1-883881-07-8.

58. HINSHELWOOD, R.D. *Perspective clinice kleiniene*. București: Trei, 2024. 359 p. ISBN: 978-606-40-2471-8.

59. HOUZEL, D. *Provocările parentalității*. Vol. Parentalitatea. Vol. coordonat de L.S. Pontalis. București: Trei, 2017. 482 p. ISBN: 978-606-719-628-3.

60. HOWARD, S. *Psihoterapie și consiliere psihodinamică*. București: Herald, 2010. 320 p. ISBN: 978-973-111-177-3.

61. IONESC,U S., BLANCHE,T A. *Tratat de psihologie clinică şi psihopatologie*. Trei, 2013. 440 p. ISBN: 978-973-707-251-1.

62. IONESCU, S., JACQUET, M.M., LHOTE C. *Mecanismele de apărare*. Iași: Polirom, 2007. 331 p. ISBN: 978-973-46-0578-1.

63. KERNBERG, O. *Relaţii de iubire. Normalitate şi patologie*. București: Trei, 2009. 312 p. ISBN: 978-973-707-253-5.

64. KERNBERG, O. *Tulburari grave ale personalitatii. Strategii psihoterapeutice*. București: Trei, 2014. 624 p. ISBN: 978-973-707-865-0.

65. KERNBERG, O. *Psihoterapia psihodinamică a pacienților borderline*. București: Trei, 2021. 320 p. ISBN: 978-606-40-0708-7.

66. KOHUT, H. *Psihologia Sinelui. Prelegerile de la Institutul de Psihanaliză din Chicago*. București: Trei, 2016. 596 p. ISBN: 978-606-719-635-1.

67. KOHUT, H. *Analiza Sinelui. O abordare sistematică a tratamentului psihanalitic al tulburărilor de personalitate narcisică*. București: Trei, 2021. 384 p. ISBN: 978-606-40-0752-0.

68. KOHUT, H. *Cum vindecă psihanaliza?* București: Trei, 2023. 376 p. ISBN: 978-606-40-1682-9.

69. KRIS, A. A da sfaturi. In: *Intervenții neobișnuite. Modificări ale cadrului, metodei și relației în psihoterapie și psihanaliză.* București: Trei, 2021. 328 p. ISBN: 978-606-40-0815-2.

70. KUN, N.A. *Legendele și miturile Greciei Antice*. ORIZONTURI, 2018. 54–57 p. ISBN: 978-973-736-388-6.

71. LAPLANCHE, J, PONTALIS J.B. *Vocabularul psihanalizei*. București: Humanitas, 1994. 480 p. ISBN: 973-28-0430-0.

72. LE GUEN, C. *Dicționar freudian*. București: Fundația Generația, 2021. 1242 p. ISBN: 978-973-1998-17-6.

73. LEBOVICI, S. *Arborele Vieții. Elemente de psihopatologia bebelușului*. București: Fundația Generația, 2006. 331 p. ISBN: 973-87797-0-7.

74. LOOSE, C., GRAAF, P., ZARBOCK, G. *Terapia schemelor pentru copii și adolescenți*. București: Trei, 2022. 587 p. ISBN: 978-606-40-1568-6.

75. LUCA, D. *Cuvinte în negativ. Eseuri de psihanaliză*. București: Tracus Arte, 2016. 352 p. ISBN: 978-606-664-645-1.

76. MANZANO, J., PALACIO, E. F., ZILKHA N. *Scenariile narcisice ale parentalității*. București: Fundația Generația, 2002. pp. 11-35. ISBN: 973-85683-1-5.

77. MARCELLI, D. *Tratat de psihopatologia copilului*. București: Fundația Generația, 2003. 633 p. ISBN: 973-86377-0-8.

78. MARCELLI D., BRACONNIER A. *Tratat de psihopatologia adolescenței*. București: Fundația Generația, 2006. 770 p. ISBN: 973-87797-5-8.

79. MCWILLIAMS, N. *Diagnosticul psihanalitic. Structuri de personalitate revelate in procesul clinic*. București: Fundația Generația, 2015. 421 p. ISBN: 978-973-1998-14-5.

80. MERTENS, W. *Introducere în terapia psihanalitică*. București: Trei, 2018. 704 p. ISBN: 978-606-40-0318-8.

81. MITCHELL, S., BLACK, M. *Experiența psihanalizei. Panorama psihanalizei contemporane*. București: Trei, 2015. 512 p. ISBN: 978-606-719-286-5.

82. NASIO, J.D. *Conceptele fundamentale ale psihanalizei*. București: Iri, 1999. 186 p. ISBN: 978-973-9437-29-5.

83. NIETO, M.I. *Conținere: Conținut-Conținător* [Internet]. FlippingBook. [citat 13 mai 2024]. Disponibil la: https://online.flippingbook.com/view/29028348/25/?sharedOn=

84. OGDEN, T. *Limita primitivă a experienței*. Cluj: ESF, 1994. 168 p. ISBN: 1-883881-11-0.

85. OGDEN, T. *Matricea minții. Relațiile de obiect și dialogul psihanalitic*. București: Fundația Generația, 2021. ISBN: 978-973-1998-22-0.

86. OGDEN, T. *Identificarea proiectiva si tehnica psihoterapeutica*. București: Fundația Generația, 2022. 207 p. ISBN: 978-973-1998-25-1.

87. OGDEN, T. *Citiri creative. Eseuri asupra unor lucrări analitice deschizătoare de drumuri*. București: Fundația Generația, 2023. 215 p. ISBN: 978-973-1998-27-5.

88. OPPENHEIMER, A. *Heinz Kohut*. București: Fundația Generația, 2003. 128 p. ISBN: 2000000157474.

89. PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA. *Legea privind sănătatea mintală nr. 1402/1997*. Publicat : 21-05-1998 în Monitorul Oficial Nr. 44-46 art. 310. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=143581&lang=ro#

90. PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA. *Lege pentru aprobarea Strategiei naționale de dezvoltare „Moldova Europeană 2030". Chișinău, 17 noiembrie 2022. Nr. 315.* Disponibil: https://cancelaria.gov.md/sites/default/files/l_315_2022_snd_moldova_europeana_2030_adoptat_publicata.pdf

91. PEREZ-SANCHEZ, A. *Interviu și indicatori în psihanaliză și psihoterapie*. București: Trei, 2021. 400 p. ISBN: 978-606-40-1151-0.

92. PERRON, R. *O psihanaliză: De ce?* București: Fundația Generația, 2000. 214 p. ISBN: 9789738637724.

93. PERRON-BORELLI, M. *Complexul Oedip*. București: Fundația Generația, 2005. 140 p. ISBN: 2000000162584.

94. QUINODOZ, J.M. *Citindu-l pe Freud*. București: Fundația Generația, 2005. ISBN: 973-86377-4-0.

95. QUINODOZ, J.M. *Îmblânzirea singurătății. Angoasa de separare în psihanaliză*. București: Trei, 2021. 304 p. ISBN: 978-606-40-1017-9.

96. RACAMIER, P.C. *Perversiunea narcisică*. București: Philobia, 2024. 88 p. ISBN: 978-630-6614-15-8.

97. RACU, I., LOSÎI, E. *Organizarea activității psihologului școlar cu preadolescenții*. Chișinău: Tipografia UPS „Ion Creangă", 2016. 191 p. ISBN: 978-9975-46-269-3.

98. RAYNER, E., JOYCE, A. *Psihodinamica dezvoltării umane. Creștere, maturizare, senectute*. București: Trei, 2012. 480 p. ISBN: 978-973-707-581-9.

99. ROBINSON, B. *Psihologie clinică. De la inițiere la cercetare*. Iași: Polirom, 2010. 504 p. ISBN: 978-973-46-1692-3.

100. ROMANO, H. *Când mama e absentă. Suferința în relația mamă-copil*. București: Trei, 2023. 286 p. ISBN: 978-606-40-1744-4.

101. ROUDINESCO E., PLON, M. *Dicționar de psihanaliză*. București: Trei, 2002. 1094 p. ISBN: 973-9419-96-8.

102. ROUSSILLON, R., CICCONE, A., et al. *Manual de psihologie și psihopatologie clinică*. București: Trei, 2010. 786 p. ISBN: 978-973-1998-06-0.

103. RUPPERT, F. *Simbioza si autonomie*. București: Trei, 2015. 368 p. ISBN: 978-606-719-388-6.

104. RYCROFT, C. *Dicționar critic de psihanaliză*. București: Trei, 2013. 344 p. ISBN: 978-973-707-833-9.

105. SAVA, F. *Psihologia validată științific. Ghid practic de cercetare în psihologie*. Iași: Polirom, 2013. 362 p. ISBN: 973-46-2238-2.

106. SAVERY, D.C. *Ecoismul. Raspunsul mut la narcisism*. București: Fundația Generația, 2023. 265 p. ISBN: 978-973-1998-30-5.

107. SELLENET, C. Este posibilă evaluarea parentalității? În: Colocviu *„Zile de lucru în protecția copilului*". Paris: Asociația sinergii și handicap internațional, 1999. p.1–8.

108. SHOSHANI, M., SHOSANI, B. *Grandiozitate atemporală si dispreț erotizat. Provocari tehnice ridicate de narcisism si perversiune*. București: Fundația Generația, 2022. 304 p. ISBN: 978-973-1998-26-8.

109. SILVERSTEIN, M. *Tulburări ale Sinelui. O abordare axată pe tipurile de personalitate*. București: Trei, 2019. 512 p. ISBN: 978-606-40-0671-4.

110. SOLIS-PONTON, L., et al. *Parentalitatea. Provocare pentru mileniul trei*. București: Trei, 2017. 488 p. ISBN: 978-606-719-628-3.

111. SPEERY, L. *Tulburările de personalitate din DSM-5. Evaluare, conceptualizare de caz și tratament*. București: Trei, 2018. 560 p. ISBN: 978-606-40-0536-6.

112. STERN, D. *Lumea interpersonală a copilului. O perspectivă bazată pe psihanaliză și psihologia dezvoltării*. București: Trei, 2019. 480 p. ISBN: 978-606-40-0688-2.

113. STIEMERLING, D. *10 abordări psihoterapeutice ale depresiei*. București: Trei, 2012. 200 p. ISBN: 973-707-009-7.

114. ȘANDOR, V. *Itinerar de psihanaliză*. București: Fundația Generația, 2005. 356 p. ISBN: 973-86377-9-1.

115. ȘANDOR, V. *Partea nevăzută a ființei. Eseuri de psihanalizĂ*. București: Fundația Generația, 2019. 120 p. ISBN: 978-973-1998-19-0.

116. THOMA, H., KACHLE, H. *Tratat de psihanaliză contemorană: vol III cercetare*. București: Trei, 2011. 448 p. ISBN: 978-973-707-511-6.

117. THOMA, H., KACHLE, H. *Tratat de psihanaliza contemporană: vol II practică.* București: Trei, 2016. 674 p. ISBN: 978-973-707-240-5.

118. TUDOSE, F. *Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*. București: Trei, 2011. 704 p. ISBN: 978-973-707-551-2.

119. VERA, L. *Terapia cognitiv-comportamentală la copii și adolescenți*. Iași: Polirom, 2011. 400 p. ISBN: 978-973-46-2204-7.

120. VINCET, M. *A îndura adolescența. Lucrul clinic cu adolescenții și părinții lor.* București: Fundația Generația, 2008. 298 p. ISBN: 978-973-1998-00-8.

121. WALLIN, D. *Ataşamentul în psihoterapie*. București: Trei, 2010. 464 p. ISBN: 978-973-707-997-8.

122. WILMSHURST, L. *Psihopatologia copilului*. Iași: Polirom, 2007. 376 p. ISBN: 978-973-46-0863-8.

123. WINBORN, M. *Arta și tehnica interpretării în analiza jungiană*. București: Herald, 2024. 364 p. ISBN: 9786303360898.

124. WINNICOTT, D. *Procesele de maturizare*. București: Trei, 2004. 352 p. ISBN: 978-973-707-919-0.

125. WINNICOTT, D. *Joc și realitate*. București: Trei, 2006. pp. 159–168. ISBN: 973-707-080-1.

126. *Hotărârea de Guvern nr. 55/2012 cu privire la aprobarea Regulamentului-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală şi a Standardelor de calitate*. Publicat: 03-02-2012 în Monitorul Oficial Nr. 29 art. 79.

Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=96166&lang=ro

127. ANDRÉS, M.L., et al. Neuroticism and Depression in Children: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. In: *The Journal of Genetic Psychology*. 3 martie 2016 [citat 7 februarie 2024];177(2), pp. 55–71. Disponibil: https://doi.org/10.1080/00221325.2016.1148659

128. BARLOW, D.H., ELLARD, K.K., SAUER-ZAVALA, S., BULLIS, J.R., CARL, J.R. The Origins of Neuroticism. In: *Perspectives on Psychological Science*. septembrie 2014;9(5), pp. 481–496. doi: 10.1177/1745691614544528.

129. BATEMAN, A., FONAGY, P. Mentalization-Based Treatment. In: *Psychoanalytic Inquiry*. noiembrie 2013 [citat 21 ianuarie 2024]; 33(6), pp. 595–613. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4467231/

130. BEAUDOIN, C., LEBLANC, É., GAGNER, C., BEAUCHAMP, M.H. Systematic Review and Inventory of Theory of Mind Measures for Young Children. In: *Frontiers in Psychology*. 2020 [citat 23 decembrie 2023];10. ISSN 1664-1078. Disponibil: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02905

131. BERENSON, K.R., CRAWFORD T.N., COHEN, P., BROOK, J. Implications of Identification with Parents and Parents' Acceptance for Adolescent and Young Adult Self-esteem. In: *Self and Identity*. 1 iulie 2005 [citat 12 ianuarie 2025];4(3), pp. 289–301. Disponibil: https://doi.org/10.1080/13576500444000272

132. BLASS, R.B. The role of repetition in narcissism and self-sacrifice: A Freudian Kleinian reflection on the person's foundational love of the other. In: *The International Journal of Psychoanalysis.* 1 noiembrie 2020 [citat 2 februarie 2025];101(6), pp. 1188–1202. Disponibil: https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1809154

133. BOWLBY, J. The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. In: I*nfluential Papers from the 1940s.* Routledge, 2005, p.77. ISBN: 978-0-429-47592-4.

134. BRUMMELMAN, E. et al. Origins of narcissism in children. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 24 martie 2015 [citat 20 decembrie 2023];112(12), 3659–62. Disponibil: https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1420870112

135. CABANISS, D.L., CHERRY, S., DOUGLAS, C.J., SCHWARTZ, A.R. *Psychodynamic Psychotherapy: A Clinical Manual*. 2nd edition. Chichester, West Sussex, UK Malden, MA, USA Oxford, UK: John Wiley & Sons Inc, 2016. 424 p. ISBN: 978-1-119-14198-3.

136. CDC. *Data and Statistics on Children's Mental Health | CDC* [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citat 7 februarie 2024]. Disponibil: https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html

137. CHOI-KAIN, L., SIMONSEN, S., EULER, S. A Mentalizing Approach for Narcissistic Personality Disorder: Moving From „Me-Mode" to „We-Mode*"*. In: A*merican Journal of Psychotherapy*. 1 ianuarie 2022 [citat 8 decembrie 2023];75(1), pp. 38–43. Disponibil: https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20210017

138. HORPITA, B.F., YIM, L., MOFFITT, C., UMEMOTO, L.A., FRANCIS, S.E. *A*ssessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. In: *Behaviour Research and Therapy*, Volume 38, Issue 8, 1 August 2000, pp. 835-855. Disponibil: https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00130-8

139. COHEN, O. Parental Narcissism and the Disengagement of the Non-Custodial Father After Divorce. In: *Clinical Social Work Journal.* 1 iunie 1998 [citat 10 noiembrie 2024];26(2), pp. 195–215. Disponibil: https://doi.org/10.1023/A:1022823102590

140. COLONNESI, C., NIKOLIĆ, M., DE VENTE, W., BÖGELS, S.M. Social Anxiety Symptoms in Young Children: Investigating the Interplay of Theory of Mind and Expressions of Shyness. In: *The Journal of Abnormal Child Psychology*. 2017 [citat 12 ianuarie 2025];45(5), pp. 997–1011. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5487817/

141. DARIOTIS, J.K., CHEN, F.R., PARK, Y.R., NOWAK, M.K., FRENCH, K.M., CODAMON, A.M. Parentification Vulnerability, Reactivity, Resilience, and Thriving: A Mixed Methods Systematic Literature Review. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 21 iunie 2023 [citat 12 ianuarie 2025];20(13), 6197. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10341267/

142. DAY, N.J.S., BOURKE, M.E., TOWNSEND, M.L., GRENYER, B.F.S. Pathological Narcissism: A Study of Burden on Partners and Family. In: *Journal of Personality Disorders.* decembrie 2020;34(6), pp. 799–813. doi: 10.1521/pedi_2019_33_413.

