

METODE ȘI INSTRUMENTE DE LUCRU UTILIZATE ÎN EVALUAREA CŢOPIILOR ȘI ADOLESCENŢILOR PROVENIND DIN FAMILII CU UN PĂRINTE SUFERIND DE DEPRESIE ENDOGENĂ

METHODS AND TOOLS USED TO EVALUATE THE CHILDREN OF ENDOGEN DEPRESSIVE PARENTS

Laura Nussbaum¹, Simona Dumitriu², Monica Petcana³,
Eleonora Filimon³, Liliana Nussbaum³, Tiberiu Mircea¹

1-Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babes" Timisoara

2-Clinica de Psihiatrie și Neurologie pentru Copii și Adolescenți Timisoara

3-Centrul de Sănătate Mentală Timisoara

Rezumat

Vom prezenta rezultatele unui studiu efectuat asupra copiilor cu înalt grad de risc, urmași ai părinților cu depresie endogenă, comparativ cu un grup de copii proveniți din familii cu un părinte schizofren. Am utilizat trei instrumente de lucru standardizate: CBCL, Proba de Identificare Familială și Axa Va DSM IV. Prin aplicarea CBCL la părinții copiilor am evaluat modul în care părinții își percep copiii. Proba de Identificare Familială ne-a oferit informații privind modul în care copiii își percep proprii părinți și modalitatea lor de a se identifica cu aceștia. Prin intermediul Axei V a DSM IV au fost evaluate condițiile psihosociale anormale.

Cuvinte cheie: copii cu înalt grad de risc, depresie endogenă, identificare, condiții psihosociale anormale

Abstract

We will present the results of a study effectuated on high risk children, offsprings of parents with endogen depression, in comparison with the offsprings of the parents with schizophrenia. We utilized three standardised instruments: Children Behavioral Checklist (CBCL), Family Identification Probe (PIF), the Fifth(V)Axe – DSM IV. Through the CBCL application on the parents of children we evaluated the way in which the parents do see their children, their perception of their children. PIF offered us informations about the way in which the children do see their parents, and their capacity to identify themselves with them. Through the Fifth Axe of DSM IV the abnorm psychosocial conditions have been evaluated.

Key words: High risk children, Endogen Depression, Identification, Abnorm psychosocial conditions.

OBIECTIVELE CERCETĂRII

Studiul își propune o cercetare asupra copiilor cu înalt grad de risc provenind din familii cu un parinte suferind de depresie endogenă.

B. ETAPE DE LUCRU

Etapa I-a a studiului a constat în cercetarea fișierului LSM al Clinicii de Psihiatrie "Eduard

Pamfil" din Timisoara în scopul identificării familiilor în care există un membru major suferind de depresie endogenă.

Etapa a- II- a a studiului a constituit-o identificarea prin fișierul LSM al CNPCA Timisoara a copiilor și adolescenților care au necesitat consultații ambulatorii sau internări începând cu anul 2000 (permitând caracterul

retrospectiv al cercetării)

C. SELECTIONAREA CAZURILOR

O condiție a includerii în lotul tinta o reprezintă accesibilitatea copiilor și a familiilor lor.

Până în prezent s-au aplicat instrumentele de cercetare (CBCL, PIF, AXA V a , DSM IV) unui număr de 23 de copii.

D. LOTUL MARTOR

Este reprezentat de copiii cu înalt grad de risc aflați în evidența CNPCA Timisoara provenind din familii cu un părinte suferind de schizofrenie (cercetarea e efectuată pe 52 de copii, rezultatele studiului fiind comunicate în 2001)

STUDIUL PRACTIC cuprinde:

- Cercetarea modului în care sunt percepuți copiii de către părintele depresiv, respectiv părintele schizofren;
- Modalitățile de identificare-non-identificare ale copiilor din aceste familii cu modelele parentale psihopatologice;
- Evaluarea condițiilor psiho-sociale specifice fiecărei familii din lotul tinta și din lotul martor.

METODE SI INSTRUMENTE DE LUCRU

- CBCL (Child Behavior Checklist) elaborat de Achenbach & Edelbrock în 1983, include 112 itemi referitori la probleme de comportament și de competență socială, evaluate de părinți. Acest instrument nu a fost aplicat în scop diagnostic, ci pentru a evalua modalitatea în care părinții își percep propriul copil.

- PIF (Proba de Identificare Familială) utilizată pentru studiul relațiilor intrafamiliale (încercându-se o "cuantificare" a lor); aceasta se concentrează în special asupra procesului de identificare al copilului cu părinții săi. Conceptul de identificare se referă în aceeași măsură la aspecte individuale (imaginea de sine a copilului) cât și la aspecte interacționale.

