

## STUDII CLINICE / CLINICAL STUDIES

# Influența afecțiunilor psihice și neurologice cronice la copil și adolescent asupra mediului familial

## Influence of Children's Neurological and Psychiatric Disorders on Family Environment

Rafaela Stehlic<sup>1</sup>

### REZUMAT

Problematika analizată constă în evidențierea existenței unor diferențe în ceea ce privește nivelul de depresie, anxietate și somatizare la părinții ai căror copiii au tulburări neurologice sau psihice, precum și existența unor diferențe legate de nivelul stimei de sine la aceștia și evidențierea unei legături între specificul bolii copilului și satisfacția maritală a părinților.

Subiectul tratat este de înaltă importanță, datorită faptului că puține studii au urmărit efectele bolii copilului asupra părinților. Tulburarea de care suferă copilul este o experiență de triadă, implicând co-interacțiunile dintre copil și familia care este afectată de problema copilului.

În cadrul cercetării au fost folosite: Scala de evaluare a nivelului stimei de sine a lui Rosenberg, Scala de evaluare a simptomelor SCL-90, precum și Scala pentru Evaluarea Satisfacției Maritale.

În ceea ce privește diferențele dintre nivelul de somatizare și satisfacția maritală între cele trei grupuri de părinți rezultatele cercetării ne conduc la concluzia că aceste relații sunt întâmplătoare și nu se datorează stării de sănătate a copilului.

În ceea ce privește nivelul stimei de sine, a anxietății și a depresiei între cele trei grupuri de părinți rezultatele cercetării indică existența unor diferențe semnificative statistic între acestea.

**Cuvinte cheie:** satisfacție maritală, depresie, anxietate, stima de sine, boala cronică, somatizare

### ABSTRACT

The problem considered is to highlight the existence of differences in the level of depression, anxiety and somatization to parents whose children have neurological or psychological disorders and the existence of differences in the level of self-esteem in them and highlighting a specific link between the child's disorder and marital satisfaction of parents.

The subject matter is of high importance due to the fact that few studies have evaluated the effects of the disease on the child's parents. The type of disorder which the child is suffering experience triad involving co-interaction between the child and the family that is affected by the disorder.

In the research were used: Scale to measure self-esteem Rosenberg, symptom assessment scale SCL-90 and Scale for Assessment of marital satisfaction.

Regarding the differences between the level of somatization and marital satisfaction among the three groups of parents research results lead us to conclude that these relationships are coincidental and not due to the health of children.

As the self-esteem, anxiety and depression among the three groups of parents research results indicate statistically significant differences between them.

**Key words:** marital satisfaction, depression, anxiety, self-esteem, chronic disorder, somatization

### Introducere:

Se cunosc foarte bine neliniștile care o frământă pe viitoarea mama și problemele pe care și le pune odată cu sarcina, mai ales dacă în familie au existat precedente sau, și mai grav, dacă au existat anumite motive reale de îngrijorare. Se știu temerile legate de naștere și bucuria fără de margini trăite de familia care constată că toate lucrurile au decurs normal. De aceea este de înțeles că orice confruntare imediată sau ulterioară a familiei cu un alt deznodământ constituie o dramă [1].

Într-adevăr, mai vizibilă sau mai bine disimulată, grija pentru sănătatea copilului există și marchează comportamentul fiecărei familii, iar uneori o face deosebit de sensibilă. Iată de ce orice suferință a copilului, în general, și cele din categoria tulburărilor neurologice și psihiatrice, sunt percepute de către aceștia ca un fapt de neacceptat. Ca urmare, situația angajează familia într-un complex de probleme dificile [2] care o obligă să treacă prin mai multe etape greu de depășit, fără să fie susținută.

<sup>1</sup> Psiholog Clinician Cabinet Individual de Psihologie  
Adresa de corespondență: Str. Drubeta, Nr. 97, Ap. 1, Timișoara  
e-mail: stehlic\_rafaela@yahoo.com

<sup>1</sup> Clinician Psychologist Private Practice  
Correspondence address: 97 Drubeta Street, Ap. 1, Timisoara  
e-mail: stehlic\_rafaela@yahoo.com

Indiferent de tulburarea pe care o are copilul, aceasta declanșează o criză în cadrul familiei, sentimente de furie, de incapacitate, de vulnerabilitate, vinovăție, anxietate sau depresie la părinți și presupune schimbări majore în viața fiecărui membru al familiei. Părinții sunt cei care modulează felul în care copilul percepe realitatea bolii și se adaptează la tot ceea ce presupune aceasta și îi asigură suport emoțional în momentele dificile.

Gradul în care părinții reușesc să moduleze experiențele traumatizante pentru copil este dependent de gradul în care aceștia fac față propriilor temeri legate de boala copilului. Din nefericire, nu toți părinții sunt capabili să realizeze acest lucru, iar mecanismele de adaptare a familiei nu sunt întotdeauna cele mai potrivite [3].

Studiul de față încearcă să pună în evidență efectele pe care bolile neurologice și psihiatrice le au asupra mediului familial al acestor copii și în ce măsură este afectată relația maritală a cuplului.

#### Obiectivele cercetării:

Nuanțarea temei de cercetare abordată în această lucrare a dus la evidențierea următoarelor obiective:

- surprinderea diferențelor în ceea ce privește nivelul stimei de sine, a somatizării, a nivelului de depresie și de anxietate din cadrul celor trei grupuri de părinți, în funcție de starea de sănătate a copiilor;
- un ultimul obiectiv, pe care doresc să-l surprind este acela al satisfacției maritale la părinții copiilor cu suferințe neurologice și psihiatrice comparative cu lotul martor a căror copii sunt clinic sănătoși în momentul aplicării chestionarelor.

#### Lotul de subiecți supuși cercetării:

Cercetarea prezentă s-a efectuat prin aplicarea a trei chestionare unui număr de 45 de cupluri (90 de subiecți) cu vârste cuprinse între 25-50 de ani, din mediul rural și urban și care au copiii diagnosticați cu tulburări neurologice sau cu tulburări psihiatrice și un lot de control.