143. DENTALE, F., VERRASTRO, V., PETRUCCELLI, I., DIOTAIUTI, P., PETRUCCELLI, F., CAPPELLI, L., et al. The relationship between parental narcissism and children's mental vulnerability: the mediation role of the rearing style. In: *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 18 iulie 2015[citat 8 decembrie 2023];15, pp. 337–347. Disponibil: https://www.ijpsy.com/volumen15/num3/420/relationship-between-parentalnarcissism-EN.pdf

144. DEWALL, C.N., POND, J.R., CAMPBELL, W.K., TWENGE, J.M. Tuning in to psychological change: Linguistic markers of psychological traits and emotions over time in popular U.S. song lyrics. In: *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts.* 2011;5(3), pp. 200–207. Disponibil: https://psycnet.apa.org/record/2011-05681-001

145. DILER RS. Panic disorder in children and adolescents. In: *Yonsei Med J*. februarie 2003;44(1), pp. 174–179. doi.org/10.3349/ymj.2003.44.1.174

146. DONALDSON-PRESSMAN, S., PRESSMAN, R.M. *The Narcissistic Family: Diagnosis and Treatment*. 1st edition. San Francisco: Jossey-Bass, 1997. 181 p. ISBN: 978-0-7879-0870-6.

147. DOYLE, M.M. Anxiety Disorders in Children. In: *Pediatrics In Review.* 1 noiembrie 2022 [citat 11 ianuarie 2025];43(11), pp. 618–630. Disponibil: https://doi.org/10.1542/pir.2020-001198

148. EINAV, M. Perceptions About Parents' Relationship and Parenting Quality, Attachment Styles, and Young Adults' Intimate Expectations: A Cluster Analytic Approach. In: *The Journal of Psychology*. 4 iulie 2014 [citat 12 ianuarie 2025];148(4), 413–34. Disponibil: https://doi.org/10.1080/00223980.2013.805116

149. ESTLEIN, R., GEWIRTZ-MEYDAN, A., FINZI-DOTTAN, R. Maternal narcissism and child maladjustment: a dyadic study. In: *Current Psychology*. 1 decembrie 2024 [citat 23 aprilie 2025];43(45), 34705–16. Disponibil: https://doi.org/10.1007/s12144-024-06993-4

150. FARZAND, M., CERKEZ, Y., BAYSEN, E. Effects of Self-Concept on Narcissism: Mediational Role of Perceived Parenting. In: *Frontiers in Psychology.* 2021 [citat 20 decembrie 2023];12. Disponibil: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.674679

151. FEARON, R., TARGET, M., SARGENT, J., WILLIAMS, L., MCGREGOR, J., BLEIBERG, E., et al. *Short-Term Mentalization and Relational Therapy (SMART): An Integrative Family Therapy for Children and Adolescents*. In: J G Allen & P Fonagy (Eds), The handbook of mentalization based treatment. 2008. p.201–22. ISBN: 978-0-470-71298-6.

152. FEESER, M., FAN, Y., WEIGAND, A., HAHN, A., GÄRTNER, M., BÖKER, H., et al. Oxytocin improves mentalizing - pronounced effects for individuals with attenuated ability to empathize. In: *Psychoneuroendocrinology.* martie 2015 [citat 11 octombrie 2023];53, pp. 223–232. Disponibil: https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.12.015

153. FONAGY, P., LUYTEN, P. A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. In: Dev*elopment and Psychopathology*. 2009;21(4), 1355–81. doi:10.1017/S0954579409990198

154. FRICK, M.E. *Parental therapy – in theory and practice*. Vol. Working with parents: Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents. London: Karnac, 2000. 202 p. ISBN: 1-85575-241-7.

155. GOLDMAN, A.I. Theory of Mind. In: *The Oxford Handbook of Philosophy of Cognitive Science*. Oxford University Press, 2012 [citat 23 decembrie 2023]. pp. 402-424. ISBN: 978-0-19-530979-9. Disponibil la: https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195309799.013.0017.

156. GOODWIN, A.M., LUCHNER, A.F. Mentalized affectivity as a mediator between two forms of narcissism and self-compassion. In: *Psychoanalytic Psychology*. 2023;40(4), pp. 320–327. doi: 0.1037/pap0000470

157. GUILÉ, J.M., MBÉKOU, V., LAGEIX, P. Child and Parent Variables Associated with Treatment Response in Narcissistic Youths: The Role of Self-Blame and Shame. In: *Canadian child and adolescent psychiatry review*. august 2004 [citat 22 decembrie 2023];13(3), pp. 81–85. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2538739/

158. HART, C.M., BUSH-EVANS, R.D., HEPPER, E.G., HICKMAN, H.M. The children of narcissus: Insights into narcissists' parenting styles. In: *Personality and Individual Differences.* 15 octombrie 2017 [citat 20 decembrie 2023];117, pp. 249–254. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886917304087

159. HEWITT, J.M.A. et al. Parental pathological narcissism and child depression: the indirect effects of child attachment and perspective taking. In: *Current Psychology*. 1 mai 2024 [citat 15 decembrie 2024];43(19), 17039–48. Disponibil: https://doi.org/10.1007/s12144-024-05683-5

160. HILLIARD, R.B. Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. In: J*ournal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61(3), pp. 373–380.

161. HITCHCOCK, C.A., CHAVIRA, D.A, STEIN, M.B. Recent Findings in Social Phobia among Children and Adolescents. In: *Canadian child and adolescent psychiatry review*. 2009 [citat 7 februarie 2024]; 46(1), pp. 34–44.

Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2925835/

162. HUXLEY, E., BIZUMIC, B. Parental Invalidation and the Development of Narcissism. In: *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 151(2), pp, 130–147. Disponibil: https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1248807

163. JABEEN, F., GERRITSEN, C., TREUR, J. *Healing the next generation: an adaptive agent model for the effects of parental narcissism*. In: *Brain Informatics*. decembrie 2021;8(1), 4. doi: 10.1186/s40708-020-00115-z

164. JAMIL, S., HABIB, D.H.A., LODHIA, L. *A*ttachment Styles and Self-Esteem among Adolescents. In: *Research Journal of Social Sciences and Economics Review*. 26 decembrie 2020 [citat 1 februarie 2025]; 1(4), pp. 11–21.

Disponibil: https://ojs.rjsser.org.pk/index.php/rjsser/article/view/143

165. JAŃCZAK, M. *What's on your mind? A Guide for Mentalization Assessment in Adults*. 2021, 120 p. ISBN: 978-83-66666-85-6. DOI: 10.48226/978-83-66666-85-6

166. KEETON, C.P., KOLOS, A.C., WALKUP, J.T. Pediatric generalized anxiety disorder: epidemiology, diagnosis, and management. In. *Pediatric Drugs*. 2009;11(3), pp. 171–183. doi: 10.2165/00148581-200911030-00003

167. KIM, S. The mind in the making: Developmental and neurobiological origins of mentalizing. In: *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2015;6(4), pp. 356–365. doi: 10.1037/per0000102

168. KIM, S.J., KIM, B.N., CHO, S.C., KIM, J.W., SHIN, M.S., YOO, H.J., et al. The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. In: J*ournal of Anxiety Disorders.* august 2010;24(6), pp. 629–634. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.04.004

169. KOHUT, H., WOLF, E.S. The disorders of the self and their treatment: An outline. In: *International Journal of Psychoanalysis*. 1978;59(4), pp. 413–425.

170. LECOURS, S., BRIAND-MALENFANT, R., DESCHENEAUX, E. Affect regulation and mentalization in narcissistic personality disorder. In: *Understanding and treating pathological narcissism.* Washington, DC, US: American Psychological Association, 2013. p.129–145. ISBN: 978-1-4338-1234-7.

171. LEE, A., HANKIN, B.L. Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-Esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. In: *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. martie 2009 [citat 1 februarie 2025];38(2), pp. 219–231. Disponibil : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2741157/

172. LIMA, N.N.R., et al. Childhood depression: a systematic review. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2013 [citat 12 ianuarie 2025]; 9, 1417–25. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3788699/

173. LUYTEN, P., MAYES, L.C., NIJSSENS, L., FONAGY, P. The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. In: *PLOS ONE*. 4 mai 2017 [citat 18 decembrie 2023];12(5), e0176218.

Disponibil: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0176218

174. LUYTEN, P., NIJSSENS, L., FONAGY, P., MAYES, L.C. Parental Reflective Functioning: Theory, Research, and Clinical Applications. In: *The Psychoanalytic Study of the Child.* 31 martie 2017 [citat 18 decembrie 2023];70(1), pp. 174–199.

Disponibil: https://doi.org/10.1080/00797308.2016.1277901

175. MAHONEY, D., RICKSPOONE, L., HULL, J. Narcissism, Parenting, Complex Trauma: The Emotional Consequences Created for Children by Narcissistic Parents. 2016 [citat 21 decembrie 2023]. Disponibil: https://www.semanticscholar.org/paper/Narcissism%2C-Parenting%2C-Complex-Trauma%3A-The-Created-Mahoney-Rickspoone/29f5cc58bab3f25bcac64f29d44e84544741b184

176. MANZANO, J., PALACIO-ESPASA, F., ZILKHA, N. The narcissistic scenarios of parenthood. In: *The International journal of psycho-analysis.* 1 iulie 1999;80 (Pt 3), pp. 465–476.

177. MASIRAN, R., IBRAHIM, N., AWANG, H., LIM, P.Y. The positive and negative aspects of parentification: An integrated review. In: *Children and Youth Services Review*. 1 ianuarie 2023

[citat 12 ianuarie 2025];144, 106709. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740922003450

178. MEINS, E. *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove, England: Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis, 1997. xii, 177 p. (Security of attachment and the social development of cognition). ISBN: 978-0-86377-468-3.

179. MURATORI, P., MILONE, A., LEVANTINI, V., PISANO, S., SPENSIERI, V., VALENTE, E., et al. Narcissistic traits as predictors of emotional problems in children with oppositional defiant disorder: A longitudinal study. In: *Journal of Affective Disorders.* 1 septembrie 2020 [citat 2 februarie 2025];274, pp. 494–499.

Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720301634

180. MURIS, P., SCHMIDT, H., MERCKELBACH, H. The structure of specific phobia symptoms among children and adolescents. In: Behaviour Research and Therapy. 1 septembrie 1999 [citat 7 februarie 2024];37(9), pp. 863–868.

Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796798002010

181. NACU, A., BOLEA, Z. La problematique de l'abandon et de la l'adoption. Des limits de la vie et de la psychanalyse*?* In: *Revue Romaine de Psychanalyse.* 2016;tome IX, pp. 119–139.

182. NAZEER, A., LATIF, F., MONDAL, A., AZEEM, M.W., GREYDANUS, D.E. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. In; *Translational Pediatrics*. februarie 2020 [citat 7 februarie 2024];9(Suppl 1), pp. 76–93. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7082239/

183. NEWSOM, C.R., ARCHER, R.P., TRUMBETTA, S., GOTTESMAN, I.I. Changes in Adolescent Response Patterns on the MMPI/MMPI-A Across Four Decades. In: *Journal of Personality Assessment.* 1 august 2003 [citat 20 mai 2024];81(1), pp. 74–84. Disponibil: https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8101_07

184. NOLTE, T., BOLLING, D., HUDAC, C., FONAGY, P., MAYES, L., PELPHREY, K. Brain mechanisms underlying the impact of attachment-related stress on social cognition. In: F*rontiers in Human Neuroscience.* 2013 [citat 21 ianuarie 2024];7. Disponibil: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2013.00816

185. ORMEL, J., BASTIAANSEN, J., RIESE, H., BOS, E.H., SERVAAS, M., ELLENBOGEN, M., et al. The biological and psychological basis of neuroticism: Current status and future directions.

In: *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. ianuarie 2013;37(1), pp. 59–72. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.09.004

186. PALACIO ESPASA, F. *La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychique chez l'enfant*. Psychologie clinique et projective. 2000 [citat 18 decembrie 2023];6(1), pp. 15–29. Disponibil: https://www.persee.fr/doc/clini_1265-5449_2000_num_6_1_1148

187. PINCUS, A.L., ANSELL, E.B., PIMENTEL, C.A., CAIN, N.M., WRIGHT, A.G.C., LEVY, K.N. Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. In: *Psychology Assessment*. septembrie 2009;21(3), pp. 365–379. doi: 10.1037/a0016530

188. PLETSCH, C.E. *Freud's Case studies and the Locus of psychoanalytic knowledge*. Dynamis. 1982;2, pp. 263–297.

189. PORTER, R.B., CATTELL, R.B. *Handbook for the Children's Personality Questionnaire: (CPQ)*. 1985 ed. Champaign, Ill.: Institute for Personality and Ability Testing, 1985. 85 p.

190. RAMSAWH, H.J., CHAVIRA, D.A., STEIN, M.B. The Burden of Anxiety Disorders in Pediatric Medical Settings: Prevalence, Phenomenology, and a Research Agend. In: *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. octombrie 2010 [citat 7 februarie 2024];164(10), pp. 965–972. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3106429/

191. RAPPOPORT, A. *Co-Narcissism : How We Accommodate to Narcissistic Parents*. 2005 [citat 18 decembrie 2023];The Therapist(1), 1–8. Disponibil: https://www.semanticscholar.org/paper/Co-Narcissism-%3A-How-We-Accommodate-to-Narcissistic-Rappoport/f95ac0ab31dac722c88b3081557935d595a2582b

192. RAWN, K..P, KELLER, P.S., WIDIGER, T.A. Parent Grandiose Narcissism and Child Socio-Emotional Well Being: The Role of Parenting. In: *Psychological Reports*. 19 octombrie 2023 [citat 20 decembrie 2023]. Disponibil la: https://doi.org/10.1177/00332941231208900

193. REGHINTOVSCHI, S. Narcisse Deficit, Transfer Paradox and Double Bond Therapeutic Impasse [Internet]. Rochester, NY: *Social Science Research Network*, 2013 [citat 10 noiembrie 2024]. Disponibil: https://papers.ssrn.com/abstract=2231196

194. ROSENBERG, M. *Society and the Adolescent Self-Image* [Internet]. Princeton University Press, 1965 [citat 24 februarie 2024]. 340 p. Disponibil: https://www.jstor.org/stable/j.ctt183pjjhISBN: 978-0-691-09335-2.

195. ROTHSCHILD, Z.K., LANDAU, M.J., SULLIVAN, D., KEEFER, L.A. A dual-motive model of scapegoating: displacing blame to reduce guilt or increase control. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. iunie 2012;102(6), pp. 1148–1163. doi: 10.1037/a0027413

196. RUSSELL, G.A. Narcissism and the narcissistic personality disorder: a comparison of the theories of Kernberg and Kohut. In: *The British Psychological Society*. iunie 1985;58 (Pt 2), pp. 137–148.

197. SHARP, C., VANWOERDEN, S. Hypermentalizing in Borderline Personality Disorder: A Model and Data. In: *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2 ianuarie 2015 [citat 22 decembrie 2023];14(1), pp. 33–45.
Disponibil: https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1004890

198. SHAW, D. *Traumatic Narcissism*. NEW YORK: Routledge, 2013. 192 p. ISBN: 978-0-415-51024-0.

199. STEEL, H., STEEL, M. *On origins of reflective function*. Vol. Mentalization: Theoretical Consideration, research Findings, and Clinical Implication. NEW YORK: Routledge, 2008. 320 p. ISBN: 978-0-203-92725-0.

200. STEINSBEKK, S., RANUM, B., WICHSTRØM, L. Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2022 [citat 7 februarie 2024];63(5), pp. 527–534. Disponibil: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpp.13487

201. STERN, D.N. *The Motherhood Constellation*. 1st edition. London: Routledge, 1995. 240 p. ISBN: 978-1-85575-201-6.

202. STEWART, S.E., et al. A Multi-Site Study of Family Functioning Impairment in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. In: *The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. martie 2017 [citat 12 ianuarie 2025];56(3), pp. 241-249. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5332162/

203. TAYLOR, C.B. Panic disorder. In: *BMJ*. 20 aprilie 2006 [citat 12 ianuarie 2025];332(7547), pp. 951–955. Disponibil: https://doi.org/10.1136/bmj.332.7547.951

204. TWENGE, J.M., CAMPBELL, W.K. *The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement*. New York London Toronto Sydney New Delhi: Atria Books, 2010. 368 p. ISBN: 978-1-4165-7599-3.