Se folosesc 12 cartonase pe care sunt scrise diferite adjective prin intermediul cărora

copilul își caracterizează mai întâi părinții apoi pe sine însuși.

Cele 12 adjective respectă o anumită ierarhie, cel mai adecvat fiind întotdeauna cap de coloană, la sfârșit fiind așezat cel mai inadecvat. Ordinea completării de către copil este:

-eul real/eul ideal/portretul real al mamei/portretul ideal al mamei/portretul real al tatălui/portretul ideal al tatălui

- AXA V A DSM-IV descrie metodic acele aspecte ale situației psiho-sociale a copilului ce deviază semnificativ de la normal în raport cu gradul de dezvoltare, bagajul de cunoștințe și condițiile socio-culturale în vigoare. Categoriile incluse în această axă au fost alese știut fiind faptul că pot constitui factori de risc semnificativi:

0-Nu există tulburări semnificative ale condițiilor psiho-sociale

1-Relații intrafamiliale anormale

2-Tulburare psihică, comportament anormal sau handicap în familie

3-Comunicare intrafamilială inadecvată sau distorsionată

4-Condiții anormale de creștere și educație

5-Ambianța abnormă

6-Evenimente de viață acute, traumatizante

7-Factori traumatizanți sociali

8-Factori traumatizanți cronici, de natură interumană, legați de școală sau de locul de muncă

9-Evenimente sau situații traumatizante legate de tulburările de comportament sau de handicapul copilului.

REZULTATELE OBTINUTE ÎN URMA APLICĂRII CBCL

Analizând rezultatele obținute prin aplicarea CBCL la părinții depresivi, respectiv schizofreni ai copiilor din lotul tinta și lotul martor, în funcție de sexul copilului, se observă:

- Toți copiii înregistrează scoruri ridicate la itemii pentru depresie, hiperactivitate și agresivitate, indiferent de sexul copilului sau de boala părintelui (schizofrenie sau depresie);

• În lotul copiilor cu părinți schizofreni, baietii înregistrează scoruri similare cu ale fetelor la itemii de internalizare (deprimat, evitant, acuze somatice, schizoid-obsesiv), iar la cei de externalizare (hiperactiv, delicvent, agresiv) scorurile sunt crescute la băieți față de fete, fapt ce corespunde cu datele din literatură.

• În lotul țintă (copiii cu părinți depresivi), baietii obțin scoruri ridicate la itemii pentru depresie și comportament evitant, depășind scorurile obținute de fete, ceea ce indică o vulnerabilitate crescută a băieților din familiile cu un părinte depresiv.

Scorurile obținute la CBCL de fete și băieți apreciați de părintele schizofren, respectiv depresiv (tabel 1)

• Aceste date obținute prin aplicarea unui instrument reliabil părinților psihotici, sunt diferite de concluziile studiilor internaționale efectuate prin aplicarea CBCL în populația generală, acest fapt datorându-se incapacității părinților psihotici (schizofreni sau depresivi) de a evalua obiectiv comportamentul copilului.

• Corelând scorurile brute obținute prin aplicarea CBCL comparativ cu diagnosticul clinic, s-a constatat faptul că evaluarea efectuată de către părintele psihotic este distorsionată, existând fie o exagerare a simptomatologiei, fie ignorarea completă a simptomatologiei copilului.

În cazul familiilor cu un părinte depresiv endogen, din cei 23 de părinți cu depresie endogenă, un singur părinte surprinde

	Cu părinți schizofreni	Cu părinți depresivi
Activități	2,28	4,76
Social	5,11	6,12
Scoala	3,71	3,66
Total	9,41	14,54

cu acuratețe problematica copilului în conformitate cu diagnosticul clinic.

Boala parent.	Media scor	Depr	Evit	Acuze somat	Schiz-obs	Hiper-activ	Delicv.	Agresiv	Crud
Schiz.	Fete	12,8	5,2	6,2	0,6	9,6	0,6	10,8	2,2
	Baieti	12,68	9,37	6,37	4,25	10,68	3,06	17,37	3
Depr.	Fete	10	6,4	4,26	3,26	9,8	2,06	15,33	2,46
	Baieti	12,9	9,1	6	5,8	10,7	1,6	8,3	1,3

Scorurile pe cele trei subscale de competență și pe scala totală de competență socială

Tipuri de comportament (internalizare/externalizare) manifestat de cele două grupuri