Pe baza diagnosticului prezent în momentul aplicării chestionarelor, subiecții au constituit trei eșantioane distincte care au fost împărțite în mod egal:

- 15 cupluri cu copiii care au ca diagnostic principal tulburări neurologice și anume: distrofie musculară, tetrapareză spastică, paralizie cerebrală și epilepsie parțial controlată medicamentos;

- 15 cupluri cu copiii care au ca diagnostic principal tulburări psihiatrice și anume: ADHD, tulburare de spectru autist, întârziere mintală medie și severă și tulburări comportamentale: opoziționist provocator;

- 15 cupluri cu copiii care în momentul aplicării chestionarelor erau clinic sănătoși.

Chestionarele au fost completate de către ambii părinți, iar aceștia au fost informați cu privire la probele care urmează să fie aplicate pentru care și-au dat consimțământul.

#### Materiale și metode:

În scopul realizării obiectivelor și plecând de la ipotezele formulate am utilizat trei chestionare și anume: Scala de evaluare a simptomelor SCL-90, Scala de evaluare a stimei de sine Rosenberg și Scala pentru Evaluarea Satisfacției Maritale.

##### a. Scala de evaluare a simptomelor SCL-90

SCL-90 este un inventar multidimensional de autoevaluare a simptomelor dezvoltat de Derogatis (1977). Acest test este o continuare a listei de bifare cu simptome a lui Hopkins (HSCL) care a ajuns de la 53 de itemi la 90. Această variantă cuprinde un spectru mai larg de acuze psihice și suferințe psihice influențate de boală. 83 din cei 90 de itemi sunt cuprinși în următorii factori: somatizare, obsesie-compulsie, socializare, depresie, anxietate, ostilitate, fobie-anxietate, ideatie paranoidă, psihoze. Cotarea itemilor poate duce și la construcția unor profile simptomatologice.

Testul SCL-90 măsoară influența resimțită subiectiv prin simptome fizice și psihice a persoanei într-un interval de șapte zile. Intercorelațiile scalelor sunt în medie  $r=.45$ . Încrederea pe care o putem avea față de profilele testelor poate fi bună pentru domeniul clinic.

Fidelitatea testului: consistența internă a fiecărei scale se află în probele clinice aleatorii între .79 și .89.

##### b. Scala de evaluare a stimei de sine Rosenberg

Această scală a fost elaborată inițial pentru a măsura sentimentul global al valorii personale și autoacceptării. Scala cuprinde 10 itemi cu 4 posibilități de răspuns între total dezacord (1 punct) și total acord (4 puncte). Itemii 2,5,6,8,9 se cotează invers. Scorurile pot fi cuprinse între 10 și 40; scorurile ridicate indică o stimă de sine crescută. Coeficientul Cronbach

= 0,89, raportat de autor, indică o bună consistență internă, iar fidelitatea test-retest e cuprinsă în studiile autorului între 0,85 (la o săptămână interval) și 0,88 (la două săptămâni interval).

La cotarea rezultatelor se vor lua ca etalon valorile cuprinse între:

10-16 puncte- stimă de sine scăzută

17-33 puncte- stimă de sine medie

34-40 puncte- stimă de sine ridicată

### c. Scala pentru Evaluarea Satisfacției Maritale

→ Scala a fost elaborată de Graham B. Spanier. Instrumentul cuprinde 32 de itemi și a fost construit pentru a evalua calitatea relației așa cum este ea percepută de cuplul marital, fiind totodată și o măsură generală a satisfacției în cuplul intim prin utilizarea scorurilor totale.

Analiza factorială indică faptul că acest instrument măsoară patru aspecte ale relației: satisfacție diadică (DS), coeziunea diadică (DC) consensul diadic (DCon) și expresia afectivă (AE).

→ Subiecții trebuie să răspundă la fiecare întrebare utilizând mai multe scale Likert, fiecare dintre acestea fiind notată în dreptul întrebării la care trebuie aplicată.

→ Scorul total însumând cota obținută la fiecare item se poate întinde de la 0 la 151, scorurile mici indicând o satisfacție maritală scăzută, iar cele mari o satisfacție maritală crescută.

### Analiza și interpretarea datelor:

În cele ce urmează vom analiza datele din punct de vedere cantitativ, analiză care se focusează pe evidențierea relațiilor cantitativ-numerice între variabilele studiate, și din punct de vedere calitativ, analiză care încearcă să evidențieze legăturile dintre variabile, precum și diferențele între datele obținute cu informații deja existente în literatura de specialitate.

În vederea verificării ipotezelor, s-au calculat indicatorii statistici de start ai variabilelor cercetării pentru grupurile de părinți, în funcție de starea de sănătate a copiilor.

Pentru verificarea ipotezelor cercetării s-a utilizat testul statistic parametric ANOVA unifactorială, deoarece variabilele dependente (Somatizare, Depresie, Anxietate, Stimă de sine și Satisfacție maritală) sunt definite pe scală de interval, iar variabila independentă (Starea de sănătate a copiilor) este măsurată pe scală nominală [4].