205. TWENGE, J.M., CAMPBELL, W.K., GENTILE, B. Changes in pronoun use in American books and the rise of individualism, 1960-2008. In: J*ournal of Cross-Cultural Psychology.* 2013;44(3), pp. 406–415. Disponibil: https://doi.org/10.1177/002202211245510

206. UHLS, Y.T., GREENFIELD, P.M. The Rise of Fame: An Historical Content Analysis. In: *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace.* 1 iulie 2011 [citat 20 mai 2024];5(1). Disponibil: https://cyberpsychology.eu/article/view/4243

207. VIGNANDO, M., BIZUMIC, B. Parental Narcissism Leads to Anxiety and Depression in Children via Scapegoating. In: *The Journal of Psychology.* 17 februarie 2023 [citat 22 decembrie 2023];157(2), pp. 121–141. Disponibil: https://doi.org/10.1080/00223980.2022.2148088

208. VOLKERT, J., TAUBNER, S., BYRNE, G., ROSSOUW, T., MIDGLEY, N. Introduction to Mentalization-Based Approaches for Parents, Children, Youths, and Families. In: *APT*. 23 martie 2022 [citat 13 mai 2024]; 75(1), pp. 4–11.

Disponibil: https://psychotherapy.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.psychotherapy.20210020

209. WANG, X., XIE, R., DING, W., JIANG, M., LI, W. "Growing out of depression and neuroticism": Keep children away from maltreatment. In: *Children and Youth Services Review.* 1 mai 2022 [citat 7 februarie 2024]; 136, 106422.

Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740922000585

210. WILLEMSEN, J., DELLA, R. E., KEGERREIS, S. Clinical Case Studies in Psychoanalytic and Psychodynamic Treatment. In: *Frontiers in Psychology.* 2017;8, 108. Disponibil: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00108

211. Convention on the Rights of the Child [Internet]. *ADOPTED: 20 November 1989 by General Assembly resolution 44/25* [citat 26 decembrie 2024]. Disponibil: https://www.ohchr.org/sites/default/files/crc.pdf

ANEXE

Anexa 1. Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii (RCADS - Revised Children's Anxiety and Depression Scale). Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis (2000)

Instrucțiuni: Încercuiește cifra care arată cât de des ți se întâmplă aceste lucruri

1.	Mă îngrijorez cu privire la diverse lucruri	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
2.	Mă simt trist sau gol pe dinăuntru	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
3.	Când am o problemă am o senzație ciudată în stomac	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
4.	Mă simt îngrijorat atunci când am un rezultat sau o performanță slabă la o activitate	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
5.	Îmi este frică să stau singur acasă	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
6.	Nimic numai este distractiv pentru mine	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
7.	Îmi este frică la evaluări/teste	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
8.	Sunt îngrijorat atunci când cred că cineva este supărat pe mine	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
9.	Mă îngrijorez atunci când sunt departe de părinți	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
10.	Sunt preocupat de imagini sau gânduri rele sau prostești din mintea mea	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
11.	Am probleme cu somnul	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
12.	Mă îngrijorez că nu o să descurc la școală cu sarcinile	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
13.	Îmi este frică de faptul că ceva rău se va întâmpla cu cineva din familie	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
14.	Fără nici un motiv real am brusc senzația că numai pot respira	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
15.	Am probleme cu pofta de mâncare	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
16.	Verific mereu dacă am făcut lucrurile bine (dacă am încuiat ușa, am închis robinetul, aragazul, butonul on/off etc.)	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna

17.	Îmi este frică să dorm singur	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
18.	Dimineața îmi este greu să merg la școală deoarece mă simt nervos, agitat sau îmi este frică	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
19.	Nu am energie să fac diverse activități	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
20.	Îmi fac griji că aș să mă fac de rușine	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
21.	Mă simt foarte obosit	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
22.	Mă îngrijorez că ar putea să se întâmple lucruri rele cu mine	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
23.	Nu pot să-mi scot din minte gândurile rele sau prostești	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
24.	Când am o problemă inima începe să-mi bată foarte tare	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
25.	Nu pot gândi clar	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
26.	În unele momente încep să tremur brusc fără motiv	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
27.	Mă îngrijorez că ceva rău o să se întâmple	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
28.	Când am o problemă încep să tremur	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
29.	Mă simt inutil/fără valoare	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
30.	Mă îngrijorez cu privire la faptul că aș putea face greșeli	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
31.	Trebuie să mă gândesc la diferite lucruri (cum ar fi la diferite cuvinte sau să număr) pentru a opri lucrurile rele să se întâmple	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
32.	Mă îngrijorez despre ce gândesc alți oameni despre mine	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
33.	Îmi este frică de locurile aglomerate (cum ar fi centre comerciale, cinematografe, autobuze, terenuri de joacă sau alte locuri)	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
34.	Mă simt speriat brusc și fără motiv	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna

35.	Îmi fac griji la ce urmează să se întâmple	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
36.	Amețesc sau leșin brusc și fără motiv	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
37.	Mă gândesc la moarte	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
38.	Îmi este frică atunci când trebuie să vorbesc în fața clasei	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
39.	Inima mea începe brusc să bată repede și fără nici un motiv	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
40.	Simt că nu vreau să mă mișc	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
41.	Mă îngrijorez că aș putea să mă sperii brusc și fără nici un motiv	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
42.	Simt nevoia să fac unele lucruri de mai multe ori (cum ar fi spălatul pe mâini sau aranjarea lucrurilor într-o anumită ordine)	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
43.	Îmi este teamă că aș putea să mă fac de râs în fața oamenilor	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
44.	Simt nevoia să fac unele activități într-o anumită ordine pentru a preveni anumite lucruri rele	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
45.	Seara, înainte de culcare, mă simt îngrijorat	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
46.	Mi-ar fi frică să stau departe de casă peste noapte	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
47.	Mă simt neliniștit, agitat	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna

Anexa 2. Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii (RCADS - Revised Children's Anxiety and Depression Scale) – Varianta pentru părinți

Instrucțiuni: Vă rugăm sa încercuiți cuvântul care descrie cel mai fidel cât de des se întâmplă aceste lucruri copilului dumneavoastră

1.	Copilul meu se îngrijorează cu privire la diverse lucruri	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
2.	Copilul meu se simte trist sau gol pe dinăuntru	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
3.	Când copilul meu are o problema, el/ea simte o senzație ciudată în stomac	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
4.	Copilul meu se îngrijorează atunci când consideră că a avut o performanță slabă la o activitate	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
5.	Copilului meu îi este frică să fie singur acasă	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
6.	Nimic nu mai e distractiv pentru copilul meu	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
7.	Copilul meu este speriat cand dă un test	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
8.	Copilul meu se îngrijorează atunci când crede că cineva este supărat pe el	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
9.	Copilul meu se îngrijorează când este departe de mine	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
10.	Copilul meu este preocupat de gânduri rele sau prostești sau imagini din mintea sa	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
11.	Copilul meu are probleme cu somnul	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
12.	Copilul meu se ingrijoreaza că nu va performa la școală	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
13.	Copilului meu îi este teamă de faptul ca ceva rău se va întâmpla cu un membru al familiei	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
14.	Copilul meu are brusc senzația că nu poate respira, deși nu există un motiv real pentru asta	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna
15.	Copilul meu are problem cu pofta de mâncare	0=Niciodată 1=Uneori 2=Adesea 3=Întotdeauna

16.	Copilul meu verifică mereu dacă a făcut lucrurile bine (dacă a încuiat ușa, a închis robinetul, aragazul, butonul on/off etc.)	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
17.	Copilului meu îi este teamă să doarmă singur	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
18.	Copilul meu are probleme în a merge dimineața la școală pentru că se simte emoționat sau îi este teamă	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
19.	Copilul meu nu are energie să facă diverse lucruri	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
20.	Copilul meu se teme să nu fie penibil	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
21.	Copilul meu este foarte obosit	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
22.	Copilul meu se îngrijorează ca i se vor întâmpla lucruri rele	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
23.	Copilul meu nu își poate scoate gândurile rele sau prostești din minte	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
24.	Când copilul meu are o problema, îi bate inima foarte tare	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
25.	Copilul meu nu poate gândi limpede	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
26.	Copilul meu începe să tremure brusc în momente în care nu are nici un motiv să facă asta	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
27.	Copilul meu se îngrijorează cu privire la faptul că urmează să se întâmple ceva rău	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
28.	Când copilul meu are o problemă, începe să tremure	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
29.	Copilul meu se simte lipsit de valoare	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
30.	Copilul meu se simte îngrijorat cu privire la faptul că ar putea face greșeli	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
31.	Copilul meu trebuie să se gândească la anumite lucruri (cum ar fi diferite cuvinte sau să numere) pentru a opri lucrurile rele să se întâmple	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
32.	Copilul meu se teme despre ce gândesc alți oameni despre el	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna

33.	Copilul meu se teme de locuri aglomerate (cum ar fi centre comerciale, cinematografe, autobuze, terenuri de joaca aglomerate)	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
34.	Copilul meu se simte speriat, brusc, pentru nici un motiv	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
35.	Copilul meu își face griji cu privire la ceea ce urmează să se întâmple	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
36.	Copilul meu devine brusc amețit sau leșină când nu există nici un motiv pentru acest lucru	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
37.	Copilul meu se gândeste la moarte	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
38.	Copilului meu îi este frică dacă trebuie să vorbească în fața clasei	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
39.	Inima copilului meu începe să bată foarte repede, brusc, fara nici un motiv	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
40.	Copilul meu simte ca nu vrea să se miște	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
41.	Pe copilul meu îl ingrijorează faptul că se va speria, brusc, deși nu are nici un motiv să se teama	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
42.	Simte nevoia să facă unele lucruri de mai multe ori (cum ar fi spălatul pe mâini sau aranjarea lucrurilor într-o anumită ordine)	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
43.	Copilului meu îi este teamă ca se va face de râs în fața oamenilor	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
44.	Copilul meu simte nevoia să facă unele activități într-o anumită ordine pentru a preveni anumite lucruri rele	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
45.	Copilul meu se îngrijorează când este în pat, seara, înainte de culcare	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
46.	Copilului meu i-ar fi frică să stea departe de casă peste noapte	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna
47.	Copilul meu este neliniștit, agitat.	0=Niciodată	1=Uneori	2=Adesea	3=Întotdeauna

Anexa 3. Chestionarul de Personalitate pentru Copii (CPQ)

Alege şi pune un semn în dreptul frazei, care te caracterizează mai mult. Partea I (A)

1.	Îndeplineşti repede temele pentru acasă		sau	Îţi iau mult timp	
2.	Dacă s-au făcut glume pe contul tău te superi puţin		sau	Râzi	
3.	Consideri că poţi îndeplini aproape totul cum se cade		sau	Poţi îndeplini doar unele însărcinări	
4.	Frecvent greşeşti		sau	Aproape deloc nu faci greşeli	
5.	Ai mulţi prieteni		sau	Nu prea mulţi	
6.	Alţi copii pot face mai multe lucruri decât tu		sau	Poţi face la fel de multe lucruri, precum alți copii	
7.	Întotdeauna ţii minte bine numele altor oameni		sau	Se întâmplă că le uiţi	
8.	Citeşti mult		sau	Majoritatea copiilor citesc mai mult decât tine	
9.	Te superi când învăţătorul alege alt copil pentru a îndeplini o activitate, pe care ai dorit să o faci tu		sau	Uiţi repede de aceasta	
10	Consideri că toate ideile, propunerile, invenţiile tale sunt bune şi corecte		sau	Nu eşti convins în aceasta	
11	Ce cuvânt are un sens antonim (opus) cuvântului «A ADUNA»? **«A ÎMPĂRŢI» sau «A COLECTA» sau «A PĂSTRA»**				
12	De regulă eşti tăcut (ă)		sau	Vorbeşti mult	
13	Dacă mama se supără, crezi că uneori a greşit		sau	Ai senzaţia că ai procedat incorect	
14	Ţi-ar plăcea să te ocupi de cărţi în bibliotecă		sau	Să fii căpitan maritim de cursă lungă	
15	Care literă se deosebeşte de celelalte două? **S, sau T, sau U**				
16.	Seara mult timp poţi sta liniştit (ă)		sau	Începi să te agiţi, să-şi cauţi o activitate	
17	Dacă copiii discută despre un loc, pe care-l cunoşti şi tu bine, tu tot începi să povesteşti ceva despre acest loc		sau	Aştepţi când ei vor termina de povestit	
18.	Ai putea să devii cosmonaut		sau	Crezi că aceasta e foarte dificil	
19.	Priveşte cifrele: 2, 4, 8, ... care cifră urmează să completeze acest rând? **10, sau 16, sau 12**				
20.	Mama ta spune că eşti foarte energic (ă) şi neastâmpărat (ă)		sau	Că eşti tăcut(ă) şi calm(ă)	
21.	Asculţi cu mai multă plăcere povestirile altor copii		sau	Îţi place mai mult să povesteşti tu	
22	În timpul liber preferi să citeşti o carte		sau	Să te joci cu mingea/păpuşa	
23	Se oferă câteva cuvinte: «RECE», «FIERBINTE», «UD», «CALD». Unul din aceste cuvinte nu se potriveşte după sens cu celelalte. Care? **«UD», sau «RECE», sau «CALD»**				
24	Te mişti întotdeauna cu atenţie		sau	Se întâmplă că atunci când alergi, poţi atinge diverse obiecte	
25	Te nelinişteşte faptul că poţi fi pedepsit		sau	Aceasta nu te nelinişteşte niciodată	
26	Ţi-ar plăcea mai mult când vei deveni matur să construieşti case/învești copiii		sau	Să devii aviator/ frizeriță	
27.	Când NICOLAE avea accesași vârstă, pe care NATALIA o are acum, ANNA avea mai mulţi ani decât NICOLAE. Cine e cel mai mic (tânăr)? **NICOLAE, sau ANNA, sau NATALIA**				
28.	În timpul lecţiilor învăţătorul îţi face multe observaţii		sau	Consideră că tu te comporţi corect	
29.	Când prietenii tăi se ceartă, te implici şi tu în cearta lor		sau	Nu te implici	

30.	Poţi învăţa când alţi elevi discută, râd		sau	Poţi învăţa doar atunci când e linişte	
31.	Priveşti ştirile la televizor		sau	Când începe programul de ştiri, te duci la joacă	
32.	Adulţii te supără (te obijduiesc)		sau	Te înţeleg foarte bine	
33.	Traversezi calm strada în locurile unde e mult transport		sau	Aceasta de nelinişteşte (te sperie) puţin	
34.	Ţi se întâmplă neplăceri mari		sau	Neînsemnate, mici	
35.	Dacă cunoşti răspunsul la întrebarea învăţătorului, pe dată ridici mâna		sau	Aştepţi să fii întrebat, fără a ridica mâna	
36.	Când în clasa ta vine un elev nou faci cunoştinţă cu el la fel de repede, precum alţi copii		sau	Ai nevoie de mai mult timp	
37.	Ai deveni cu plăcere şofer la unul din tipurile de transport (autocar, troleibuz, taxi)		sau	medic	
38.	Te amărăşti frecvent când nu ţi se îndeplinesc dorinţele		sau	rar	
39.	Când vreunul din copii te roagă să-l ajuţi la îndeplinirea lucrărilor de control, îi spui să rezolve singur		sau	Îl ajuţi, dacă învăţătorul nu vede	
40.	Adulţii discută între ei în prezenţa ta		sau	Frecvent te ascultă pe tine	
41.	Când auzi o istorie tristă, poţi chiar să începi să plângi		sau	Aşa ceva nu ţi se întâmplă	
42.	Îţi reuşeşte să-ţi realizezi majoritatea lucrurilor pe care le-ai planificat		sau	Uneori se întâmplă că nu toate se fac după cum ai dorit	
43.	Când mama te cheamă acasă, te mai joci puţin		sau	Pe dată te duci acasă	
44.	Poţi liber să te ridici în picioare şi să povesteşti ceva în clasă		sau	Te intimidezi, te sfieşti	
45.	Ţi-ar plăcea să ai grijă de unul singur de copii mici		sau	Nu ţi-ar plăcea să rămâi de unul /una singur (ă) cu copii mici	
46.	Ţi să întâmplă să te simţi trist şi părăsit		sau	Aceasta nu ţi se întâmplă	
47.	Temele pentru acasă ţi le faci în diverse ore ale zilei		sau	La aceeaşi oră	
48.	Consideră că ai un trai bun		sau	Nu prea bun	
49.	Ai pleca cu plăcere din oraş pentru a admira natura frumoasă		sau	Ai vizita o expoziţie de automobile frumoase	
50.	Dacă ţi se face o observaţie, eşti certat (ă), menţii calmul şi buna dispoziţie		sau	Te indispui foarte mult	
51.	Ţi-ar plăcea să lucrezi la o fabrică de bomboane		sau	Să fii învăţător	
52.	Când copiii fac gălăgie în clasă, tu te comporţi liniştit		sau	Faci şi tu gălăgie	
53.	Dacă cineva te îmbrânceşte în autocar, consideri că nu s-a întâmplat nimic deosebit		sau	Te superi	
54.	Ţi s-a întâmplat să faci lucruri, pe care nu trebuia să le faci		sau	Nu ţi s-a întâmplat aşa ceva	
55.	Preferi să ai prieteni cărora le place să alerge, să facă năzbâtii, să se distreze		sau	Îţi plac copiii mai serioşi	
56.	Te neliniştesti, te iriţi când trebuie să stai liniştit şi să aştepţi până începe o manifestaţie		sau	Nu-ţi este dificil să aştepţi	
57.	Cu mai multă plăcere ai merge la şcoală		sau	Ai călători cu automobilul	
58.	Ţi se întâmplă să te superi pe toată lumea		sau	Întotdeauna eşti mulţumit de toţi	
59.	Ce învăţător îţi place mai mult: bun, indulgent		sau	Sever	
60.	Mănânci acasă tot ce ţi se oferă		sau	Protestezi când ţi se propune să mănânci aceea ce nu-ţi place	