		CU PĂRINȚI SCHIZOFRENI	CU PĂRINȚI DEPRESIVI
Scoruri de internalizare	Deprimat	21,91	11,58
	Evitant	8,56	7,73
	Acuze somatice	6,47	5,11
	Schizoid-obsesiv	3,69	4,26
	Total	7,90	6,62
Scoruri de Externalizare	Hiperactiv	10,61	10,62
	Probleme sexuale	1,69	2,23
	Delicvent	2,47	1,75
	Agresiv	15,65	14,58
	Crud	2,7	2,31
	Total	7,17	6,29

Rezultatele obținute în urma aplicării probei de identificare familială la copiii din lotul țintă și din lotul martor

• Relațiile intrafamiliale au fost studiate încercându-se o cuantificare a lor prin PIF, care se concentrează în special asupra procesului de identificare al copilului cu părinții săi.

Prin aceasta proba se cercetează legăturile familiale așa cum sunt ele percepute de copil.

Ca măsură a similitudinii între caracterizările făcute de copil se utilizează rangul corelației între diferitele șiruri. Pot fi calculați 6 coeficienți de corelație după cum urmează:

Interpretarea coeficienților de corelare din PIF

Coeficient	Interpretare
S	Similitudine între eu real și eu ideal (S = congruența de sine)
P	Similitudine între mama și tata (P = asemanarea părinților)
R-M	Similitudine între eu real și mama
R-T	Similitudine între eu real și tata
I-M	Similitudine între eu ideal și mama
I-T	Similitudine între eu ideal și tata

• Rangurile de corelație Spearman (r) obținute reprezintă un indice pentru măsura în care pacientul se percepe asemănător sau diferit față de unul din părinți, cu care din aceștia se identifică și, în final, cat de multumit

cu sine este copilul, respectiv tendințele sale autocritice.

- Rangurile medii de corelație pentru autoevaluarea copilului, evaluarea părintelui bolnav, evaluarea părintelui sănătos reflectă procesul de identificare al copiilor. Factori importanți sunt de asemenea sexul pacientului și al părintelui suferind precum și vârsta copilului.

- Pentru identificarea influențelor acestor factori s-a utilizat analiza multivariantă ANOVA/MANOVA în care variabilele "dependente" sunt reprezentate în funcție de părinte (mama sau tata) și variabilele "independente" sunt reprezentate de părintele bolnav.

- Deosebit de semnificativ este faptul ca în aceste familii nu doar identificarea cu părintele bolnav este scăzută, ci și tendința de identificare a copiilor cu părinții în general și cu cel sănătos este scăzută.

- Dacă negândim la faptul că identificarea cu părinții are o importanță centrală pentru dezvoltarea personalității copilului, aceasta presupune ca acești copii prezintă un proces parțial de formare a identității

Corelatia rangurilor		Interpretare	
Segment	Semnificatie	interpretare	Valoare ridicata inseamna
R-M	Similitudine eu real-mama	Identificare reala cu mama	"sunt ca mama"
R-T	Similitudine eu real - tata	Identificare reala cu tata	"sunt ca tata"
I-M	Similitudine eu ideal-mama	Identificare ideala cu mama	"as vrea sa fiu ca mama"
I-T	Similitudine eu ideal-tata	Identificare ideala cu tata	"as vrea sa fiu ca tata"

1. Variabile dependente, în funcție de părinte (mama-tata)	
I-T	Identificare ideala cu tata
I-M	Identificare ideala cu mama
R-T	Identificare reala cu tata
R-M	Identificare reala cu mama
2. Variabile dependente, în funcție de părintele bolnav	
I-S	Identificare ideala cu părintele sănătos
I-B	Identificare ideala cu părintele bolnav
R-S	Identificare reala cu părintele sănătos
R-B	Identificare reala cu părintele bolnav

Corelatia rangurilor în PIF

Analiza multivariantă ANOVA utilizează variabilele dependente:

	Analiza 1		Analiza 2	
Variabile dependente	I-T	Identificare ideala cu tata	I-S	Identificare ideala cu parint. sanatos
	I-M	Identificare ideala cu mama	I-B	Identificare ideala cu parint. bolnav
	R-T	Identificare reala cu tata	R-S	Identificare reala cu parint. sanatos
	R-M	Identificare reala cu mama	R-B	Identificare reala cu parint. bolnav
Factori	a)	Tip	Tipul îmbolnăvirii psihice a părintelui	
	b)	Parinte bolnav	Care părinte este bolnav?	
	c)	Sex	Sexul copilului examinat	
Covariante	a.	Vârsta		
	b.	QI		

Analiza multivariantă MANOVA

Corelațiile Spearman transformate z

Copii din familii	Cu părinte depresiv			Cu părinte schizofren		
	r*	z**	z-STD-**	r	z	z-STD
Eu ideal - părinte sănătos	.688	.844	(.698)	.299	.308	(.399)
Eu ideal - părinte bolnav	.442	.475	(.667)	.285	.293	(.479)
Eu real - părinte sănătos	.550	.619	(.577)	.378	.398	(.647)
Eu real-părinte bolnav	.504	.555	(.549)	.301	.311	.492)

* Corelații Spearman .