Datele au fost prelucrate statistic în programul SPSS 13.(Tab. I)

**Tabelul I. Indicatorii statistici de start ai variabilelor cercetării pentru grupurile de părinți, în funcție de starea de sănătate a copiilor**

		N	Media	Abaterea standard
Somatizare	Părinți ai copiilor cu tulburari neurologice	30	7.20	3.022
	Părinți ai copiilor cu tulburari psihiatrice	30	6.67	2.682
	Părinți ai copiilor clinic sănătoși	30	6.60	2.444
	Total	90	6.82	2.709
Depresie	Părinți ai copiilor cu tulburari neurologice	30	29.97	5.223
	Părinți ai copiilor cu tulburari psihiatrice	30	29.67	4.596
	Părinți ai copiilor clinic sănătoși	30	26.67	4.205
	Total	90	28.77	4.876
Anxietate	Părinți ai copiilor cu tulburari neurologice	30	10.53	1.332
	Părinți ai copiilor cu tulburari psihiatrice	30	9.97	1.066
	Părinți ai copiilor clinic sănătoși	30	9.20	1.064
	Total	90	9.90	1.272
Stima de sine	Părinți ai copiilor cu tulburari neurologice	30	18.23	2.300
	Părinți ai copiilor cu tulburari psihiatrice	30	18.27	2.243
	Părinți ai copiilor clinic sănătoși	30	21.03	3.358
	Total	90	19.18	2.963
Satisfacție maritală	Părinți ai copiilor cu tulburari neurologice	30	126.57	5.022
	Părinți ai copiilor cu tulburari psihiatrice	30	126.47	4.890
	Părinți ai copiilor clinic sănătoși	30	127.23	4.644
	Total	90	126.76	4.812

**Ipoteza 1.** Există diferențe în privința nivelului somatizării între cele trei grupuri de părinți, în funcție de starea de sănătate a copiilor.

Pentru a determina dacă există diferențe semnificative în privința nivelului de somatizare între cele trei grupuri de părinți (în funcție de starea de sănătate a copiilor), se va calcula indicatorul general F [4].(Tab. II)

**Tabelul II. Calculul indicatorului F pentru diferențele dintre cele trei grupuri de părinți, în privința nivelului de somatizare**

		Suma patratelor	df	Media patrata	F	Sig.
Somatizare	Între grupuri	6.489	2	3.244	.436	.648
	În cadrul grupurilor	646.667	87	7.433		
	Total	653.156	89			

În urma verificării primei ipoteze cu ajutorul testului statistic parametric ANOVA unifactorială, s-a obținut o valoare  $F(2, 87) = .436$ , la un prag de semnificație statistică  $p > .05$  ( $p = .648$ ), ceea ce înseamnă că nu există diferențe semnificative statistic între cele trei grupuri de părinți, în privința nivelului de somatizare. Se respinge ipoteza cercetării: nu există diferențe între cele trei grupuri de părinți în privința nivelului de somatizare, eventualele diferențe datorându-se altor cauze.

**Ipoteza 2.** Nivelul depresiei diferă între cele trei grupuri de părinți, în funcție de starea de sănătate a copiilor.

Pentru a determina dacă există diferențe semnificative în privința nivelului de depresie între cele trei grupuri de părinți (în funcție de starea de sănătate a copiilor), se va calcula indicatorul general F [4]. (Tab. III)

**Tabelul III. Calculul indicatorului F pentru diferențele dintre cele trei grupuri de părinți, în privința nivelului de depresiei**

		Suma patratelor	df	Media patrata	F	Sig.
Depresie	Intre grupuri	199.800	2	99.900	4.535	.013
	In cadrul grupului	1916.300	87	22.026		
	Total	2116.100	89			

În urma verificării celei de-a doua ipoteze cu ajutorul testului statistic parametric ANOVA unifactorială, s-a obținut o valoare  $F(2, 87) = 4.535$ , la un prag de semnificație statistică  $p \leq .05$  ( $p = .013$ ), ceea ce înseamnă că există diferențe semnificative statistic între cele trei grupuri de părinți, în privința nivelului de depresie.

În urma prelucrării datelor putem concluziona următoarele:

→ nu există diferențe semnificative statistic între părinții cu copii cu tulburări neurologice și părinții copiilor cu tulburări psihiatrice în privința nivelului depresiei,  $p > .05$  ( $p = .967$ );

→ există diferențe semnificative statistic între nivelul depresiei la părinții copiilor cu tulburări neurologice și nivelul depresiei la părinții copiilor clinic sănătoși,  $p \leq .05$  ( $p = .021$ ). Nivelul depresiei este mai ridicat la părinții copiilor cu tulburări neurologice comparativ cu al părinților copiilor clinic sănătoși;

→ există diferențe semnificative statistic între nivelul depresiei la părinții copiilor cu tulburări psihiatrice și nivelul depresiei la părinții copiilor clinic sănătoși,  $p \leq .05$  ( $p = .040$ ). Nivelul depresiei este mai ridicat la părinții copiilor cu tulburări psihiatrice comparativ cu cel al părinților copiilor clinic sănătoși.

Ipoteza a doua se confirmă.

**Ipoteza 3.** Există diferențe în privința nivelului anxietății între cele trei grupuri de părinți, în funcție de starea de sănătate a copiilor.

Pentru a determina dacă există diferențe semnificative în privința nivelului de anxietate între cele trei grupuri de părinți (în funcție de starea de sănătate a copiilor), se va calcula indicatorul general F [4]. (Tab. IV)

**Tabelul IV. Calculul indicatorului F pentru diferențele dintre cele trei grupuri de părinți, în privința nivelului anxietății.**

		Suma patratelor	df	Media patratelor	F	Sig.
Anxietate	Intre grupuri	26.867	2	13.433	9.969	.000
	In cadrul grupului	117.233	87	1.348		
	Total	144.100	89			

În urma verificării celei de-a treia ipoteze cu ajutorul testului statistic parametric ANOVA unifactorială, s-a obținut o valoare  $F(2, 87) = 9.969$ , la un prag de semnificație statistică  $p \leq .01$  ( $p = .000$ ), ceea ce înseamnă că există diferențe semnificative statistic între cele trei grupuri de părinți, în privința nivelului de anxietate.

În urma testării omogenității varianțelor celor trei grupuri de părinți în privința nivelului de anxietate, s-a obținut o valoare  $L(2, 87) = 2.049$ , la un prag de semnificație statistică  $p > .05$  ( $p = .135$ ), ceea ce înseamnă că nu există diferențe în privința dispersiilor, adică acestea sunt considerate a fi egale.