Partea II (B)

1.	Aproape toți au o atitudine bună față de tine		sau	numai unii	
2.	Când te trezești dimineața ești la început somnoros și moale		sau	deodată vrei să te distrezi	
3.	Termini lucrul mai repede ca alții		sau	ai nevoie de puțin mai mult timp	
4.	Se întâmplă să nu ai încredere în tine uneori		sau	ești încrezut în tine	
5.	Te bucuri întotdeauna când îți vezi colegii de școală		sau	uneori nu vrei să vezi pe nimeni	
6.	Mama îți spune că ești lent, încet		sau	faci totul repede	
7.	Altor copii le place ceea ce tu le propui		sau	lor nu întotdeauna le place aceasta	
8.	La școală îndeplinești totul exact cum se cere de la tine		sau	colegii tăi îndeplinesc cerințele învățătorului mai exact	
9.	Crezi oare că copiii încearcă să te păcălească		sau	ei au o atitudine prietenoasă față de tine	
10	Faci întotdeauna totul bine		sau	sunt zile când nu reușești nimic	
11	Mai mult comun cu "Gheata", "Aburul", "Zăpada" o are "Apa" sau "Furtuna" sau "Iarna"				
12	Stai în timpul lecției liniștit		sau	îți place să te învârtești	
13	O contrazici câteodată pe mama		sau	te temi puțin de ea	
14	Preferi mai mult să faci schi prin pădure, parc		sau	să faci schi la munte	
15	"A merge" este față de "A alerga", ceea ce încet este față de "Călare" sau "Târâș" sau "Repede"				
16.	Consideri că întotdeauna ești respectuos		sau	câteodată ești plictisitor	
17	Se vorbește că e greu să se înțeleagă cu tine (îți place să insiști asupra părerii tale)		sau	e ușor să ai de a face cu tine	
18.	Te-ai schimbat vreodată cu obiectele tale personale (creioane, pix, riglă) cu colegii tăi		sau	niciodată nu ai făcut aceasta	
19.	Este dat șirul numeric 7, 5, 3 … Care este următoarea cifră în acest șir? 2 sau 1 sau 9				
20.	Îți dorești uneori să fii neascultător		sau	niciodată nu ai așa dorință	
21.	Mama ta face totul mai bine ca tine		sau	deseori propunerea ta este mai bună	
22	Dacă ai fi un animal sălbatic, mai degrabă ai fi cal rapid		sau	leu	
23	Este dat un grup de cuvinte "Unii", "Toți", "Deseori", "Nimeni". Un cuvânt nu concordează cu altele. Care este el? "Deseori" sau "Nimeni" sau "Toți"				
24	Când ți se comunică o noutate îmbucurătoare, te bucuri liniștit		sau	de bucurie vrei să sari	
25	Dacă cineva se comportă cu tine nu prea bine îi ierți aceasta		sau	te comporți cu el la fel	
26	Ce ți-ar plăcea mai mult la bazin: să înoți		sau	să te scufunzi de pe turn	
27.	Vlad e mai tânăr ca Petru, Sergiu e mai tânăr ca Vlad. Cine e cel mai în vârstă? Sergiu sau Vlad sau Petru				
28.	Învățătorul câteodată îți zice că ești insuficient de atent și faci multe ștersături în caiet		sau	aproape niciodată nu-ți spune aceasta	
29.	În discuții cu insistență insiști să dovedești ceea ce vrei		sau	liniștit poți să cedezi	

30.	Mai degrabă ai asculta o povestire despre război		sau	despre viața animalelor	
31.	Întotdeauna ajuți elevilor noi care au venit la voi în clasă		sau	de obicei aceasta fac alții	
32.	Ții minte mult timp despre necazurile tale		sau	repede uiți de ele	
33.	În joc cu mai multă ușurință ai reprezenta un pilot de avion cu reactiv		sau	pe un scriitor renumit	
34.	Dacă mama te-a certat devii trist		sau	dispoziția ta aproape nu se schimbă	
35.	Întotdeauna îți strângi geanta de cu seară		sau	se întâmplă că o faci și dimineața	
36.	Te laudă profesorul		sau	puțin vorbește despre tine	
37.	Poți să te atingi de păianjeni		sau	păianjenul ți-e neplăcut	
38.	Deseori te superi		sau	aceasta se întâmplă foarte rar	
39.	Când părinții îți spun că e ora de culcare deodată te culci		sau	încă puțin continui să te ocupi de treburile tale	
40.	Te jenezi când trebuie să vorbești cu un om necunoscut		sau	deloc nu te jenezi	
41.	Mai degrabă ai deveni pictor		sau	vânător	
42.	Totul îți iese reușit		sau	se întâmplă să ratezi	
43.	Dacă nu ai înțeles condiția problemei te adresezi la un coleg		sau	la învățător	
44.	Poți povesti istorii hazlii astfel ca toți să râdă		sau	crezi că aceasta nu este ușor de făcut	
45.	După lecție dorești să rămâi ceva timp lângă învățător		sau	vrei deodată să mergi să te plimbi în coridor	
46.	Uneori stai fără treabă și te simți prost		sau	aceasta nu se întâmplă cu tine	
47.	În drum de la școală te oprești să te joci		sau	după școală mergi deodată acasă	
48.	Întotdeauna oare părinții te ascultă		sau	deseori sunt foarte ocupați	
49.	Când nu poți ieși din casă îți e trist		sau	ți-i indiferent	
50.	Ai puține dificultăți		sau	multe	
51.	În timpul liber mai bine ai merge la timp		sau	ai planta copaci în grădină	
52.	Mai degrabă vei povesti mamei despre viața ta școlară		sau	despre o plimbare, excursie	
53.	Dacă copiii îți iau lucrurile tale fără voie, consideri ca nu este nimic deosebit în asta		sau	te superi pe ei	
54.	La un sunet neașteptat se întâmplă că tresari		sau	simplu te întorci	
55.	Îți place când cu fetele (băieții) povestiți ceva una (unul) alteia (altuia)		sau	mai mult îți place să te joci cu ei	
56.	Ridici vocea când în discuție ești foarte emoționat		sau	întotdeauna vorbești liniștit	
57.	Mai degrabă ai fi mers la lecție		sau	te uiți la un meci de fotbal	
58.	Dacă asculți radioul sau te uiți la TV te deranjează vocile altora		sau	nu le observi	
59.	Se întâmplă să ai dificultăți la lecții		sau	ți-i ușor la școală	
60.	Dacă acasă ai fost înfuriat de ceva, liniștit ieși din cameră		sau	ieșind din camera ta poți trânti cu ușa	

Anexa 4. INVENTARUL NARCISISMULUI PATOLOGIC (PNI - Pathological Narcissism Inventory)
Aaron L. Pincus, Emily B. Ansell et al. 2009

Instrucțiuni: Vă rugăm să încercuiți cât de mult fiecare dintre următoarele afirmații vă caracterizează *(0 – deloc nu mă caracterizează; 1 – nu mă caracterizează; 2 – mai puțin nu mă caracterizează; 3 – mai puțin mă caracterizează; 4 – mă caracterizează; 5 – în totalitate mă caracterizează).*

Deloc nu mă caracterizează **În totalitate mă caracterizează**
0 ---------- 1 ---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

1. De multe ori îmi imaginez că sunt admirat și respectat	0 1 2 3 4 5
2. Stima mea de sine fluctuează foarte mult	0 1 2 3 4 5
3. Când oamenii mă dezamăgesc, uneori îmi este rușine că am avut prea multe așteptări de la ei	0 1 2 3 4 5
4. De obicei pot să mă justific pentru orice	0 1 2 3 4 5
5. Atunci când sunt singur îmi este greu să mă simt bine cu mine însumi	0 1 2 3 4 5
6. Pot să-mi ridic buna dispoziție, având grijă de ceilalți	0 1 2 3 4 5
7. Urăsc să cer ajutor	0 1 2 3 4 5
8. Când oamenii nu mă observă, încep să mă simt rău în legătură cu mine însumi.	0 1 2 3 4 5
9. De multe ori îmi ascund nevoile de teama că oamenii mă vor considera intruziv și dependent	0 1 2 3 4 5
10. Pot face pe oricine să creadă orice	0 1 2 3 4 5

11. Mă enervez când oamenii nu observă tot ceea ce fac pentru ei.	0 1 2 3 4 5
12. Mă deranjează oamenii care nu sunt interesați de ceea ce spun sau fac.	0 1 2 3 4 5
13. Nu aș dezvălui toate gândurile și sentimentele mele intime cuiva pe care nu-l admir	0 1 2 3 4 5
14. De multe ori îmi imaginez că am un impact uriaș asupra lumii din jurul meu	0 1 2 3 4 5
15. Pot manipula cu ușurință oamenii	0 1 2 3 4 5
16. Când ceilalți nu mă observă încep să mă simt fără valoare	0 1 2 3 4 5
17. Uneori evit oamenii, deoarece mă îngrijorează faptul că mă vor dezamăgi	0 1 2 3 4 5
18. De obicei, mă enervez foarte tare când nu reușesc să obțin ceea ce vreau de la ceilalți	0 1 2 3 4 5
19. Uneori am nevoie de oameni importanți în viața mea pentru a-mi menține stima de sine	0 1 2 3 4 5
20. Când fac lucruri pentru alți oameni, mă aștept că și ei vor face lucruri pentru mine	0 1 2 3 4 5
21. Când ceilalți nu îmi îndeplinesc așteptările, de multe ori îmi este rușine de ceea ce îmi doream.	0 1 2 3 4 5
22. Mă simt important atunci când ceilalți se bazează pe mine.	0 1 2 3 4 5
23. Pot să „citesc” oamenii	0 1 2 3 4 5
24. Când oamenii mă dezamăgesc, de multe ori mă enervez pe mine însumi	0 1 2 3 4 5
25. Sacrificarea pentru alții mă face să fiu o persoană mai bună	0 1 2 3 4 5
26. De multe ori îmi imaginez cum realizez lucruri care probabil sunt peste puterile mele	0 1 2 3 4 5
27. Uneori evit oamenii, pentru că mă tem că nu vor face ceea ce vreau eu.	0 1 2 3 4 5

28. Îmi este greu să le arăt celorlalți slăbiciunile mele interioare.	0 1 2 3 4 5
29. Mă enervez când sunt criticat	0 1 2 3 4 5
30. Îmi este greu să am o stimă de sine ridicată, atunci când nu sunt sigur dacă alte persoane mă admiră	0 1 2 3 4 5
31. De multe ori îmi imaginez cum sunt răsplătit pentru eforturile mele	0 1 2 3 4 5
32. Sunt preocupat de gândurile și îngrijorările că majoritatea oamenilor nu sunt interesați de mine	0 1 2 3 4 5
33. Îmi place să am prieteni care se bazează pe mine, deoarece asta mă face să mă simt important	0 1 2 3 4 5
34. Uneori evit oamenii pentru că mă tem că s-ar putea să nu recunoască câte fac pentru ei	0 1 2 3 4 5
35. Tuturor le place să-mi asculte istoriile	0 1 2 3 4 5
36. Îmi este greu să am o stimă de sine ridicată dacă nu sunt sigur că oamenii mă plac	0 1 2 3 4 5
37. Mă irită când oamenii nu observă ce persoană bună sunt	0 1 2 3 4 5
38. Nu voi fi niciodată satisfăcut până nu voi obține tot ceea ce merit	0 1 2 3 4 5
39. Fac sacrificii pentru a arăta tuturor ce persoană bună sunt	0 1 2 3 4 5
40. Sunt dezamăgit când oamenii nu mă observă	0 1 2 3 4 5
41. De multe ori mă simt invidios pe realizările altor persoane	0 1 2 3 4 5
42. Deseori îmi imaginez cum săvârșesc fapte eroice	0 1 2 3 4 5
43. Îi ajut pe ceilalți pentru a demonstra că sunt o persoană bună	0 1 2 3 4 5

44. Este important să le arăt oamenilor că pot face totul de unul singur, chiar dacă eu însumi am îndoieli cu privire la acest lucru	0 1 2 3 4 5
45. De multe ori îmi imaginez despre faptul că sunt recunoscut pentru realizările mele	0 1 2 3 4 5
46. Nu suport să mă bazez pe alți oameni, deoarece asta mă face să mă simt slab.	0 1 2 3 4 5
47. Îmi este greu să continui să mă simt bine, atunci când ceilalți nu se raportează la mine așa cum aș vrea	0 1 2 3 4 5
48. Am nevoie ca oamenii să mă observe	0 1 2 3 4 5
49. Aș vrea să însemn ceva în ochii întregii lumi	0 1 2 3 4 5
50. Când ceilalți află despre nevoile mele, mă simt neliniștit și rușinat	0 1 2 3 4 5
51. Uneori este mai ușor să fii singur decât să te confrunți cu faptul că nu poți primi de la oameni tot ceea vrei	0 1 2 3 4 5
52. Pot să mă enervez destul de tare când ceilalți nu sunt de acord cu mine	0 1 2 3 4 5

Anexa 5. Chestionarul Funcționării Reflexive la Părinți (PRFQ - The Parental Reflective Functioning Questionnaire)

Patrick Luyten, Linda C. Mayes, Liesbet Nijssens & Peter Fonagy (2017)

Instrucțiuni: Mai jos sunt enumerate o serie de afirmații referitoare la dvs. și copilul dumneavoastră. Citiți fiecare afirmație și decideți dacă sunteți de acord sau nu și în ce măsură. Utilizați următoarea scară de evaluare: 7 dacă sunteți în totalitate de acord; și 1 dacă nu sunteți de acord. Punctul de mijloc, dacă sunteți neutru sau indecis, este 4.

Dezacord Total	1	2	3	4	5	6	7	De acord Total

1. __ Unicul moment când sunt sigură/sigur că copilul meu mă iubește este când îmi zâmbește.
2. __ Știu întotdeauna ce vrea copilul meu.
3. __ Îmi place să mă gândesc la motivele din spatele modului în care se comportă și se simte copilul meu.
4. __Copilul meu plânge în fața străinilor ca să mă jeneze.
5. __ Pot să citesc complet mintea copilului meu.
6. __ Mă întreb mult despre ce gândește și simte copilul meu.
7. __ Mi-e greu să particip activ la jocul de rol/fanteziste cu copilul meu.
8. __Pot să prezic întotdeauna ce va face copilul meu.
9. __Sunt deseori curioasă/curios să aflu cum se simte copilul meu.
10. __ Uneori copilul meu se îmbolnăvește pentru a mă împiedica să fac ceea ce vreau.
11. __Pot uneori să înțeleg greșit reacțiile copilului meu.
12. __Încerc să văd situațiile prin ochii copilului meu.
13. __Când copilul meu este mofturos, cred că face asta doar pentru a mă enerva.
14. __ Întotdeauna am înțeles foarte clar cum mă comport cu copiii mei și de ce
15. __Încerc să înțeleg motivele pentru care copilul meu se comportă greșit.
16. __ Adesea comportamentul copilului meu este foarte confuz pentru a înțelege de ce se comportă așa.
17. __ Știu întotdeauna de ce copilul meu se comportă așa cum se comportă
18. __ Cred că nu are rost să încerc să ghicesc ceea ce simte copilul meu.

