

STRATEGII DE COPING ALE FAMILIEI ÎN CAZUL ÎMBOLNĂVIRII UNUI PĂRINTE DE TRAUMATISM CRANIO-CEREBRAL SEVER SAU MEDIU CA PUNCT DE PORNIRE ÎN ORIENTAREA INTERVENȚIEI PSIHOLOGICE PSIHOOPROFILACTICE

FAMILY COPING STRATEGIES WHEN A PARENT HAS A SEVERE OR MEDIUM CRANIO-CEREBRAL TRAUMATISM AS A STARTING POINT IN PSYCHO-PROPHILACTICAL INTERVENTION

Florentina Palada

REZUMAT

Cunoașterea strategiilor de coping ale familiei în situația îmbolnăvirii bruște a unui părinte constituie un factor de bază al intervenției terapeutice preventive. Aceste strategii pot fi evaluate prin instrumente specifice, iar datele obținute reprezintă un punct de pornire pentru intervenția psihoprofilactică. Sunt prezentate datele prelucrate statistic referitoare la strategiile de coping de la nivelul familiei (chestionare F-COPES și FAD), precum și concluziile mai largi ce decurg din analiza sintetică a datelor din studiu. Aceste date pot fi extrapolate și la alte categorii de boli ce au un debut brusc.

Cuvinte cheie: strategii de coping, psihotraumă, psihoprofilaxie, disstres, reziliență, consiliere psihologică.

ABSTRACT

Knowledge of the family coping strategies when a parent suddenly became ill constitutes a basic factor of preventive therapeutic intervention. They can be evaluated by specific instruments and the data can represent a starting point for psycho-prophilactical intervention. The article presents the statistically data about the family coping strategies (F-COPES and FAD questionnaires) and the larger conclusions of this research. This data could be extinguishing to the other illness category which starts suddenly.

Key words: coping strategies, psycho-trauma, psycho-prophylaxy, distress, resilience, psychological counseling.

Psiholog clinician principal, Doctorand, Psihoterapeut formator în Psihoterapie Centrată pe Persoana, București

Adresă corespondență:
Bd. Camil Ressu nr. 26, bl. A7, Ap. 40, Sector 3, București
flo.palada@yahoo.com

Main clinical psychologist, PhD, Main psychotherapist, Person-centered psychotherapy, Bucharest

Correspondence address:
26, Camil Ressu street, bl. A7, Ap. 40, Sector 3, Bucharest
flo.palada@yahoo.com

Deoarece aspectul impactului îmbolnăvirii bruște prin traumatism cranio-cerebral sever sau mediu a unuia dintre părinți asupra familiei ca sistem și în mod special asupra copiilor este puțin abordat în literatura de specialitate din lume, iar la noi în țară este o nouitate, mi-am propus prin această cercetare să identific și să urmăresc pe parcursul a 6 luni reacțiile psihologice ce apar în familie în situația descrisă mai sus. Am evaluat aceste procese psihologice interne deosebit de complexe cu ajutorul instrumentelor: KID-COPE (Checklist for Coping Strategies), F-COPES

(Family Crises Oriented Personal Scales), FAD (Family Assessment Device), BADO-C (Documentation of Socio-Demographic and Socio-Economical Status), Index Karnofsky.

Chestionarele au fost aplicate în 2 momente:

î Momentul inițial (**T0**): prima aplicare a fost făcută în spital atât părintelui sănătos cât și copilului (cu ocazia unei vizite la părintele bolnav). Ele au fost completeate în prezența psihologului care pentru a putea răspunde oricarei neînțelegeri și a mări acuratețea datelor.

î Momentul final (**T2**): reevaluarea a fost făcută după 6 luni de la momentul T0 la domiciliul familiei. Aplicarea s-a făcut de asemenei în prezența psihologului atât părintelui de sprijin cât și copilului.

În articolul prezent propun analiza datelor obținute prin aplicarea a 2 dintre chestionarele cercetării, cele referitoare la evaluarea funcționării familiei ca și întreg pe durata expunerii la psihotraumă: F-COPES și FAD.