Putem concluziona următoarele:

→ nu există diferențe semnificative statistic între părinții copiilor cu tulburări neurologice și părinții copiilor cu tulburări psihiatrice în privința nivelului anxietății,  $p > .05$  ( $p = .147$ );

→ există diferențe semnificative statistic între nivelul anxietății la părinții copiilor cu tulburări neurologice și nivelul anxietății la părinții copiilor clinic sănătoși,  $p \leq .01$  ( $p = .000$ ). Nivelul anxietății este mai ridicat la părinții copiilor cu tulburări neurologice comparativ cu al părinților copiilor clinic sănătoși;

→ există diferențe semnificative statistic între nivelul anxietății la părinții copiilor cu tulburări psihiatrice și nivelul anxietății la părinții copiilor clinic sănătoși,  $p \leq .05$  ( $p = .033$ ). Nivelul anxietății este mai ridicat la părinții copiilor cu tulburări psihiatrice comparativ cu cel al părinților copiilor clinic sănătoși;

→ comparând mărimile efectului în cazul celor două tipuri de tulburări, observăm că tulburările neurologice ale copiilor, comparativ cu tulburările psihiatrice ale copiilor, au un impact mai mare asupra nivelului de anxietate al părinților;

→ cu toate că diferențele nivelului anxietății între părinții copiilor cu tulburări (neurologice și psihiatrice) comparativ cu nivelul anxietății părinților copiilor clinic sănătoși sunt semnificative statistic, mărimea efectului acestor diferențe este mică, ceea ce



înseamnă că efectul tulburărilor copiilor asupra nivelului anxietății părinților acestora este scăzut [4]. Aceasta înseamnă că există și alți factori, în afară de tulburările, copiilor care influențează aceste diferențe.

A treia ipoteză se confirmă.

**Ipoteza 4.** Se presupune că există diferențe în privința nivelului stimei de sine între cele trei grupuri de părinți, în funcție de starea de sănătate a copiilor. (Tab. V)

**Tabelul V. Calculul indicatorului F pentru diferențele dintre cele trei grupuri de părinți, în privința nivelului Stimei de sine**

		Suma patratelor	df	Media patratelor	F	Sig.
Stima de sine	Între grupuri	154.956	2	77.478	10.764	.000
	În cadrul grupului	626.200	87	7.198		
	Total	781.156	89			

În urma verificării celei de-a patra ipoteze cu ajutorul testului statistic parametric ANOVA unifactorială, s-a obținut o valoare  $F(2, 87) = 10.764$ , la un prag de semnificație statistică  $p \leq .01$  ( $p = .000$ ), ceea ce înseamnă că există diferențe semnificative statistic între cele trei grupuri de părinți, în privința nivelului de stimă de sine.

#### Putem concluziona următoarele:

→ nu există diferențe semnificative statistic între părinții copiilor cu tulburări neurologice și părinții copiilor cu tulburări psihice în privința nivelului stimei de sine,  $p > .05$  ( $p = 1.000$ );

→ există diferențe semnificative statistic între nivelul stimei de sine la părinții copiilor cu tulburări neurologice și nivelul stimei de sine la părinții copiilor clinic sănătoși,  $p \leq .01$  ( $p = .001$ ). Nivelul stimei de sine este mai scăzut la părinții copiilor cu tulburări neurologice, comparativ cu al părinților copiilor clinic sănătoși.

→ există diferențe semnificative statistic între nivelul stimei de sine la părinții copiilor cu tulburări psihice și nivelul stimei de sine la părinții copiilor clinic sănătoși,  $p \leq .01$  ( $p = .001$ ). Nivelul stimei de sine este mai scăzut la părinții copiilor cu tulburări psihice, comparativ cu cel al părinților copiilor clinic sănătoși.

→ Comparând mărimile efectului în cazul celor două tipuri de tulburări, observăm că atât tulburările

neurologice ale copiilor, cât și tulburările psihice ale copiilor, au același impact asupra nivelului de stimă de sine al părinților.

→ Cu toate că diferențele nivelului stimei de sine între părinții copiilor cu tulburări (neurologice și psihice) comparativ cu nivelul stimei de sine a părinții copiilor clinic sănătoși sunt semnificative statistic, mărimea efectului acestor diferențe este mică [4], ceea ce înseamnă că efectul tulburărilor copiilor asupra nivelului stimei de sine a părinților acestora este scăzut. Putem concluziona că și alți factori stau la baza acestor diferențe.

A patra ipoteză se confirmă.

**Ipoteza 5.** Nivelului satisfacției maritale între cele trei grupuri de părinți este diferit, în funcție de starea de sănătate a copiilor.

Pentru a determina dacă există diferențe semnificative în privința nivelului satisfacției maritale între cele trei grupuri de părinți (în funcție de starea de sănătate a copiilor), se va calcula indicatorul general F [4].(Tab. VI)

**Tabelul VI. Calculul indicatorului F pentru diferențele dintre cele trei grupuri de părinți, în privința nivelului de satisfacție maritală**

		Suma patratelor	df	Media patratelor	F	Sig.
Satisfacție maritală	Între grupuri	10.422	2	5.211	.221	.802
	În cadrul grupului	2050.200	87	23.566		
	Total	2060.622	89			

În urma verificării celei de-a cincea ipoteze cu ajutorul testului statistic parametric ANOVA unifactorială, s-a obținut o valoare  $F(2, 87) = .221$ , la un prag de semnificație statistică  $p > .05$  ( $p = .802$ ), ceea ce înseamnă că nu există diferențe semnificative statistic între cele trei grupuri de părinți, în privința nivelului de satisfacție maritală.

Se respinge ipoteza cercetării: nu există diferențe între cele trei grupuri de părinți în privința nivelului de satisfacție maritală, eventualele diferențe datorându-se altor cauze.

A cincea ipoteza nu se confirmă.