Anexa 6. Scalei stimei de sine Rosenberg (1965)

Chestionarul de mai jos îşi propune să vă ofere o indicaţie despre nivelul stimei dvs. de sine.

Citiţi cu atenţie fiecare frază si răspundeţi in cel mai scurt timp, marcând cu o steluta varianta care se apropie cel mai mult de punctul dumneavoastră de vedere actual.

Itemi/ Întrebări	Total de acord	De acord	Dezacord	Total dezacord
1) În general sunt mulţumit(ă) de mine.				
2) Câteodata ma gândesc că nu valorez nimic.				
3) Cred că am o serie de calităţi bune.				
4) Sunt capabil(ă) sa fac lucrurile la fel de bine ca ceilalţi.				
5) Simt că nu am în mine prea multe de care sa fiu mândru(ă)				
6) Câteodată mă simt realmente inutil.				
7) Mă gândesc că sunt un om de valoare, cel puţin la fel ca alte persoane.				
8) Mi-ar plăcea să am mai mult respect fată de mine însumi/însămi.				
9) Ţinând cont de toate, am tendinţa sa cred ca sunt un (o) ratat(ă).				
10) Am o părere pozitivă despre mine.				

Anexa 7. Ghidul de interviu semistructurat (*identificarea aspectelor narcisice ale mamelor referitoare la sine și la copil)*

I. Experiența sarcinii și contextul familial

1. Ce sentimente ați trăit atunci când ați aflat că sunteți însărcinată?
2. A fost o sarcină planificată sau nu?
3. Cum a reacționat soțul dumneavoastră la vestea sarcinii?
4. Cum au reacționat ceilalți membri ai familiei (bunici, frați, surori)?

II. Primele reprezentări despre copil

5. Ce fantezii, imagini aveați despre copil în perioada gravidității?
6. Care au fost primele idei/fantasme despre copil în primele zile/săptămâni/luni?
7. Cu cine din familia dumneavoastră v-ați imaginat că va semăna copilul?
8. Cu cine ați fi dorit să semene?
9. Cu cine nu ați fi dorit să semene?
10. Cu cine seamănă copilul, în opinia dumneavoastră?
11. Cine vă imaginați că va fi copilul dumneavoastră atunci când va fi adult?

III. Reprezentări despre sine și propriii părinți

12. Ce vă amintiți despre dumneavoastră în copilărie?
13. Cum era relația dumneavoastră cu părinții în acea perioadă?
14. De care dintre membrii familiei erați mai atașată?
15. Cum ați descrie-o pe mama dumneavoastră?
16. Cum l-ați descrie pe tatăl dumneavoastră?
17. Cum v-ați descrie pe dumneavoastră ca și copil?

IV. Reprezentări actuale despre copil și rolul parental

18. Cum l-ați descrie pe copilul dumneavoastră?
19. Ce v-a plăcut cel mai mult în educația oferită de părinți?
20. Ce nu v-a plăcut în educația oferită de părinți?
21. Cum v-ați descrie pe dumneavoastră ca părinte?

Anexa 8. Grila de evaluare a scenariilor narcisice parentale și a stărilor nevrotice la copil

Proiecție predominantă a părinților	
Contra-identificarea părinților	
Scopul proiecției	
Reacțiile copilului la proiecție	
Înțelegerea simptomelor. Impresia diagnostică lăsată de copil și de părinți	
Pretransferul părinților	
Pretransferul copilului	
Contra-atitudinea terapeutului	
Intervenții ale terapeutului	
Evoluția situației	

Anexa 9. Statistica descriptivă privind rezultatele obținute la scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii (RCADS-47) și chestionar de personalitate pentru copii (CPQ)

Descriptive Statistics						
	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Anxietate de separare	50	43,00	80,00	63,1200	1,67177	11,82118
Anxietate generalizată	50	41,00	73,00	56,5800	1,19218	8,43000
Atacuri de panică	50	39,00	71,00	50,7800	1,24811	8,82550
Fobie socială	50	23,00	72,00	51,5400	1,73681	12,28108
Tulburare obsesiv-compulsivă	50	38,00	76,00	56,8200	1,41902	10,03400
Depresie	50	37,00	80,00	56,6800	1,34056	9,47917
Factorul A	50	,00	10,00	3,8600	,34877	2,46618
Factorul B	50	,00	8,00	3,8200	,27059	1,91333
Factorul C	50	,00	10,00	4,3600	,36113	2,55359
Factorul D	50	,00	10,00	5,8400	,38899	2,75058
Factorul E	50	,00	10,00	3,5200	,35484	2,50909
Factorul F	50	,00	8,00	3,3000	,25435	1,79853
Factorul G	50	,00	9,00	4,4000	,31558	2,23150
Factorul H	50	,00	8,00	4,0600	,30959	2,18912
Factorul I	50	,00	10,00	4,9800	,32387	2,29009

Factorul O	50	2,00	10,00	7,1400	,30774	2,17603
Factorul Q3	50	1,00	9,00	4,5800	,28007	1,98041
Factorul Q4	50	2,00	10,00	6,5000	,30806	2,17828
Valid N (listwise)	50					

Anexa 10. Statistica descriptivă privind rezultatele obținute de mame la inventarul narcisismului patologic; scala Rosenberg; chestionarul funcționării reflexive la părinți.

Descriptive Statistics						
	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Exploatare	50	1,00	3,60	2,4620	,11408	,80664
Auto-sacrificiu	50	1,00	5,00	3,1462	,14136	,99955
Fantezii grandioaze	50	,42	5,00	1,9530	,16852	1,19159
Stimă de sine instabilă	50	,91	4,58	2,3306	,15030	1,06278
Ascunderea sinelui	50	,71	3,79	2,6328	,10928	,77275
Devalorizare	50	,42	5,00	2,2706	,15071	1,06571
Furie narcisică	50	,50	4,62	2,6828	,18991	1,34290
Stimă de sine (ROSENBERG)	50	12,00	40,00	24,7200	1,08008	7,63729
Pre-mentalizare	50	1,17	4,67	2,6234	,14176	1,00238

Certitudine cu privire la stările mentale	50	2,55	7,00	4,7542	,18126	1,28173
Interes și curiozitate cu privire la stările mentale	50	4,83	7,00	6,1734	,09457	,66871
Valid N (listwise)	50					

Anexa 11. Studiul corelației pentru variabilele cercetării pentru demersul constatativ după Spearman

Tabelul A.11.1 Corelația dintre simptomele nevrotice și factorii de personalitate (Corelația Spearman)

			Anxietate de separare	Anxietate generalizată	Atacuri de panică	Fobie socială	Tulburare obsesiv-compulsivă	Depresie
Spearman's rho	Factorul A	Correlation Coefficient	-,114	,205	-,344*	-,157	,047	-,409**
		Sig. (2-tailed)	,429	,154	,014	,278	,745	,003
		N	50	50	50	50	50	50
	Factorul B	Correlation Coefficient	,088	,460**	,139	,249	-,124	-,398**
		Sig. (2-tailed)	,545	,001	,337	,081	,391	,004
		N	50	50	50	50	50	50
	Factorul C	Correlation Coefficient	-,087	-,291*	-,345*	-,004	-,176	-,237
		Sig. (2-tailed)	,549	,040	,014	,975	,221	,098

		N	50	50	50	50	50	50
	Factorul D	Correlation Coefficient	,239	-,004	,180	-,114	,019	,540**
		Sig. (2-tailed)	,095	,976	,211	,429	,893	,000
		N	50	50	50	50	50	50
	Factorul E	Correlation Coefficient	,122	-,028	-,073	-,461**	,004	-,032
		Sig. (2-tailed)	,400	,847	,613	,001	,979	,825
		N	50	50	50	50	50	50
	Factorul F	Correlation Coefficient	,216	,106	-,126	-,159	-,114	-,125
		Sig. (2-tailed)	,132	,462	,382	,271	,433	,388
		N	50	50	50	50	50	50
	Factorul G	Correlation Coefficient	-,060	,093	-,018	-,338*	,344*	-,030
		Sig. (2-tailed)	,677	,520	,900	,017	,014	,836
		N	50	50	50	50	50	50
	Factorul H	Correlation Coefficient	-,191	-,239	-,293*	-,073	,056	-,104
		Sig. (2-tailed)	,185	,095	,039	,616	,697	,471
		N	50	50	50	50	50	50
	Factorul I	Correlation Coefficient	,205	-,147	,011	,151	-,271	,071
		Sig. (2-tailed)	,154	,307	,937	,296	,057	,626
		N	50	50	50	50	50	50
	Factorul O	Correlation Coefficient	,451**	-,022	,171	,045	-,192	,151
		Sig. (2-tailed)	,001	,878	,236	,757	,182	,296
		N	50	50	50	50	50	50

	Factorul Q3	Correlation Coefficient	-,231	-,162	,014	,066	,326*	,238
		Sig. (2-tailed)	,106	,262	,925	,650	,021	,096
		N	50	50	50	50	50	50
	Factorul Q4	Correlation Coefficient	,366**	,044	-,031	,140	-,385**	-,040
		Sig. (2-tailed)	,009	,761	,830	,331	,006	,784
		N	50	50	50	50	50	50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

Tabelul A.11.2. Corelația dintre dimensiune narcisice și stima de sine (Corelația Spearman)

			Stima de sine (ROSENBERG)
Spearman's rho	Exploatare	Correlation Coefficient	-,096
		Sig. (2-tailed)	,505
		N	50
	Auto-sacrificiu	Correlation Coefficient	-,251
		Sig. (2-tailed)	,079
		N	50
	Fantezii grandioase	Correlation Coefficient	-,330*
		Sig. (2-tailed)	,019
		N	50
	Stimă de sine instabilă	Correlation Coefficient	-,534**
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	50
	Ascunderea sinelui	Correlation Coefficient	-,588**
		Sig. (2-tailed)	,000

		N	50
	Devalorizare	Correlation Coefficient	-,460**
		Sig. (2-tailed)	,001
		N	50
	Furie narcisică	Correlation Coefficient	-,200
		Sig. (2-tailed)	,163
		N	50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

Tabelul A.11.3. Corelația dintre funcția reflexivă parentală și dimensiunile narcisice (Corelația Spearman)

			Pre-mentalizare	Certitudine cu privire la stările mentale	Interes și curiozitate cu privire la stările mentale
Spearman's rho	Exploatare	Correlation Coefficient	,206	,200	-,025
		Sig. (2-tailed)	,151	,164	,862
		N	50	50	50
	Auto-sacrificiu	Correlation Coefficient	,366**	-,078	,003
		Sig. (2-tailed)	,009	,592	,986
		N	50	50	50
	Fantezii grandioase	Correlation Coefficient	,218	,031	,130
		Sig. (2-tailed)	,129	,829	,368
		N	50	50	50

	Stimă de sine instabilă	Correlation Coefficient	,366**	-,149	-,176
		Sig. (2-tailed)	,009	,301	,220
		N	50	50	50
	Ascunderea sinelui	Correlation Coefficient	,438**	-,277	-,415**
		Sig. (2-tailed)	,001	,052	,003
		N	50	50	50
	Devalorizare	Correlation Coefficient	,507**	,151	-,046
		Sig. (2-tailed)	,000	,294	,753
		N	50	50	50
	Furie narcisică	Correlation Coefficient	,450**	,192	,056
		Sig. (2-tailed)	,001	,182	,702
		N	50	50	50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

Tabelul A.11.4. Corelația dintre stările nevrotice la copil și dimensiunile narcisice la mame (Corelația Spearman)

			Exploatare	Auto-sacrificiu	Fantezii grandioase	Stimă de sine instabilă	Ascunderea sinelui	Devalorizare	Furie narcisică
Spearman's rho	Anxietate de separare	Correlation Coefficient	,006	,634**	,425**	,387**	,121	,141	,225
		Sig. (2-tailed)	,966	,000	,002	,005	,404	,329	,116
		N	50	50	50	50	50	50	50

	Anxietate generalizată	Correlation Coefficient	-,118	,242	,308*	,457**	,312*	-,107	-,167
		Sig. (2-tailed)	,413	,091	,029	,001	,027	,461	,245
		N	50	50	50	50	50	50	50
	Atacuri de panică	Correlation Coefficient	-,010	-,057	,391**	,278	,226	,287*	,141
		Sig. (2-tailed)	,947	,696	,005	,050	,115	,044	,329
		N	50	50	50	50	50	50	50
	Fobie socială	Correlation Coefficient	-,130	,000	,009	-,014	,086	,055	-,015
		Sig. (2-tailed)	,367	,999	,950	,924	,553	,704	,918
		N	50	50	50	50	50	50	50
	Tulburare obsesiv-compulsivă	Correlation Coefficient	,148	-,178	-,040	,117	,282*	,412**	,213
		Sig. (2-tailed)	,306	,216	,781	,417	,048	,003	,137
		N	50	50	50	50	50	50	50
	Depresie	Correlation Coefficient	,281*	-,210	,037	,018	,005	,575**	,483**
		Sig. (2-tailed)	,048	,143	,799	,899	,972	,000	,000
		N	50	50	50	50	50	50	50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

Tabelul A.11.5. Corelația dintre stările nevrotice la copil și funcția reflexivă la mame (Corelația Spearman)

			Pre-mentalizare	Certitudine cu privire la stările mentale	Interes și curiozitate cu privire la stările mentale
Spearman's rho	Anxietate de separare	Correlation Coefficient	,195	,016	,327*
		Sig. (2-tailed)	,175	,913	,021
		N	50	50	50
	Anxietate generalizată	Correlation Coefficient	-,033	-,315*	-,226
		Sig. (2-tailed)	,819	,026	,114
		N	50	50	50
	Atacuri de panică	Correlation Coefficient	,076	,012	-,039
		Sig. (2-tailed)	,598	,936	,790
		N	50	50	50
	Fobie socială	Correlation Coefficient	-,031	,009	,051
		Sig. (2-tailed)	,833	,951	,723
		N	50	50	50
	Tulburare obsesiv-compulsivă	Correlation Coefficient	,236	-,186	-,409**
		Sig. (2-tailed)	,099	,195	,003
		N	50	50	50

	Depresie	Correlation Coefficient	,228	,082	-,128
		Sig. (2-tailed)	,111	,571	,374
		N	50	50	50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

Tabelul A.11.6. Corelația dintre factorii de personalitate la copil și dimensiunile narcisice și stima de sine la mame (Corelația Spearman)

			Exploatare	Auto-sacrificiu	Fantezii grandioase	Stimă de sine instabilă	Ascunderea sinelui	Devalorizare	Furie narcisică	Stima de sine (ROSENBERG)
Spearman's rho	Factorul A	Correlation Coefficient	-,038	-,007	-,300*	-,128	,082	-,393**	-,422**	,232
		Sig. (2-tailed)	,794	,960	,034	,377	,574	,005	,002	,105
		N	50	50	50	50	50	50	50	50
	Factorul B	Correlation Coefficient	-,178	,108	,111	,152	,092	-,210	-,093	,058
		Sig. (2-tailed)	,217	,457	,444	,293	,523	,143	,519	,687
		N	50	50	50	50	50	50	50	50
	Factorul C	Correlation Coefficient	-,252	-,176	-,554**	-,464**	-,348*	-,334*	-,295*	,485**
		Sig. (2-tailed)	,078	,221	,000	,001	,013	,018	,038	,000
		N	50	50	50	50	50	50	50	50

	Factorul D	Correlation Coefficient	,141	-,066	,252	,255	-,098	,354*	,446**	-,191
		Sig. (2-tailed)	,330	,648	,077	,074	,497	,012	,001	,185
		N	50	50	50	50	50	50	50	50
	Factorul E	Correlation Coefficient	,086	,037	,158	-,009	-,085	-,064	-,027	-,090
		Sig. (2-tailed)	,553	,800	,272	,950	,559	,660	,854	,534
		N	50	50	50	50	50	50	50	50
	Factorul F	Correlation Coefficient	-,316*	,267	,065	,116	,002	-,184	-,057	,079
		Sig. (2-tailed)	,025	,061	,653	,424	,988	,200	,695	,583
		N	50	50	50	50	50	50	50	50
	Factorul G	Correlation Coefficient	,075	-,124	-,180	,115	-,033	,233	,150	-,286*
		Sig. (2-tailed)	,604	,393	,211	,426	,822	,103	,298	,044
		N	50	50	50	50	50	50	50	50
	Factorul H	Correlation Coefficient	-,066	-,331*	-,401**	-,369**	-,298*	-,278	-,176	,497**
		Sig. (2-tailed)	,649	,019	,004	,008	,035	,051	,220	,000