** valori transformate z

*** în paranteza apar deviațiile standard

CONCLUZII ÎN URMA APLICĂRII PIF

- Efectul factorului "tip îmbolnăvire" la toate variabilele (I-T,I-M, R-T, R-M) - valorile medii în "familii depressive" sunt mai ridicate față de "familii schizofrene" . diferența semnificativă se dovedește a fi mai ales la variabila "identificarea ideală cu tatăl", și anume, în "familii depressive" există o identificare ideală semnificativ crescută cu tatăl față de copiii din "familii schizofrene". Aceasta indică faptul că o boală din spectrul schizofreniilor are o influență mult mai accentuată asupra relației părinte-copil decât o boală depresivă a unui părinte.

- În general, afectarea psihotică a mamei este mai importantă pentru copil decât a tatălui, și influența acestei boli are un efect direct și stigmatizant asupra copilului.

- Frecvența absolută și modelul valorilor de identificare în familiile "depressive" se apropie mai mult de normalitate decât cele din familiile "schizofrene". Ipoteza reală de la care se porneste este că în familiile depressive forțele centripete, coeziunea familială și tendințele de identificare sunt sporite.

Aceste rezultate ne confirmă că:

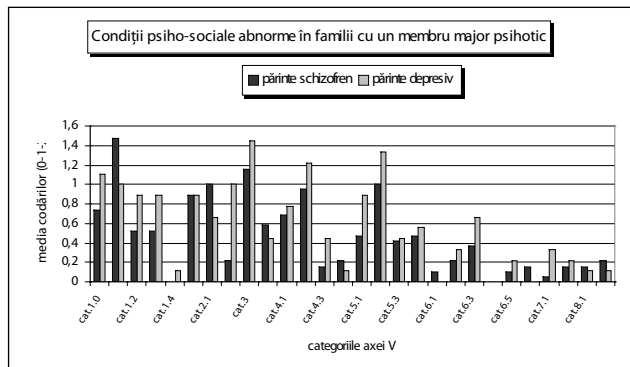
- Identificarea copiilor cu părinții lor este diminuată printr-o boală psihotică în familie, indiferent dacă mama sau tatăl sunt bolnavi.

- Capacitatea de identificare a copilului cu părintele este în mod deosebit diminuată

atunci cand e vorba de o boala schizofrenia
- Identificarea copilului cu parintii sai este diminuata mai ales atunci cand cea bolnava este mama, indiferent daca aceasta sufera de o depresie endogena sau de schizofrenie

Rezultatele obtinute în urma aplicarii interviului semistrukturat al axei a v-a a dsm-iv la copiii din lotul tinta și din lotul martor

- Este evidenta presiunea psiho-sociala la care este supus copilul într-o familie cu un membru major depresiv, semnificativ crescuta fata de familiile în care exista un parinte schizofren.



Concluziile obtinute în urma aplicarii instrumentelor

Prin aplicarea celor trei instrumente standardizate de evaluare a copiilor din lotul studiat (copiii cu părinți depresivi) și din lotul martor (copiii cu părinți schizofreni) putem sustine urmatoarele concluzii :

1. Perceperea copilului de către părintele bolnav este mai distorsionată în cadrul familiilor “depressive” față de aceea din familiile “schizofrene”. Desigur, există câteva excepții, acest lucru depinzând de momentul evolutiv al bolii părintelui schizofren atunci când a fost completat CBCL-ul.

2. Identificarea copilului atât cu părintele bolnav cât și cu părintele sănătos este foarte scăzută în familiile “schizofrene”, cu atât mai mult atunci când cea bolnavă este mama.

3. Condițiile psiho-sociale abnorme

în care trăiesc copiii sunt mai numeroase în familiile cu părinte depresiv, acest fapt constituind o împovărare suplimentară pentru dezvoltarea psihologică și prognosticul bolii copilului.