#### Discuții și concluzii:

În lucrarea de față, prin mijlocirea demersurilor întreprinse am încercat să evidențiem, în vederea susținerii ipotezelor formulate, existența unor diferențe între cele trei grupe supuse cercetării în ceea ce priveș-

te nivelul de somatizare, depresie, anxietate, precum și existența diferențelor la nivelul stimei de sine și la nivelul satisfacției maritale la cele trei grupe de părinți.

Boala cronică la copil poate fi considerată un factor de stres, un eveniment traumatic care are un impact atât pe termen scurt, cât și pe termen lung nu doar asupra copilului, ci și a întregii familii. Astfel, în ultimele decenii, în domeniul cercetării tulburărilor neurologice și psihiatrice, s-a trecut de la o perspectivă axată pe dizabilitatea și psihopatologia pacientului, la o abordare bazată pe analiza sistemelor și a familiei din punct de vedere sistemic, accentuându-se importanța relației dintre capacitatea părinților de adaptare și felul în care copilul reacționează la boală și tratament.

Grija pentru un copil cu o tulburare de sănătate mintală consumă mult timp, energie, și resurse din partea părinților [5].

Rezultatele unui studiu realizat pe cupluri de părinți care au copiii cu tulburări neurologice sau psihiatrice au evidențiat următoarele: o comunicare conflictuală între parteneri, nivele de satisfacție maritală mai scăzute și au fost raportate șanse mai ridicate de a divorța în rândul părinților copiilor cu tulburări decât în rândul cuplurilor care aveau copiii clinic sănătoși [6].

Satisfacția maritală poate fi, de asemenea, influențată și de alți factori pe lângă cea de îngrijire a copilului și anume: de locul de muncă, de rețeaua de suport, de siguranța financiară etc. [7].

În urma aplicării instrumentelor de investigație și a analizei datelor, doar unele ipoteze formulate în această lucrare au fost confirmate. Acest lucru ne-a ajutat să evidențiem o serie de interpretări prin care am încercat să subliniem prezența unor diferențe semnificative între nivelurile de depresie, anxietate și stimă de sine în cadrul celor trei grupuri de părinți:

→ prima ipoteză respinge ipoteza cercetării: nu există diferențe în privința nivelului somatizării între cele trei grupuri, eventualele diferențe datorându-se exclusiv altor cauze.

→ A doua ipoteză a confirmat faptul că există diferențe semnificative în ceea ce privește nivelul de depresie între cele trei grupuri, mai mult decât atât, comparând mărimile efectului în cazul celor două tipuri de tulburări, observăm că tulburările neurologice ale copiilor comparativ cu tulburările psihiatrice ale copiilor, au un impact mai mare asupra nivelului de depresie al părinților;

→ a treia ipoteză de cercetare se confirmă, cu toate că diferențele nivelului anxietății între părinții copiilor cu tulburări (neurologice și psihiatrice) comparativ cu nivelul anxietății părinților copiilor clinic sănătoși sunt semnificative statistic, mărimea efectului acestor diferențe este mică, ceea ce înseamnă că efectul tulburărilor copiilor asupra nivelului anxietății părinților acestora este scăzut [4]. Aceasta înseamnă că există și alți factori, în afară de tulburările, copiilor care influențează aceste diferențe;

→ cea de-a patra ipoteză de cercetare se confirmă, există diferențe semnificativ statistic în ceea ce privește nivelul stimei de sine între cele trei grupuri, comparând mărimile efectului în cazul celor două tipuri de tulburări, observăm că atât tulburările neurologice ale copiilor, cât și tulburările psihiatrice ale copiilor, au același impact asupra nivelului de stimă de sine al părinților;

→ ultima ipoteză de cercetare nu se confirmă, ceea ce înseamnă că nu există diferențe între cele trei grupuri de părinți în privința nivelului de satisfacție maritală, eventualele diferențe datorându-se altor cauze și nu se datorează exclusiv stării de sănătate a copilului.

Dificultățile întâmpinate în realizarea lucrării de față au fost legate de găsirea lotului format din părinți ai căror copiii au tulburări neurologice.

Ca și limite ale cercetării prezente putem enumera numărul mic de subiecți pe care s-a realizat analiza, cercetarea putând să fie continuată pe un lot mai mare de subiecți. Pot fi investigați și alți factori psiho-sociali și familiali care pot avea impact asupra părinților, a vieții de cuplu, a mecanismelor de coping folosite etc.

\*

\* \*

## Introduction:

The anxieties distressing the future mother are well known, as are the issues that she thinks about when the pregnancy period starts, especially when there have been precedents in the family, or, more seriously, when there are actual reasons for concern. The worries linked to childbirth and the boundless joy lived by the family when everything went normal are well known. Therefore, one may understand why any immediate or ulterior confrontation of the family with a different outcome is a drama. [Milea Ş., 2009].

Indeed, more visible or better disguised, the concern for the child's health exists and it marks every family's conduct, and sometimes it makes it particularly sensitive. Therefore, any suffering of the child in general, as well as the one that falls into the category of neurological and psychiatric disorders makes the members of the family think of it as unacceptable. As a result, the family engages in solving a complex of challenging problems [Aubert, Godard et al., 2008], which require it to pass through many stages that are difficult to overcome without appropriate support.

Regardless of the disorder that a child has, it triggers a crisis in the family, feelings of anger, incapacity, vulnerability, guilt, anxiety or depression in parents and involves major changes in the life of each family member. Parents are the ones who modulate how the child perceives the reality of the disease and adapt to everything that this entails and ensure emotional support for their offspring during difficult times.

The degree to which parents are able to modulate the traumatic experiences for the child is dependent on the extent to which they confront their concerns about the child's illness. Unfortunately, not all parents are able to do so, and the family's adjustment mechanisms are not always the most appropriate ones. [Mrazek, 2002].

The present study attempts to highlight the effects that the neurological and psychiatric diseases have on these children's family environment and to what extent the marital relationship of the couple is affected.