		N	50	50	50	50	50	50	50	50
	Factorul I	Correlation Coefficient	-,330*	,288*	,080	-,020	,150	-,122	-,343*	,070
		Sig. (2-tailed)	,019	,042	,583	,890	,298	,400	,015	,628
		N	50	50	50	50	50	50	50	50
	Factorul O	Correlation Coefficient	,300*	,192	,313*	,309*	-,073	,173	,338*	-,173
		Sig. (2-tailed)	,034	,181	,027	,029	,617	,228	,016	,229
		N	50	50	50	50	50	50	50	50
	Factorul Q3	Correlation Coefficient	-,044	-,249	-,248	-,275	-,128	,119	-,032	-,002
		Sig. (2-tailed)	,762	,082	,082	,053	,376	,410	,828	,989
		N	50	50	50	50	50	50	50	50
	Factorul Q4	Correlation Coefficient	-,076	,266	,287*	,244	,092	,024	,083	-,020
		Sig. (2-tailed)	,601	,062	,043	,087	,526	,869	,568	,892
		N	50	50	50	50	50	50	50	50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

Tabelul A.11.7. Corelația dintre factorii de personalitate la copil și funcția reflexivă la mame (Corelația Spearman)

			Pre-mentalizare	Certitudine cu privire la stările mentale	Interes și curiozitate cu privire la stările mentale
Spearman's rho	Factorul A	Correlation Coefficient	-,053	-,292*	-,159
		Sig. (2-tailed)	,716	,039	,270
		N	50	50	50
	Factorul B	Correlation Coefficient	-,135	-,153	-,023
		Sig. (2-tailed)	,351	,288	,873
		N	50	50	50
	Factorul C	Correlation Coefficient	-,163	,058	,150
		Sig. (2-tailed)	,257	,689	,298
		N	50	50	50
	Factorul D	Correlation Coefficient	,050	,063	,100
		Sig. (2-tailed)	,729	,666	,490
		N	50	50	50
	Factorul E	Correlation Coefficient	-,019	-,073	,094
		Sig. (2-tailed)	,894	,613	,516
		N	50	50	50
	Factorul F	Correlation Coefficient	,025	-,184	,157
		Sig. (2-tailed)	,862	,201	,275
		N	50	50	50

	Factorul G	Correlation Coefficient	,065	-,112	-,105
		Sig. (2-tailed)	,653	,438	,467
		N	50	50	50
	Factorul H	Correlation Coefficient	-,374**	-,092	,070
		Sig. (2-tailed)	,007	,525	,629
		N	50	50	50
	Factorul I	Correlation Coefficient	-,039	-,058	,147
		Sig. (2-tailed)	,787	,687	,309
		N	50	50	50
	Factorul O	Correlation Coefficient	,088	,340*	,290*
		Sig. (2-tailed)	,543	,016	,041
		N	50	50	50
	Factorul Q3	Correlation Coefficient	,127	-,161	-,046
		Sig. (2-tailed)	,380	,265	,752
		N	50	50	50
	Factorul Q4	Correlation Coefficient	-,019	,069	,232
		Sig. (2-tailed)	,895	,634	,105
		N	50	50	50

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

Anexa 12. Materialul obținut în baza interviurilor semistructurate aprofundate realizate cu mamele

Tabelul A.12.1. Datele materialului psihologic repartizat conform imaginii de sine a părintelui ca și copil

Imaginea de sine	Răspunsuri
Copil confruntat cu emoții negative și traume (21 răspunsuri)	1. *„eram un copil destul de deprimat și retras”* 2. *„un copil chinuit, de la țară”.* 3. *„nu ieșeam din vorba părinților”* 4. *„mă simțeam singură și fără prieteni. Voiam mult să fiu văzută și să impresionez.”* 5. *„eram foarte fricoasă, cred că mă temeam de orice”* 6. *„un copil trist, așa m-aș descrie”* 7. *„supusă și ascultătoare”* 8. *„un copil traumatizat, care a simțit și a văzut prea multe”* 9. *„neîncrezută, fricoasă, răbdătoare, supusă. Învățam și participam la olimpiade”* 10. *„tindeam să mă izolez, îmi plăcea să fiu singură”* 11. *„mi se spunea adesea că sunt prea sensibilă, luam totul la inimă.”* 12. *„am avut o copilărie singuratică, îmi făceam greu prieteni”* 13. *„eram sensibilă și emoțională, luam lucrurile prea personal”* 14. *„pasivă, evitam să particip la activități sau jocuri”* 15. *„mi se reproșa că sunt leneșă, evitam responsabilitățile”* 16. *„mă simțeam adesea nedreptățită, chiar și când nu era cazul”* 17. *„rușinoasă, deseori îmi era frică să nu mă fac de rușine”* 18. *„mă simțeam adesea exclusă la școală și în ogradă”* 19. *„tindeam să fiu neîncrezută, vedeam partea negativă a lucrurilor”* 20. *„eram sensibilă, orice comentariu negativ mă afecta profund”* 21. *„eram un copil singuratic, însă eram foarte legată de bunici, petreceam mult timp cu ei”*

Copil competitiv și rebel (12 răspunsuri)	1. *„îmi plăcea să mă bat cu băieții din mahala”* 2. *„eram rea și neastâmpărată, foarte energică”* 3. *„eram adesea geloasă pe atenția primită de frații mei”* 4. *„eram liderul grupului de prieteni, mereu organizam jocurile și năzbâtiile”* 5. *„eram destul de egoistă, voiam întotdeauna să am lucrurile doar pentru mine”* 6. *„manipulatoare, încercam să-mi fac părinții să facă ce vreau eu”* 7. *„eram rebelă, nu îmi plăcea să mi se spună ce să fac”* 8. *„aveam o atitudine de superioritate, credeam că sunt mai bună decât ceilalți copii”* 9. *„destul de critică cu ceilalți, găseam greșeli peste tot”* 10. *„eram încăpățânată, refuzam să ascult sau să schimb punctul de vedere”* 11. *„aveam momente când eram extrem de impulsivă, fără să mă gândesc la consecințe”* 12. *„mă consideram neascultătoare și îmi era greu să accept autoritatea”*
Copil idealizat (11 răspunsuri)	1. *„îmi aduc aminte că eram foarte grijulie cu frații mai mari”* 2. *„eram un copil fericit, cu o copilărie fericită”* 3. *„îmi plăcea să mă joc, eram foarte energică”* 4. *„eram cea mai bună din clasă, foarte inteligentă”* 5. *„mă descurcam în toate, eram foarte îndemânatică”* 6. *„un copil bun și săritor la nevoie, prietenoasă veselă și hazlie”* 7. *„eram foarte independentă, îmi plăcea să explorez singură totul în jur”* 8. *„mi-am petrecut mult timp citind cărți și visând cu ochii deschiși”* 9. *„mi se spunea că sunt matură pentru vârsta mea, eram foarte responsabilă”* 10. *„eram sociabilă, îmi plăcea să fiu înconjurată de oameni”* 11. *„visătoare, îmi imaginam că voi schimba lumea”*

Imagine de sine realistă/ ambivalentă (6 răspunsuri)	1. *„un copil ca toți copii, uneori rău, alteori bun”* 2. *„am fost un copil responsabil, comunicabil, empatic, prietenos. Nu iubeam să stau singură”.* 3. *„eram un copil nu prea frumos, în schimb eram foarte curioasă”* 4. *„eram veselă și îmi plăcea să învăț. Deși eram ascultătoare, mi se spunea că sunt încăpățânată”* 5. *„eram un copil nezbâtios și în același timp prietenoasă, veselă, sociabilă”* 6. *„părinții spuneau că sunt încăpățânată, dar și ascultătoare”*

Tabelul A.12.2. Datele materialului psihologic repartizat conform imaginii de sine a părintelui în rolul parental

Imaginea de sine	Exemple de răspunsuri
Părinte suprasolicitat și confruntat cu emoții negative (16 răspunsuri)	1. *„l-am lăsat multă vreme cu buncii, eu cu soțul fiind plecați peste hotare”* 2. *„sunt o mamă obosită, epuizată și deprimată”* 3. *„nu sunt o mamă foarte bună, dar mai bună decât părinții mei”* 4. *„un părinte nu chiar bun, deoarece nu prea îi ofer atenție din cauza lucrului”* 5. *„chinuită și pedepsită de viață”* 6. *„sunt o mamă singură, care este obligată să-și crească cei doi copii”* 7. *„cred că sunt fricoasă și nu îmi permit să mă impun mai mult”* 8. *„sunt un părinte rău, nu am verticalitate, nu am tărie de caracter, simt că nu am contact cu copilul”* 9. *„admit că îmi este greu să-mi exprim afecțiunea, sunt rece”* 10. *„am momente când sunt prea centrata pe mine”* 11. *„uneori, pot fi prea pasivă, pentru evita conflictul și nu stabilesc destule limite”* 12. *„sunt conștientă că uneori evit responsabilitățile”*

	13. *„uneori, sunt prea preucupată cu lucrul și nu acord destulă atenție”* 14. *„lupt cu sentimentele de singurătate și încerc să mă asigur că copilul meu se simte întotdeauna inclus și iubit”* 15. *„sunt pesimistă și depresivă, iar asta influențează atmosfera din casă”* 16. *„sensibilitatea mea profundă îmi face uneori greu să gestionez criticile care vin din partea copilului sau soțului”*
Părinte reactiv și autoritar (9 răspunsuri)	1. *„sunt foarte impulsivă uneori, îl lovesc sau îi spun lucruri neplăcute, mă simt foarte vinovată”* 2. *„sunt severă”* 3. *„sunt conștientă că uneori comportamentul meu poate fi manipulativ”* 4. *„încerc să nu fiu autoritară”* 5. *„recunosc că am o tendință de a supraevalua, din cauza propriului meu simț al superiorității”* 6. *„încăpățânarea mea este o barieră în comunicarea cu copilul meu”* 7. *„faptul că sunt impulsivă afectează relația cu copilul meu”* 8. *„probabil sunt cam aspră, încerc deseori să îmi impun copilul să fie mai sociabil și deschis”* 9. *„pot fi prea severă și autoritară”*
Părinte idealizat (15 răspusuri)	1. *„sunt un părinte minunat, îi ofer copilui meu mult mai multe lucruri decât aveam eu în copilărie”* 2. *„sunt foarte grijulie cu copilul meu”* 3. *„sunt o mamă bună, copilul pentru mine este totul”* 4. *„o mamă protectivă, niciodată nu o să-mi abandonez copilul, nici în momentele cele mai grele”* 5. *„foarte protectivă, îmi fac griji să nu pățească ceva rău”* 6. *„sunt o mamă foarte atașată, nu pot să o las singură, nu am încredere în nimeni”*

	7. *,,mă stărui să îi ofer o copilărie bună, diferită de cea pe care am avut-o eu"* 8. *,,responsabilă, hiperprotectivă și grijulie, un părinte devotat"* 9. *,,sunt un părinte curios și încurajez curiozitatea copilului meu, așa cum mi-aș fi dorit să fi fost eu încurajată"* 10. *,,recunosc că sunt uneori prea protectoare"* 11. *,,sunt un părinte care pune mare accent pe educație și lectură"* 12. *,,un părinte bun, ofer încurajare și siguranță"* 13. *,,sunt extrem de sensibilă la nevoile copilului meu"* 14. *,,mă străduiesc să fiu mereu corectă cu cei din jur"* 15. *,,sunt o mamă care valorizează maturitatea și responsabilitatea"*
Părinte suficient de bun/realist (10 răspunsuri)	1. *,,încerc să fiu bună, dar nu îmi reușește întotdeauna"* 2. *,,sunt o mamă suficient de bună, doar că petrec mai puțin timp cu copii. Uneori pun limite prea slabe"* 3. *,,bună și prietenoasă"* 4. *,,sunt o mamă bună și iubitoare"* 5. *,,mă stărui să ofer independență, dar recunosc că uneori greșesc oferind prea multă libertate"* 6. *,,sunt un părinte care încurajează exprimarea emoțiilor, învățând din propria mea dificultate de ale exprima"* 7. *,,pot fi prea critică, încerc să învăț să ofer mai multă afecțiune"* 8. *,,îmi propun să ofer copilului meu un sentiment de siguranță și stabilitate"* 9. *,,valorizez timpul petrecut împreună, mă strădui să fiu o mama bună"* 10. *,,consider că sunt o mama relativ bună, care își iubește copilul"*

Tabelul A.12.3. Datele materialului psihologic repartizat conform relației cu propria mamă

Categorie mame	Răspunsuri
Mamă idealizată (22 răspunsuri)	1. *„mama era o ființă foarte gingașă și răbdătoare”* 2. *„mereu îmi era alături când eram copil, chiar și acum mă susține și mă simt copil în preajma ei”* 3. *„mi-o amintesc ca pe un înger, foarte recunoscătoare îi sunt că ma educat bine, păcat că nu mai este în viață”* 4. *„harnică, cumpătată, liniștită și mereu la datorie”* 5. *„o mamă model, un exemplu este pentru mine, mereu încerc să fiu ca ea”* 6. *„aveam relație foarte bună. A fost o mamă cuminte, mereu m-a învățat lucruri bune”* 7. *„cu mama era relația deschisă, mama e comunicabilă, credulă, muncitoare”* 8. *„este o fire puternică, iubitoare și săritoare la nevoie, aveam o relație bunișoară”.* 9. *„mama era bună, ocrotitoare și o femeie puternică. Relația dintre noi două era bună”* 10. *„era visătoare și plină de imaginație, îi plăcea să citească, cred că de la ea am pasiunea asta”* 11. *„independența ei m-a învățat să fiu puternică, dar și să mă maturizez prea devreme”* 12. *„era foarte bună și înțelegătoare”* 13. *„era sociabilă și deschisă”* 14. *„se autosacrifica pentru toți, mai puțin de ea avea grijă”* 15. *„avea standarde înalte, ceea ce m-a motivat, dar și a pus presiune să fiu mereu cea mai bună”* 16. *„aș descrie că era muncitoare, activă și energică”* 17. *„sentimentul ei de dreptate m-a învățat să lupt pentru ceea ce e corect”*

	18. *,,era bravo, responsabilă și sociabilă”* 19. *,,gospodină, mereu avea grijă fim îmbrăcați și hrăniți bine”* 20. *,,cea mai puternică femeie pe care am cunoscut-o”* 21. *,,creativă, gingașă și bună la suflet”* 22. *,,gospodină, muncitoare și fidelă tatălui”*
Mamă ambivalentă (4 răspunsuri)	1. *,,relația era bunișoară. Mama era bună, însă și severă”* 2. *,,o mamă ca toate mamele, nici foarte bună, nici foarte rea”* 3. *,,era o femeie bună și încăpățânată”* 4. *,,imprevizibilă și încăpățânată, dar și sufletistă”*
Mamă neglijentă (13 răspunsuri)	1. *„era cam neglijentă, mereu sora mai mare trebuia să aibă grijă de mine”* 2. *„nu-mi amintesc ca aceasta să mă fi îmbrățișat, alintat, era cam rece și distantă”* 3. *„era foarte supusă și fidelă tatălui”* 4. *„era indiferentă, nu prea își dădea interes despre cum mă simțeam, nu se preocupa de mine”* 5. *„nu prea îmi amintesc cum era, a murit când aveam 5 ani”* 6. *„niciodată nu am simțit că mama m-a iubit”* 7. *,,cu mama relația era rece, nu comunicăm, mereu are reproșuri”* 8. *,,mama era independentă, uneori se aștepta să fiu la fel de autonomă, chiar și când aveam nevoie de ajutor”* 9. *,,tindea să fie preocupată de frații mai mici, ceea ce m-a făcut să mă simt neglijată când aveam mai multă nevoie de atenție”* 10. *,,era calmă și evita conflictul, ceea ce uneori însemna că problemele importante nu erau niciodată discutate”* 11. *,,cam absentă și stresată, trebuia să aibă grijă de sora mea mai mică și bolnavă”* 12. *,,era deseori tristă și nemulțumită de viață”* 13. *,,pesimistă și negativistă, simțeam că nu era fericită”*