Frecvența codărilor pozitive pe categoriile axei V

1.Lipsa de căldură în relația părinte-copil	18	52,94%
2.Dizarmonie intrafamilială între adulți	25	73,52%
3.Respingere dușmănoasă sau inducerea sentimentului de “tap ispasitor”	18	52,94%
4.Maltratare fizica a copilului	14	41,17%
5.Tulburare psihică sau comportament anormal ale unui părinte	26	76,47%
6.Handicap-fizic sau intelectual-al unui parinte	24	70,58%
7.Handicap al unui frate	5	14,7%
8.Comunicare intrafamiliala inadecvata sau distorsionata	24	70,58%
9.Împiedicarea unui comportament independent	15	44,11%
10.Infantilizarea copilului	11	32,35%
11.Supraveghere și îndrumare părintească insuficiente	6	17,64%
12.Control părintesc ineficient	14	41,17%
13.Lipsa de influență asupra copilului	9	26,47%
14.Lipsa de conversație în familie	22	76,47%
15.Lipsa de activitate în afara locuinței	26	76,47%
16.Interzicerea jocului	21	61,76%
17.Lipsa de jucării	20	58,82%
18.Solicitări necorespunzătoare sexului copilului	2	5,88%
19.Solicitări necorespunzătoare vârstei copilului	5	14,7%
20.Solicitări necorespunzătoare personalității copilului	7	20,58%
21.Creștere într-o instituție	6	17,64%
22.Situație parentală anormală	9	26,47%
23.Familie izolată	17	50%
24.Lipsa de vizitatori	16	47,05%
25.Lipsa de prietenii personale	16	47,05%
26.Influenta izolarii sociale asupra copilului	13	38,23%
27.Conditii de viata cu efecte daunatoare asupra familiei	14	41,17%
28.Conditii de viata cu efecte daunatoare în afara familiei	11	32,35%
29.Pierderea unei relatii dragi	7	20,58%
30.Conditii amenintatoare în urma înstrairii	3	8,83%
31.Relatii familiale înrautate prin noi membri de familie	3	8,83%
32.Eșec	6	17,64%
33.Batjocorire publica	4	11,76%
34.Eventimente înfricoșătoare	8	23,52%
35.Urmărire sau discriminare socială	5	14,7%
36.Relatii abnorme de ceartă cu colegiil	9	26,47%
37.Inducerea sentimentului de “țap ispășitor”de către profesor	3	8,83%
38.Nelinște generală la școala/locul de muncă	4	11,76%

Obiective viitoare :

1.Continuarea studiului prospectiv și reevaluarea cazurilor din lotul tinta la sase luni

prin aplicarea aceluiași instrumente

2. Aplicarea Chestionarului pentru evaluarea familiei (Family assessment device-FAD utilizat pentru studiul proprietăților structurale și organizaționale ale grupului familial și patternurile interacționale între membrii familiei)

3. Scopul aplicării FAD este evaluarea unor aspecte ale funcționării familiale atunci când acestea au un membru bolnav și includerea acestor familii într-o terapie multimodală.

Bibliografie

1. Achenbach, T. & C. Edelbrock Manual for Child Behavior Checklist Queen City Printers 1983

2. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry, 8 ed. Williams and Wilkins 1998

3. Oates M.: Patients as Parents: The Risk to Children, în "British Journal of Psychiatry" 170(32), 1997.

4. Poustka, F. U. Lehmkuhl (Hg) Gefährdung der kindlichen Entwicklung Quintessenz Verlag München 1993

5. Remschmidt, H. & Schmidt, M. (Hrsg.) (unter Mitarbeit von C. Klicpera). (1986). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Mit einem synoptischen Vergleich zum DSM-III. 2., rev. Aufl. Bern: Huber. (1. Aufl. 1977)

6. Remschmidt, H. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1988 a). Alternative Behandlungsformen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Stationäre Behandlung, tagesklinische Behandlung und Home-Treatment im Vergleich. Stuttgart: Enke. (Klinische Psychologie und Psychopathologie, Bd. 47)

7. Remschmidt, H. (1993c). Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter. In Lungershausen, E., Joraschky, P. & Barocka, A. (Hrsg.). Depression. Neue Perspektiven der Diagnostik und Therapie (S. 49—72). Berlin: Springer, (Duphar Med Communication, Bd. 6)

8. Rutter M.: Age as an Ambiguous Variable in Developmental Research:

Some Epidemiological Considerations from Developmental Psychopathology, în "International Journal of Behavioral Development", 12 (1-34), 1989.

9. Rutter, M Depression in young people, New York 1986

10. Rutter, M Psychosocial resilience and protective factors in the development of psychopathology, Cambridge University Press 1992

11. Simon Baron-Cohen, Dante Cicchetti Developmental Psychopathology, Eds. D. Cicchetti, S. Cohen, New York, 1995