### Objectives of the research:

Pointing out the main aspects of the research topic addressed in this paper led to highlighting the following objectives:

- to grasp the differences in the level of self-esteem,

- levels of depression and anxiety in the three groups of parents, depending on the health of their children;

- to assess the marital satisfaction in the parents of children with neurological and psychiatric ailments compared to that in the control group whose children were clinically healthy when questionnaires have been administered.

### The group of subjects under investigation:

The present research was carried out by administering three questionnaires to 45 couples (90 subjects) aged 25-50 years from urban and rural areas and who have children diagnosed with neurological or psychiatric disorders and a control group. Based on the existing diagnosis when the questionnaires were administered, the subjects constituted three separate sample groups that were divided equally:

- 15 couples with children whose primary diagnosis was neurological disorders, namely: muscular dystrophy, spastic quadriplegia and epilepsy partially controlled by medication;

- 15 couples with children whose primary diagnosis was psychiatric disorders, namely: ADHD, autism spectrum disorder, medium and severe mental retardation and behavioural disorders: Oppositional defiant disorder;

- 15 couples with children who were clinically healthy at the moment the questionnaires were administered.

Both parents answered the Questionnaires and they had been informed on the test to be administered, for which they had given their consent.

### Materials and methods:

In order to achieve the proposed aims and starting from the formulated hypotheses, I used three questionnaires namely: Symptom Checklist-90 SCL-90, Rosenberg's Self-Esteem Scale and the Marital Satisfaction Scale.

#### a. Symptom Assessment Scale SCL-90

SCL-90 is a multidimensional inventory for the self-assessment of symptoms developed by Derogatis (1977). This test is a continuation of Hopkins Symptom Checklist (HSCL) which developed from 53 items to 90. This variant comprises a broader spectrum of psychic blames and mental suffering

affected by disease. 83 out of the 90 items are included in the following factors: somatization, obsessive-compulsive disorder, socialization, depression, anxiety, hostility, phobic-anxiety, paranoid ideation, psychoses. Dimensioning of the items can lead to the construction of symptom profiles.

SCL-90 test measures the influence subjectively felt by a person through physical and mental symptoms during a seven-day interval. Correlations of the scales are on average  $r = .45$ . The confidence we can have in the test profiles may be good for the clinic field.

Test reliability: in the random clinical trials, the internal consistency of each scale is between .79 and .89.

**b. Rosenberg's Self-Esteem Scale**

Initially, this scale was devised in order to measure the global feeling of personal value and of self-acceptance. The scale is a ten-item scale with items answered on a four point scale - from strongly (1 point) agree to strongly disagree (4 points). Items 2,5,6,8, and 9 are rated vice versa. The scores may vary from 10 to 40; elevated scores indicate a high self-esteem. Cronbach Coefficient = 0.85, reported by the author, indicates a good internal consistency, while the test-retest reliability is reported in the author's studies between 0.85 (at a distance of one week) and 0.88 (at two-week interval).

When interpreting the results, the following values will be taken into consideration:

- 10 – 16 points – low self-esteem;
- 17 – 33 points - medium self-esteem;
- 34 – 40 points – high self-esteem.

**c. Marital Satisfaction Scale**

This scale was devised by Graham B. Spanier. The instrument consists of 32 items and was built in order to assess the quality of the relationship, as it was perceived by the marital couple. At the same time, it is a general measurement of satisfaction in the intimate couple by the use of the total scores. Factorial analysis indicates the fact that this instrument measures four aspects of the relationship: dyadic satisfaction (DS), dyadic cohesion (DC), dyadic consensus (DCon) and affective expression (AE).

The subjects must answer each question using several Likert scales, each of them being scored beside

the question where it must be applied. The total score adds up the scores obtained in each item and it may range from 0 to 151, the low scores indicating low marital satisfaction while the elevated ones indicate a high marital satisfaction.

**Data analysis and interpretation:**

The following part of this study will analyse the data quantitatively, an analysis that focuses on outlining the quantitative –numerical relationships between the studied variables, and qualitatively, an analysis that tries to highlight the associations between the variables as well as the differences between the data obtained with information already existing in specialist literature.

In view of checking out the hypotheses of the research, the starter statistical indicators for the variables of the research for the groups of parents, according to the health of their children, have been calculated.

The one – way ANOVA (analysis of variance), which is a particular form of statistical hypothesis testing, was used to verify the hypotheses of the research, since the dependent variables (Somatization, Depression, Anxiety, Self-Esteem and Marital Satisfaction) are defined on an interval scale, and the independent variable ( Children's Health) is measured on a nominal scale [4].

The data have been processed statistically in the SPSS13 programme (Table I).

**Table I. Starter statistical indicators of the research variables for the groups of parents according to their children's state of health**

		N	Mean	Standard deviation
Somatization	Parents of children with neurologic disorders	30	7.20	3.022
	Parents of children with psychic disorders	30	6.67	2.682
	Parents of clinically healthy children	30	6.60	2.444
	Total	90	6.82	2.709
Depression	Parents of children with neurologic disorders	30	29.97	5.223
	Parents of children with psychic disorders	30	29.67	4.596
	Parents of clinically healthy children	30	26.67	4.205
	Total	90	28.77	4.876
Anxiety	Parents of children with neurologic disorders	30	10.53	1.332
	Parents of children with psychic disorders	30	9.97	1.066
	Parents of clinically healthy children	30	9.20	1.064
	Total	90	9.90	1.272
Self-Esteem	Parents of children with neurologic disorders	30	18.23	2.300
	Parents of children with psychic disorders	30	18.27	2.243
	Parents of clinically healthy children	30	21.03	3.358
	Total	90	19.18	2.963
Marital Satisfaction	Parents of children with neurologic disorders	30	126.57	5.022
	Parents of children with psychic disorders	30	126.47	4.890
	Parents of clinically healthy children	30	127.23	4.644
	Total	90	126.76	4.812

**Hypothesis no. I** There are differences in the somatization level among the three groups of parents, depending on the health of the children. To determine whether there are significant differences in the level



of somatization among the three groups of parents (based on the health of children) the general indicator F will be calculated [4] (Table II).