Mamă reactivă și autoritară (11 răspunsuri)	1. *„foarte violentă și agresivă, îmi era foarte frică de ea”* 2. *„o mamă teribilă, mi-a ruinat toată copilărie, nici nu vreau să-mi amintesc”* 3. *„voia să fiu copilul perfect, cuminte, ascultător și să învăț perfect”* 4. *„foarte severă și punitivă, mereu mă verfica”* 5. *„mama era cam severă în copilărie, relația nu era bună”* 6. *„era autoritară și mereu avea planuri și idei ce mai era de făcut pe acasă”* 7. *„deseori cam nervoasă și preocupată de gospodărie”* 8. *„încerca deseori să fie autoritară, dar nu-i reușea”* 9. *„era critică, ceea ce m-a învățat să fiu atentă la detalii, dar și să mă îndoiesc de propriile mele idei”* 10. *„de fire cam impulsivă și cu puțină răbdare."* 11. *„protectivă și deseori îmi punea mie și fratelui restricții”*

Tabelul A.12.4. Datele materialului psihologic repartizat conform relației cu propriul tată

Categorie tați	Răspunsuri
Tată idealizat (20 răspunsuri)	1. *„un tată iubitor și familist”* 2. *„mereu îmi oferea sfaturi bune și o educație foarte democratică”* 3. *„foarte gospodar și disciplinat, ne înțelegeam de minune, cred că lui îi seamăn”* 4. *„cred că era cel mai respectat din sat, foarte bravo, multe m-a învățat”* 5. *„responsabil, grijuliu și afectos, avem o relație foarte apropiată”* 6. *„tata e foarte sufletist și cuminte”* 7. *„era foarte bun”* 8. *„relația cu tata era foarte bună, este un tată foarte bun”* 9. *„un om bun”* 10. *„tata era harnic, curajos și respectat”* 11. *„era extrem de sensibil și înțelegător”*

	12. *,,era calm chiar și în situațiile complicate, puternic la caracter”* 13. *,,era sociabil și deschis, prietenos și săritor la nevoie cu toți”* 14. *,,empatic și înțelegător, însă din cauza asta deseori era folosit de oameni”* 15. *,,bun la suflet, calm, îi place liniștea”* 16. *,,avea principii, este sociabil și prietenos”* 17. *,,era un tată bun și cuminte”* 18. *,,îi plăce munca și se străduia să avem de toate”* 19. *,,avea standarde înalte, era religios și era foarte corect”* 20. *,,cuminte și grijuliu”*
Tată ambivalent (7 răspunsuri)	1. *„era mai sever decât mama, dar foarte corect și înțelegător”* 2. *„era autoritar, dar îi sunt recunoscătoare că m-a educat bine și am ajuns cine sunt”* 3. *,,pe tata l-am iubit, dar el era mereu la lucru. Tata era blând, sufletist, iubitor, gingaș, înțelegător, darnic”* 4. *,,era un tată bun, responsabil, deși era aspru și sever”* 5. *,,ca și mama avea așteptări înalte, era foarte important pentru el să devin cineva, în același timp susținea orice inițiativă”* 6. *,,se străduia să fie bun și înțelegător, dar în mare parte era preocupat de lucru și bani”* 7. *,,un tată bun, dar și autoritar”*
Tată neglijent (14 răspunsuri)	1. *„a murit de tânăr, iubea alcoolul mai mult decât pe noi”* 2. *„nu am știu ce înseamnă dragostea de tată și protecția, era un egoist”* 3. *„nu i-am simțit prezența, era foarte deprimat și închis în sine, rareori povestea ceva”* 4. *„tata a decedat de cancer, când eu aveam 3 ani, nu îmi amintesc nimic despre el”* 5. *,,îmi era ca un străin, niciodată nu am simțit o apropiere dintre noi doi”*

	6. *,,cu tata relația era conflictuală. El este o fire rece, nesociabil, introvert și iubește odihna”* 7. *,,își petrecea mult timp la lucru, era preocupat de partea financiara mult”* 8. *,,avea tendința de a se izola, preferând să fie singur”* 9. *,,tatăl meu era destul de egoist, își punea nevoile pe primul loc, ceea ce uneori ne lăsa pe noi, familia, pe al doilea plan”* 10. *,,mereu ocupat și implicat în proiectele sale, inspirându-mă să fiu independentă”* 11. *,,independent, puțin se implica în educația mea”* 12. *,,rece și distant, îi plăcea munca și singurătatea”* 13. *,,sociabil, îi plăceu petrecerile și ieșirile cu prietenii”* 14. *,,a decedat când aveam doi ani, nu știu ce să spun despre el”*
Tată reactiv și autoritar (9 răspunsuri)	1. *„era un nimic, în fiecare seară venea beat și o bătea pe mama, ne teroriza pe toți”* 2. *„era nervos, îi plăce disciplina și liniștea”* 3. *,,dur și violent, atât cu mine și cu sora, cât și cu mama, mare frică aveam de el”* 4. *,,era deseori gelos pe atenția pe care mama o acorda altora, inclusiv nouă, copiilor, ceea ce uneori crea tensiuni în familie”* 5. *,,era impulsiv, își pierdea repede răbdarea și devenea distant”* 6. *,,tata făcea ce dorea, cam rebel la caracter, avea probleme și cu alcoolul”* 7. *,,era sever și îi plăcea ordinea”* 8. *,,tata consuma alcool, nu contribuia la familie, era agresiv și deseori era scandal acasă”* 9. *,,nu iubea să fie criticat, era nervos și încăpățânat”*

Tabelul A.12.5. Datele materialului psihologic repartizat în funcție de reprezentarea mamei asupra propriului copil

Imaginea copilului	**Exemple de răspunsuri**
Idealizată (13 răspunsuri)	*1. „foarte grijuliu și afectiv. Mă ajută mult prin casă și stă cu fiul meu cel mai mic. Învață foarte bine și mă mândresc cu el”* *2. „un băiat foarte gingaș. Mereu este cu mine. Facem multe lucruri împreună”* *3. ,,este educat și ascultător, dă dovadă de seriozitate și ambiție la învățătură”* *4. ,,am un copil minunat. Este viața mea, nu știu ce m-aș face fără el”* *5. ,,este o fire obiectivă, empatică, emotivă și prietenoasă”* *6. ,,băiatul meu este un lider”* *7. ,,are o imaginație bogată și este creativ”* *8. ,, grijuliu și empatic, mereu își face griji pentru alții”* *9. ,,este un copil sincer, spune întotdeauna adevărul”* *10. ,,este foarte mândru și încrezător în sine, calități de lider. Pentru el este important să fie cel mai bun din clasă”* *11. ,,responsabil, cuminte și inteligent”* *12. ,,îi place să ajute și să fie util”* *13. ,,este foarte determinat și ambițios, vrea să reușească în tot ce începe”*
Ambivalentă (10 răspunsuri)	*1. ,,un băiat foarte bravo, afectiv, cu inima mare, foarte sociabil. Păcat că este foarte fricos, în special se teme de mașini și câini”* *2. ,,foarte ascultătoare, afectivă și blândă. Uneori mai face șotii, dar nu mă afectează”* *3. ,,băiatul meu este tare bravo. Niciodată nu îmi întoarce vreun cuvânt. Este disciplinat și organizat. Unicul lucru care mă deranjează e faptul că e izolat de cei din jur, greu își face pieteni”* *4. ,,foarte naiv, foarte sensibil, neîncrezut în sine, prietenos”* *5. ,,emotivă, mereu cu emoții, atât pozitive, cât și negative”* *6. ,,fiica mea este singuratică, emotivă și comunicativă”*

	7. *,,este un copil bun și foarte frumos. Este ascultător și încăpățânat în același timp”* 8. *,,este un băiat vesel, prietenos, bun, dar și foarte timid și retras”* 9. *,,este anxios, îi este frică de schimbări sau situații noi. E empatic și atent la nevoile celorlalți”* 10. *,,este foarte dezvoltat pentru vârsta lui, uneori este prea serios”*
Devalorizată (27 răspunsuri)	1. *,,este un copil foarte rău. Deloc nu mă ascultă, foarte rău învață, nu am nici o bucurie de la el”* 2. *,,este alintată fiica asta a mea. Dacă eu soțul nu-i facem poftele, face o isterie că nu putem rezista și îi satisfacem toate dorințele”* 3. *,,obraznic și nerespectos. Poate să mă înjure cu diferite prostii. Strigă la mine, chiar m-a lovit de câteva ori”* 4. *,,un copil depresiv, închis în sine și puțin sociabil. Îmi fac mari griji pentru el”* 5. *,,neastâmpărat și obraznic. Îmi răspunde înapoi, nu mă ascultă, am impresia că nu are nicio limită. Totuși simt că mă iubește, deseori îi pare rău de ceea ce face”* 6. *,,este neatent, de parcă trăiește în altă lume, am impresia că nu se află în realitate, dar plutește pe undeva”* 7. *,,este foarte fricoasă și sperită. La școală este timidă, nu are prieteni. Este foarte atașată de mine”* 8. *,,este dependent de mine și soț. Nu putem să-l lăsăm la școală fără să nu plângă. Deseori când îl lăsăm la școală refuză să stea, fuge din școală, ne urmărește și insistă să meargă cu noi la lucru”* 9. *,,are tendința de a se retrage în sine când se confruntă cu probleme, evitând să le discute, nu are încredere în sine”* 10. *,,foarte sensibil la critică, reacționează exagerat la cel mai mic reproș”* 11. *,,își exprimă furia și frustrarea prin izbucniri neașteptate, greu de gestionat”* 12. *,,anxios și preocupat constant de gânduri negative, dificil de liniștit”*

	13. *,,meticulos și ordonat, încercând să controleze totul din jurul său pentru a-și calma anxietățile”* 14. *,,este adesea iritată și ușor de enervat, îmi este greu să o conving să facă ceva”* 15. *,,se teme de eșec și de a dezamăgi, ceea ce îl împiedică să încerce activități noi sau provocatoare”* 16. *,,impulsiv, reacționează fără să gândească la consecințele acțiunilor sale”* 17. *,,din cauza fricii cred că este limitat, are potențial și ar putea să facă mai multe”* 18. *,,își ascunde emoțiile până când acestea izbucnesc necontrolat, nu prea îmi povestește despre ceea ce simte”* 19. *,,deseori este agitat sau neliniștit, iar asta îl împiedică să se concentreze la școală sau în alte activități”* 20. *,,este extrem de critic cu sine, niciodată mulțumit de realizările sale”* 21. *,,are tendința de a evita situațiile provocatoare, greu își face prieteni”* 22. *,,manifestă o nevoie excesivă de aprobare și validare din partea celorlalți, ceea ce îl face să se adapteze prea mult la așteptările lor”* 23. *,,prezintă o anxietate de separare intensă, dificil de gestionat. E foarte legat de mine”* 24. *,,tăcut și timid, greu își face prieteni, este ușor copleșit de presiuni”* 25. *,,îi este deseori frică, are coșmaruri, greu se liniștește”* 26. *,,este adesea nesigur pe el, are dificultăți în a-și face prieteni noi și a încerca activități noi”* 27. *,,la fel ca și mine manifestă o rezistență scăzută la frustrare, este sensibil la critică și greșeli”*

Tabelul A.12.6 Datele materialului psihologic cu privire la reprezentările mamei pe parcursul sarcinii

Reprezentare	**Răspunsuri**
Pozitivă (22 răspunsuri)	1. *„am avut parte de o sarcină relativ ușoară. Îmi plăcea senzația de a avea pe cineva în interior. Cu tatăl meu am dorit și doresc să semene. Autoritar, bărbat în toată firea. Să mă simt protejeată în preajma lui”* 2. *„am încercat mult timp să concepem acest copil. A fost o minune când am aflat că sunt însărcintă. Simțeam un triumf și o mândrie. Îmi doream să semene cu mine și tatăl meu.”* 3. *„a fost o sarcină obișnuită. M-am simțit bine, am fost susținută de soț și de cei apropiați. Doream să semene cu părinții soțului, niște oameni de aur”* 4. *„când mă gândesc la sarcină îmi vin în minte doar lucruri plăcute. Soțul era alături, nu era plecat peste hotare. Mă simțeam protejată și iubită”* 5. *„era cea mai frumoasă perioadă din viața mea, doar aminitiri plăcute. Știam că o să depun totul în acest copil. Știam că niciodată că nu o să mă mai simt singură”.* 6. *„o perioadă plăcută și nostalgică. Cred că era cea mai fericită perioadă de relație între mine și soț. Îmi amintesc cum căutam haine, cum i-am ales numele, în cinstea mea l-am pus”* 7. *„aveam sentimente de împlinire, satisfacție și liniște în sarcină. Soțul era bucuros. Aveam fantezia că va avea regim și agendă personală cu activități”.* 8. *„a fost supriză pentru toți sarcina mea. Mi-am dorit să fie frumoasă ca mine sau mai frumoasă și să aibă o soartă bună și fericită”.* 9. *„am simțit sentimente de bucurie în sarcină. Nu era planificată sarcina. Mă gândeam cum v-a arăta și cu cine va semăna, mi-am dorit să semene cu tatăl meu”* 10. *„sarcina nu a fost planificată, dar a fost acceptată cu inimă deschisă. Speram că odată cu apariția copilului viața va prinde mai mult sens.”*

	11. *„sarcina a venit într-un moment de stabilitate în viața noastră, așa că am primit-o cu brațele deschise. Mă gândeam la un copil blând, cu inima caldă, care să aducă și mai multă iubire în familia noastră”* 12. *„această sarcină m-a prins nepregătită, dar m-am bucurat foarte mult. A devenit o nouă spreanță pentru mine. Îmi doream să fie sociabil și descurcăreț ca soțul”* 13. *„am primit vestea sarcinii cu o doză de scepticism, date fiind circumstanțele. Voiam un copil inteligent, care să facă față provocărilor vieții”* 14. *„sarcina a fost o etapă de reflecție și redescoperire. Mă gândeam la un copil care să îmi moștenească tăria de caracter”* 15. *„în timpul sarcinii, eram consumată de dorința de a avea un copil sănătos și fericit. Îmi imaginam că va prelua determinarea mea și va avea simțul umorului al soțului”* 16. *„sarcina a fost o bucurie, mă gândeam că voi avea un copil vesel și plin de viață, care să mă facă fericită. Speram să aibă determinarea și caracterul bunelului meu”* 17. *„această sarcină a fost neașteptată. Mă gândeam la un copil care va fi talentat și puternic”* 18. *„am trăit o sarcină frumoasă, visând la un copil care să aducă echilibru în viața noastră. Îmi doream să aibă ochii mei, dar să preia înțelepciunea și calmul soțului”* 19. *„era prima mea sarcină și mă simțeam copleșită de responsabilitate. Eram sigură că o să am un copil curajos și iubitor, care să ne unească și mai mult ca familie”* 20. *„sarcina a fost un motiv de bucurie. Îmi imaginam un copil blând și inteligent”* 21. *„sarcina a fost o etapă importantă în viața mea. Mă gândeam la un copil sănătos, cu o inimă mare și o minte deschisă, care să semene cu ambii părinți”*

	22. *„a fost o sarcină plină de surprize, unele mai grele decât altele, dar m-am descurcat. Îmi doream un copil sănătos, cu un spirit aventuros, care să ne aducă bucurii și să preia cele mai frumoase trăsături ale noastre”*
Mixtă (17 răspunsuri)	1. *„a fost o sarcină încărcată de frici. Mă temeam mult ca acest copil să nu se nască cu retard mintal, la fel ca și primul copil. Mereu mă îngrijoram. Îmi doream să semene cu mine și cu soțul. Că va fi cumpătat ca mine și muncitor ca tata”* 2. *„când eram însărcinată îmi făceam griji ca acesta să nu semene cu fostul soț. Îmi era frică ca acesta să nu moștenească predispoziția de schizofrenie de la soț. Doream să semene cu fratele meu mai mare, care a avut multă grijă de mine”* 3. *„nu a fost o sarcină dificilă. Eram destul de liniștită în acea perioadă, nimic nu mă tulbura. Nu a fost ceva special și nu aveam fantezii.”* 4. *„nu îmi aduc aminte ce simțeam când eram însărcinată, soțul era fericit. Știu că îmi doream mult să aibă gene mari și să semene cu mama mea”* 5. *„eram confuză când eram însărcinată, la fel și soțul. Mi-a fost greu la început să procesez asta. Deși eram într-o măsură fericită, mă temeam că va fi bolnav. Ulterior deja am început să îmi imaginez că va fi un copil frumos, deștept și sănătos”* 6. *„am fost foarte bucuroasă când am aflat că sunt însărcinată, deși nu planificasem. Am perceput că va fi foarte mic și neajutorat”* 7. *„sarcina a venit neașteptat, într-un moment dificil al vieții noastre. Aveam emoții amestecate, de fericire și teamă. Mi-am dorit ca acest copil să aducă o schimbare pozitivă în viața noastră”* 8. *„această sarcină a fost o surpriză. La început, eram copleșită de gândul responsabilității. Îmi imaginam un copil energic”.* 9. *„a fost o perioadă plină de încercări, având complicații medicale. Visam la un copil puternic, capabil să depășească orice obstacol. Îmi doream să aibă determinarea mea și echilibrul emoțional al soțului”*

	10. *,,sarcina a fost un munte de emoții, de la bucurie la frică. Îmi imaginam un copil curajos și să aibă opusul caracterului meu”* 11. *,,a fost o sarcină plină de incertitudini. Îmi doream un copil deschis la minte, curios, care să exploreze lumea cu aceeași pasiune pe care o avem noi, părinții”* 12. *,,am trăit o sarcină tensionată, cu multe griji financiare. Îmi doream copilul să semene cu tatăl meu, liniștit și cuminte”* 13. *,,sarcina a fost, cu speranțe și temeri. Mă gândeam la un copil sănătos și care îmi va fi alături”* 14. *,,a fost o perioadă de schimbare, sarcina venind după o pierdere. Aveam speranțe mari pentru acest copil, să fie sănătos, să aducă pace și să aibă caracterul blând al soțului”* 15. *,,sarcina a fost un parcurs emoțional complicat, marcat de teama de necunoscut. Îmi imaginam un copil afectos, sănătos și liniștit”* 16. *,,am primit vestea sarcinii cu un amestec de bucurie și anxietate, îngrijorată de viitor. Mă gândeam la un copil sociabil și activ ca mine și părinții mei”* 17. *,,sarcina a venit într-un moment dificil, dar a adus speranță. Îmi doream un copil înțelegător și empatic, care să semene cu soțul, să fie calm și pozitiv ca el”*
Negativă (11 răspunsuri)	1. *,,aveam diferite idei groaznice, îmi era frică să nu se nască cu unele malformații sau cu vreun sindrom. Îmi doream să fie ca mine, gospodină, disciplinată, dar din păcate nu e așa, s-a aruncat în neamul lui taică-su”* 2. *,,a fost o sarcină foarte dificilă. Îmi era frică să nu-l pierd. Îmi imaginam că o să-l nasc mort. A fost a doua mea sarcină, de la al doilea soț. Voiam ca totul să fie perfect.”* 3. *,,am avut o sarcină foarte grea, din punct de vedere emoțional. Ca deobicei soțul era plecat și numai la asta mă gândeam. Îmi spuneam că copilul acesta îmi va suplini singurătatea. Doream să semene cu mine, să fie la fel de fidel.”*

	4. *„în perioada sarcinii am trăit multe momente neplăcute. Soțul era dependent de jocuri de noroc, lua banii din casă, eram plini de datorii. Aunci am început să mă gândesc la divorț. Din cauza stresului mă temeam să nu pierd copilul, să nasc un copil mort.”* 5. *„prima sarcină a fost bună, în comparație cu a doua, în care mi-a murit bebelușul după doua zile. În prima sarcină chiar și soțul era mai grijuliu. Mă gândeam că copilul o să-l facă mai fericit, dar nu a fost să fie așa”* 6. *„la fel ca toată viața mea, a fost teribil. Chiar și când eram însărcinată soțul venea beat acasă și mă bătea. Mă gândeam deseori că mai bine nu rămăneam gravidă, că mai bine avortam. Îmi este frică să nu semene cu el”* 7. *„o sarcină complicată, am simțit neliniște multă, a fost un copil foarte așteptat de mine și soț. Nu mi-am imaginat cu cine să semene. Îl vedeam foarte mic, s-a născut de 2,6 kg, mă temeam să nu îl scap din mâini.”* 8. *„era a treia mea sarcină și eram plină de anxietate, temându-mă să nu repet greșelile trecutului. Mă gândeam constant la sănătatea copilului. Îmi imaginam că va avea ochii soțului.”* 9. *„m-am speriat mult, deoarce știam că viața se va schimba mult și că nu o să am destul timp pentru mine. Nu voiam să semene cu soacra, dar nici cu părinții mei”* 10. *„eram neliniștită pe durata sarcinii, temându-mă de impactul pe care îl va avea asupra carierei mele. Visam la un copil independent, care să aibă încredere în propriile forțe”* 11. *„m-am speriat foarte tare, nu planificasem. Îmi era dificil să îmi imaginez cum va arăta sau cum va fi, ceea ce mă preocupa era cum o să mă descurc”*

Anexa 13. Analiza statistică a asocierilor dintre imaginea de sine a mamelor, reprezentările parentale și percepțiile asupra propriului copilului, în urma aplicării testului exact Fisher

		Imagine de sine a mamei ca și părinte				Total
		Părinte suprasolicitat și confruntat cu emoții negative	Părinte reactiv și autoritar	Părinte idealizat	Părinte suficient de bun/realist	
Imagine de sine a mamei ca și copil	Copil confruntat cu emoții negative și traume	13	0	5	3	21
	Copil competitiv și rebel	2	7	2	1	12
	Copil idealizat	1	2	6	2	11
	Imagine de sine realistă/ ambivalentă	0	0	2	4	6
Total		16	9	15	10	50

Fisher Exact Test		
	Value	Exact Sig. (2-sided)
Fisher-Freeman-Halton Exact Test	29,903	,000
N of Valid Cases	50	

		Reprezentările mamelor asupra propriei mame				Total
		Mama idealizată	Mama ambivalentă	Mama neglijentă	Mamă reactivă și autoritară	
Imagine de sine a mamei ca și părinte	Părinte suprasolicitat și confruntat cu emoții negative	4	1	9	2	16
	Părinte reactiv și autoritar	4	1	1	3	9
	Părinte idealizat	8	0	3	4	15
	Părinte suficient de bun/realist	6	2	0	2	10
Total		22	4	13	11	50

Fisher Exact Test		
	Value	Exact Sig. (2-sided)
Fisher-Freeman-Halton Exact Test	14,837	,051
N of Valid Cases	50	

		Reprezentările mamelor asupra propriului tată				Total
		Tată idealizat	Tată ambivalent	Tată neglijent	Tată reactiv și autoritar	
Imagine sine ca și părinte	Părinte suprasolicitat și confruntat cu emoții negative	3	4	6	3	16
	Părinte reactiv și autoritar	4	2	1	2	9
	Părinte idealizat	5	0	6	4	15
	Părinte suficient de bun/realist	8	1	1	0	10
Total		20	7	14	9	50

Fisher Exact Test		
	Value	Exact Sig. (2-sided)
Fisher-Freeman-Halton Exact Test	15,267	,051
N of Valid Cases	50	

		Reprezentările mamelor asupra copilului imaginat			Total
		Pozitivă	Mixtă	Negativă	
Reprezentările mamelor asupra propriului copil	Idealizată	8	5	0	13
	Ambivalentă	2	4	4	10
	Devalorizată	12	8	7	27
Total		22	17	11	50

Fisher Exact Test		
	Value	Exact Sig. (2-sided)
Fisher-Freeman-Halton Exact Test	7,660	,095
N of Valid Cases	50	

Anexa 14. Semnificațiile diferențelor pentru variabilele cercetării ale demersului formativ după testul nonparametric Wilcoxon

Tabel A.14.1. Semnificațiile diferențelor pentru dimensiunile narcisice între rezultatele mamelor din grupul experimental test și retest după testul Wilcoxon

	Exploatare test Exploatarea retest	Auto-sacrificiu test Auto-sacrificiu retest	Fantezii grandioase test Fantezii grandioase retest	Stima de sine instabilă test Stima de sine instabilă retest	Ascunderea Sinelui test Ascunderea Sinelui retest	Devalorizare test Devalorizare retest	Furie narcisică test Furie narcisică retest
Z	-2,816[b]	-2,937[b]	-2,524[b]	-3,061[b]	-3,059[b]	-3,059[b]	-3,059[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	,005	,003	,012	,002	,002	,002	,002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on positive ranks.

Tabel A.14.2. Semnificațiile diferențelor pentru stima de sine între rezultatele mamelor din grupul experimental test și retest după testul Wilcoxon

	Stima de sine test Stima de sine retest
Z	2,451[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	,014

a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on positive ranks.

Tabel A.14.3. Semnificațiile diferențelor pentru funcțiile reflexive între rezultatele mamelor din grupul experimental test și retest după testul Wilcoxon

	Pre-mentalizare test Pre-mentalizare retest	Interese și curiozitate cu privire la stările mentale test Interese și curiozitate cu privire la stările mentale retest	Certitudine cu privire la stările mentale test Certitudine cu privire la stările mentale retest
Z	-2,711[b]	2,157[c]	,802[c]
Asymp. Sig. (2-tailed)	,007	0,31	,423

a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on positive ranks
c. Based on negative ranks

Tabel A.14.4. Semnificațiile diferențelor pentru stările nevrotice între rezultatele copiilor din grupul experimental test și retest după testul Wilcoxon

	Anxietate de separare test Anxietate de separare retest	Anxietate generalizată test Anxietate generalizată retest	Atacuri de panică test Atacuri de panică retest	Fobie socială test Fobie socială retest	Tulburare obsesiv-compulsivă test Tulburare obsesiv-compulsivă retest	Depresie test Depresie retest
Z	-3,076[b]	-2,985[b]	-1,890[b]	-2,834[b]	-1,890[b]	-2,971[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,003	,059	,005	,059	,003

a. Wilcoxon Signed Ranks Test
b. Based on positive ranks
c. Based on negative ranks

Tabel A.14.5. Semnificațiile diferențelor pentru factorii de personalitate între rezultatele copiilor din grupul experimental test și retest după testul Wilcoxon

	A test A retest	B test B retest	C test C retest	D test D retest	E test E retest	F test F retest	G test G retest	H test H retest	I test I retest	O test O retest	Q3 test Q3 retest	Q4 test Q4 retest
Z	,378[b]	,447[b]	2,859[b]	-2,547[c]	,359[b]	,447[b]	1,414[b]	1,611[b]	-,812[c]	-3,082[c]	1,134[b]	-3,126[c]
Asymp. Sig. (2-tailed)	,705	,655	,004	,011	,719	,655	,157	,107	,417	,002	,257	,002

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks

c. Based on negative ranks

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnatul, Cașcaval Ion, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Cașcaval Ion

Semnătura 

Data 06.05.2025

CURRICULUM VITAE

Numele/prenumele: Cașcaval Ion
Data și locul nașterii: 27.10.1993, mun. Chișinău, Republica Moldova
Cetățenia: Republica Moldova

Activitatea profesională:

2013 – 2018	Voluntar. Asociația obștească „HOMECARE", Chișinău, Moldova
28/10/2018 – Prezent.	Psiholog clinician. IMSP AMT Buiucani. Centrul Comunitar de Sănătate Mintală Buiucani. Chișinău, Moldova
2020 – 2022	Asistent universitar. Universitatea de Stat din Moldova, Facultatea de Psihologie. Chișinău , Moldova

Studii:

2019 – Prezent	Universitatea de Stat din Moldova, studii de doctorat în cadrul Școlii Doctorale Științe Sociale și ale Educației, Psihologie generală
2017 – 2019	Studii de masterat în Psihologie, programul de studii Psihologie clinică, Universitatea de Stat din Moldova.
2013 – 2017	Studii de licență în științele educației. Programul de studii: Psihopedagogie Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă"

Stagii de cercetare și formare profesională:

2017 – Prezent	Formare în psihoterapia psihanalitică a copilului, adolescentului și adultului. Fundația Generația. România, or. București
2019 – 2020	Formare în psihosomatică psihanalitică Fundația Generația (România); Institutul de Psihosomatică Pierre Marty din Paris
2023 – 2024	Training de formare în psihoterapia EMDR (Desensibilizare și reprocesare prin mișcări oculare). EMDR Europe, EMDR Moldova. Chișinău , Moldova
24/03/2025 – 11/04/2025	Perfecționare „*Metode contemporane de tratament psihoterapeutic*" USMF „Nicolae Testemițanu", Facultatea Educație Continuă în Medicină și Farmacie. Chișinău , Moldova
15/03/2021 – 02/04/2021	Perfecționare „*Metode contemporane de tratament psihoterapeutic*" USMF „Nicolae Testemițanu", Facultatea Educație Continuă în Medicină și Farmacie. Chișinău , Moldova
09/06/2020 – 15/12/2020	Curs de instruire: „Psihodiagnostic și evaluare clinică la copii și adolescenți" Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al RM și IP „Trimbos Moldova". Chișinău , Moldova
04/09/2020 – 23/10/2020	Curs de instruire „Modalități de lucru în serviciile de sănătate mintală, aspecte multidisciplinare" Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al RM și proiectul moldo-elvențian MENSANA, Chișinău , Moldova

02/03/2020 – 20/03/2021	Perfecționare „Actualități clinice și de tratament a bolilor mentale și de comportament” USMF „Nicolae Testemițanu”, Facultatea Educație Continuă în Medicină și Farmacie. Chișinău , Moldova

Domenii de interes științific: psihologie clinică, psihoterapie, psihanaliză, consiliere psihologică, psihodiagnostic.

Participări la foruri științifice locale, naționale, internaționale:

22/04/2023 – 23/04/2023	Conferința științifică națională a doctoranzilor dedicată aniversării a 75-a a USM „Metodologii contemporane de cercetare și evaluare”. Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău.
10/11/2022-11/11/2022	Conferința „Integrare prin cercetare și inovare”. Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău.
24/06/2021 – 26/06/2021	Congresul Internațional al Societății Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni, ediția a II-a. Chișinău, Moldova.
22/04/2021-23/04/2021	Conferința "Metodologii contemporane de cercetare şi evaluare, Ştiinţe Sociale şi ale Educaţiei". Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău
03/12/2021	Conferința "Psihologia aplicativă din perspectiva abordărilor societale contemporane". Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău
10/11/2020 – 11/11/2020	Conferința științifică națională cu participare internațională „Integrare prin Cercetare și Inovare". Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău.
13/11/2019 – 14/11/2019	Societatea Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Moldova. Conferința Națională cu participare Internațională „Sănătatea Mintală - intervenție și reabilitare
07/11/2019 – 08/11/2019	Conferința Națională cu participare Internațională „Integrare prin cercetare și inovare”. Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău.
15/04/2019	Societatea Psihiatrilor, Narcologilor, Psihoterapeuților și Psihologilor Clinicieni din Moldova. Conferința științifică „Tulburări nevrotice asociate cu stresul și tulburări somatomorfe” Chișinău, Moldova.

Lucrări științifice publicate: Au fost publicate 10 lucrări științifice.

Articole publicate în reviste de specialitate:

BOLEA, Zinaida., **CAȘCAVAL, Ion**. Studiul de caz ca metodă psihanalitică de cercetare. În: *Studia Universitatis Moldaviae* (*Seria Științe ale Educației).* 5(135), 2020, pp. 129–133. ISSN 1857-2103. Disponibil: https://doi.org/10.5281/zenodo.3967137

CAȘCAVAL, Ion. Intervenții psihanalitice cu privire la diminuarea aspectelor narcisice disfuncționale în relația mamă-copil. În: *Studia Universitatis Moldaviae* (*Sera Științe ale Educației).* 9(159), 2022, pp. 157–165. ISSN 1857-2103. Disponibil: https://doi.org/10.5281/zenodo.7408515

CAȘCAVAL, Ion. Rolul narcisismului și a funcției reflexive parentale în dezvoltarea personalității și a stării psihoemoționale a copilului. În: *Psihologie, revista ştiinţifico-practică.* volumul 43, nr. 2, 2023, ISSN E 2537-6276, ISSN P 1857-2502.
Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Art%205.pdf

CAȘCAVAL, Ion. Dinamica parentalității în contextul patologiei narcisice. În: *Studia Universitatis Moldaviae* (*Sera Științe ale Educației).* 5(185), 2025, (in press).

Distincții onorifice și premii:
19/08/2020 *Laureatul premiului național pentru prestarea serviciilor de înaltă calitatea în condiții de siguranță, promovarea modului sănătos de viață și implicarea socială a personalului medical – Hotărârea de guvern NR. 623*

Competențe lingvistice:

Limba română – maternă

	Abilitatea de a citi	Abilitatea de a scrie	Abilitatea de a vorbi
Limba engleză	C1	B2	B2
Limba Rusă	C1	B2	B2

Niveluri: A1/A2: Utilizator elementar – B1/B2: Utilizator independent – C1/C2: Utilizator experimentat

Date de contact

Date de contact personale: +373 68464107 / e-mail: cascaval.john@gmail.com
Date de contact de serviciu: Centrul Comunitar de Sănătate Mintală Buiucani, str. I. Creangă 24, nr. contact +373 22741738