**Table II. Calculation of indicator F for differences among the three groups of parents concerning the level of somatization.**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Somatization	Between Groups	6.489	2	3.244	.436	.648
	Within Groups	646.667	87	7.433		
	Total	653.156	89			

After checking the first hypothesis using the parametric statistical test one-way ANOVA, a value has been obtained  $F(2, 87) = .436$ , at a threshold of statistical significance  $p > .05$  ( $p = .648$ ), which means that there are no statistically significant differences among the three groups of parents, on the level of somatization. We reject the research hypothesis: there are no differences among the three groups of parents in the level of somatization, any possible differences being due to other causes.

**Hypothesis no. 2** The level of depression differs among the three groups of parents according to the health of children. To determine whether there are significant differences in the level of depression among the three groups of parents (based on the health of their children) the general indicator F will be calculated [4] (Table III).

**Table III. Calculation of indicator F for differences among the three groups of parents concerning the level of depression.**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Depression	Between Groups	199.800	2	99.900	4.535	.013
	Within Groups	1916.300	87	22.026		
	Total	2116.100	89			

After checking the second hypothesis using the parametric statistical test one-way ANOVA, a value has been obtained  $F(2, 87) = 4.535$ , at a threshold of statistical significance  $p > .05$  ( $p = .013$ ), which means that there are statistically significant differences among the three groups of parents, on the level of depression.

After processing the data, we can conclude the following:

- there are no statistically significant differences between parents of children with neurological disorders and the parents of children with psychiatric disorders concerning the level of depression,  $p > .05$  ( $p = .967$ );
- there are statistically significant differences concerning the level of depression in parents of

children with neurological disorders and depression levels in parents of clinically healthy children,  $p \leq .05$  ( $p = .021$ ). The level of depression is higher in parents of children with neurological disorders compared to parents of clinically healthy children.

- there are statistically significant differences between the level of depression in parents of children with psychiatric disorders and those of clinically healthy children,  $p \leq .05$  ( $p = .040$ ). The level of depression is higher in parents of children with psychological disorders than in parents with clinically healthy children.

The second hypothesis is confirmed.

**Hypothesis no. 3** There are differences in the level of anxiety among the three groups according to their children's state of health. To determine whether there are significant differences in the level of anxiety among the three groups of parents (based on the health of their children) the general indicator F will be calculated [4] (Table IV).

**Table IV. Calculation of indicator F for differences among the three groups of parents concerning the level of anxiety**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Anxiety	Between Groups	26.867	2	13.433	9.969	.000
	Within Groups	117.233	87	1.348		
	Total	144.100	89			

After checking the third hypothesis using the parametric statistical test one-way ANOVA, a value has been obtained  $F(2, 87) = 9.969$ , at a threshold of statistical significance  $p > .01$  ( $p = .000$ ), which means that there are statistically significant differences among the three groups of parents, on the level of anxiety

After testing the homogeneity of variance of the three groups of parents on the level of anxiety, a value L has been obtained where  $L(2, 87) = 2.049$ , at a statistical significance threshold  $p > .05$  ( $p = .135$ ), which means that there are no differences in the dispersions, i.e. they are considered to be equal.

We can conclude the following:

- there are no statistically significant differences between parents of children with neurological disorders and parents of children with psychiatric disorders on the level of anxiety,  $p > .05$  ( $p = .147$ );
- there are statistically significant differences between the level of anxiety in parents of children with neurological disorders and anxiety in parents of

the clinically healthy children,  $p \leq .01$  ( $p = .000$ ). The level of anxiety is higher among parents of children with neurological disorders compared with that among parents of clinically healthy children;

- there are significant differences between the level of anxiety in parents of children with psychiatric disorders and the anxiety in parents of clinically healthy children,  $p \leq .05$  ( $p = .033$ ). The level of anxiety is higher among parents of children with psychiatric disorders compared with that in parents of clinically healthy children.

Comparing the extent of the effect for the two types of disorders, we note that the neurological disorders of children compared to psychiatric disorders of children have a greater impact on the parents' level of anxiety.

Although differences in the level of anxiety among parents of children with disorders (neurological and psychiatric) compared to the anxiety levels in parents of clinically healthy children are statistically significant, the effect size of these differences is small. This means that the size of the effect of children's disorders on the level of anxiety of their parents is small. [Cohen, apud Sava, 2004]. This means that other factors, in addition to children's disorders, influence these differences.

The third hypothesis is confirmed.

**Hypothesis no. IV** It is assumed that there are differences in the level of self-esteem among the three groups of parents, depending on the health of their children (Table V).

**Table V. Calculation of indicator F for differences among the three groups of parents concerning the level of self-esteem**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Self-esteem	Between Groups	154.956	2	77.478	10.764	.000
	Within Groups	626.200	87	7.198		
	Total	781.156	89			

After checking the fourth hypothesis using the parametric statistical test one-way ANOVA, a value has been obtained  $F(2, 87) = 10.764$ , at a threshold of statistical significance  $p > .01$  ( $p = .000$ ), which means that there are statistically significant differences among the three groups of parents, on the level of self-esteem.

We may conclude the following:

- There are no statistically significant differences between parents of children with with neurological disorders and parents of children with psychiatric disorders concerning the level of self-esteem,  $p > .05$

( $p = 1.000$ );

- There are statistically significant differences between low self-esteem in parents of children with neurological disorders and the level of self-esteem in parents with clinically healthy children,  $p \leq .01$  ( $p = .001$ ). The level of self-esteem is lower in parents of children with neurological disorders compared with that in parents of clinically healthy children.

- There are statistically significant differences between low self-esteem levels in parents of children with psychiatric disorders and the level of self-esteem in parents with clinically healthy children,  $p \leq .01$  ( $p = .001$ ). The level of self-esteem is lower in parents of children with psychiatric disorders compared with that in parents of clinically healthy children.

Comparing the effect size for the two types of disorders, we noted that neurological that both neurological and psychiatric disorders of the children have the same impact on their parents' level of self-esteem.

Although differences in levels of self-esteem among parents of children with disorders (neurological and psychiatric) compared to the self-esteem level of parents of clinically healthy children are statistically significant, the effect size of these differences is small [Cohen apud Sava, 2004], which means that the effect of the children's disorders on the level of their parents' self-esteem is small. We conclude that other factors underlay these differences.

A fourth hypothesis is confirmed.

**Hypothesis no. 5** The level of marital satisfaction among the three groups of parents is different, according to their children's state of health. To determine whether there are significant differences in the level of marital satisfaction among the three groups of parents (based on the health of their children) the general indicator F will be calculated [4] (Table VI).

**Table VI. Calculation of indicator F for differences among the three groups of parents concerning the level of marital satisfaction**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Marital satisfaction	Between Groups	10.422	2	5.211	.221	.802
	Within Groups	2050.200	87	23.566		
	Total	2060.622	89			

After checking the fifth hypothesis using the parametric statistical test one-way ANOVA, a value has been obtained  $F(2, 87) = .221$ , at a threshold of statistical significance  $p > .05$  ( $p = .802$ ), which means that there are no statistically significant differences

among the three groups of parents, on the level of marital satisfaction.

Therefore, we reject the research hypothesis: there are no differences among the three groups of parents concerning the level of marital satisfaction, any possible differences being due to other causes.

The fifth hypothesis is not confirmed.

### **Discussions and conclusions:**

In this paper, with a view to support the hypotheses formulated in the research, we have tried to highlight that there are differences among the three groups of subjects of the survey regarding the somatization, depression, anxiety, and the existence of differences in the levels of self-esteem and of marital satisfaction in three groups of parents.

Chronic disease in children can be considered a factor of stress, a traumatic event that has an impact both in the short and in the long term, not only on the child but also on the whole family. Thus, in recent decades, research in the field of neurological and psychiatric disorders has shifted from a perspective focused on the patient's disability and psychopathology to an approach based on the analysis of systems and of the family from the systemic point of view. This new perspective emphasizes the importance of the relationship between the parents' capacity of adaptation and the way in which a child reacts to illness and treatment.

Caring for a child with a mental health disorder consumes much time, energy and resources on the part of the parents. [Karp & Tanarugsachock, 2000]. The results of a study performed on couples of parents who have children with neurological or psychiatric disorders have revealed: a conflictual communication between partners and lower levels of marital satisfaction. In addition, higher chances of divorce have been reported among parents of children with disorders than among couples who have clinically healthy children [Hodapp and Krasner, 1995]. Besides caring for a child, marital satisfaction can be influenced by other factors, too, such as: the work place environment, the support network, financial security etc. [Rosenzweig and Kendall, apud Lewis M, D. Schonfeld, 2002].

After administering the investigative tools and performing data analysis, only some of the hypotheses in this paper have been confirmed. This helped us to highlight a number of interpretations, which pointed

out the presence of significant differences between levels of depression, anxiety and self-esteem in the three groups of parents.

The first hypothesis rejects the research hypothesis: there is no difference concerning the level of somatization among the three groups, any differences being attributable solely to other causes.

The second hypothesis confirmed that there are significant differences in the level of depression among the three groups. More than that, comparing the effect size for the two types of disorders, we note that the neurological disorders in children compared with psychiatric disorders have a greater impact on the level of parental depression.

The third research hypothesis is confirmed, too. Nevertheless, although differences in the level of anxiety among parents of children with disorders (neurological and psychiatric) compared to the anxiety of parents whose children are clinically healthy are statistically significant, the effect size of these differences is small. This means that the effect of children's disorders on their parents' anxiety level is low [Cohen cited Sava, 2004]. Consequently, there may be other factors, in addition to children's disorders, that influence these differences.

The fourth research hypothesis is also confirmed, there are statistically significant differences in the level of self-esteem among the three groups; comparing the effect size for the two types of disorders, we note that both the neurological and psychiatric disorders of children have the same impact on the parents' level of self-esteem.

The research hypothesis is not confirmed, which means that there are no differences between the three groups of parents concerning the level of marital satisfaction, any differences being due to other causes and not only to the health of the child.

The difficulties in accomplishing this paper were related to finding the appropriate group of subjects, made up of parents whose children have neurological disorders.

As limitations of the current study, we can mention the small number of subjects that participated in the analysis, while the research itself can be continued on a larger group of subjects. Other psychosocial and family factors with impact on the parents, the couple's life, the coping mechanisms that they use, etc., may be investigated, too.

\*  
\* \*

## BIBLIOGRAFIE / REFERENCES:

1. Milea, Ș. (2009). Profilaxia primară a tulburărilor psihice la copil și adolescent. Vol 2, Editura Ama Best Art, București.
2. Aubert/Godard A, Scelles R., Gargiulo M Avant M Gortais Jr. (2008). Des médecins parlent de leur expérience de l'annonce d'une maladie grave de l'enfant a ses parents. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 54, 125-132.
3. Mrazek D. (2002). Chronic Pediatric Illness and Multiple Hospitalizations. În: Lewis M, editor. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; p: 1143-1148.
4. Sava, F.A. (2004). Analiza datelor în cercetarea psihologică. Metode statistice complementare. Editura Cluj-Napoca: ASCR.
5. Karp & Tanarugsachock. (2000). Mental illness, caregiving, and emotion management. *Qual Health Res*, Jan; 10(1):6-25.
6. Hodapp, R.M., Krasner, D.V.(1995). Families of children with disabilities: Findings from a national sample of eight-grade students. *Exceptionality*, 5, 71-81.
7. Lewis M, Schonfeld D. (2002). Dying and Death in Childhood and Adolescence. In: Lewis M, editor. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins Publishers; p: 1151-1156.
8. Tari, R. (2014). Consecințele psihologice ale stării de sănătate a copilului asupra părinților. Timișoara. (Lucrare de disertație).