F-COPES (Family Crisis Oriented Personal Scales, Hamilton, 2000) evaluează stilul de coping al familiei. Scalele "Family Crisis Oriented Personal Evaluation" sunt concepute pentru a înregistra atitudinile și comportamentele efective de "problem-solving" – rezolvarea problemelor- pe care familiile le adoptă ca răspuns la probleme și dificultăți.

Tabelul 1. Caracteristicile lotului de subiecți analizat (comun T0 ... T2)

Număr de familii	52 familii	
Sexul părintelui bolnav	33 tăți (bărbați)	19 mame (femei)
Sexul copilului	20 băieți	32 fete
Vârstă copilului	15 copii mici (7-12 ani)	37 copii mari (13-18 ani)
Copil unic la părinți?	18 copii unici	34 copii cu frați / surori
Acordarea de consultanță	26 familii probant (au primit consiliere)	26 familii martor (nu au primit consiliere)

Organizatorii studiului au împărtit de manieră aleatorie grupul cercetat în două subgrupuri aproximativ egale ca volum și a acordat primului subgrup (grupul probant) 4 ședințe de consiliere psihologică în decursul celor 6 luni în care s-a desfășurat cercetarea, în timp ce celuil de-al doilea subgrup (grupul martor) i s-a oferit la momentul inițial al desfășurării cercetării (t0) o broșură informativă.

Ipotezele studiului își propun o investigare cu valoare descriptivă a fenomenului și o analiză comparativă longitudinală și transversală în funcție de variabilele naturale (sex, vârstă copilului, sexul părintelui bolnav) precum și de variabila experimentală (acordarea de consiliere lotului probant). Investigația statistică se

Chestionarul cuprinde 30 de itemi, fiecare dintre ei evaluând intensitatea descrierii pe o scală Likert cu 5 trepte: 1="dezacord puternic", iar 5="acord puternic". Scorul total, precum și cel al fiecărei scale în parte arată gradul în care familia folosește o strategie specifică de coping. Chestionarul a fost completat de părintele sănătos, iar datele obținute se referă la următoarele scale: *Căutarea sprijinului, Restructurare, reorganizare, Orientarea către sprijin spiritual, Mobilizarea familiei către căutarea și acceptarea ajutorului, Evaluarea pasivă*.

FAD (Family Assessment Device de Epstein, Baldwin și Bishop 1983) este un chestionar pentru evaluarea funcționării familiei ca un întreg. Conține 60 de itemi, alegerea făcându-se pe o scală Likert cu 4 trepte: "acord susținut", "acord", "dezacord", "dezacord susținut". Scorurile înalte indică un grad înalt de disfuncționalitate a familiei. Dimensiunile sunt: *Funcționare generală, Rezolvarea de probleme, Comunicare, Roluri, Receptivitatea afectivă, Implicare, Control comportamental*.

Lotul cercetării cuprinde un număr de 58 familii (ulterior au ramas 52 în analiza comună) legal constituite, cu copii cu vârste cuprinse între 6-17 ani, familiile în care unul din părinți a suferit un traumatism crano-cerebral sau medular sever sau mediu.

concentrează pe punerea la îndoială a ipotezei nule, cum că nu există nicio diferență între diversele categorii de subiecți generate de variabilele luate în analiză.

Analiza comparativă longitudinală: T0 vs T2

Pentru început, să studiem felul în care strategiile de coping în familie au evoluat de la momentul inițial la cel final în rândul întregului eșantion de copii, indiferent de caracteristicile acestora, la nivelul celor 6 indici sintetici ce au rezultat din agregarea celor 30 de indicatori ai chestionarului FCOPES: adaptarea generală (etichetată "Total" în grafice) și cele cinci dimensiuni postulate de autorii testului FCOPES: sprijinul social, redefinirea situației (reframing), sprijinul spiritual, mobilizarea familiei și evaluarea pasivă.

ANALIZA F-COPES

Strategii de coping în familie (FCOPES)

30 itemi inițiali. Valori medii. În ordinea descrescătoare a mediilor

Evoluție t0 ... t2

N = 52 cazuri (cazuri comune t0 & t2)

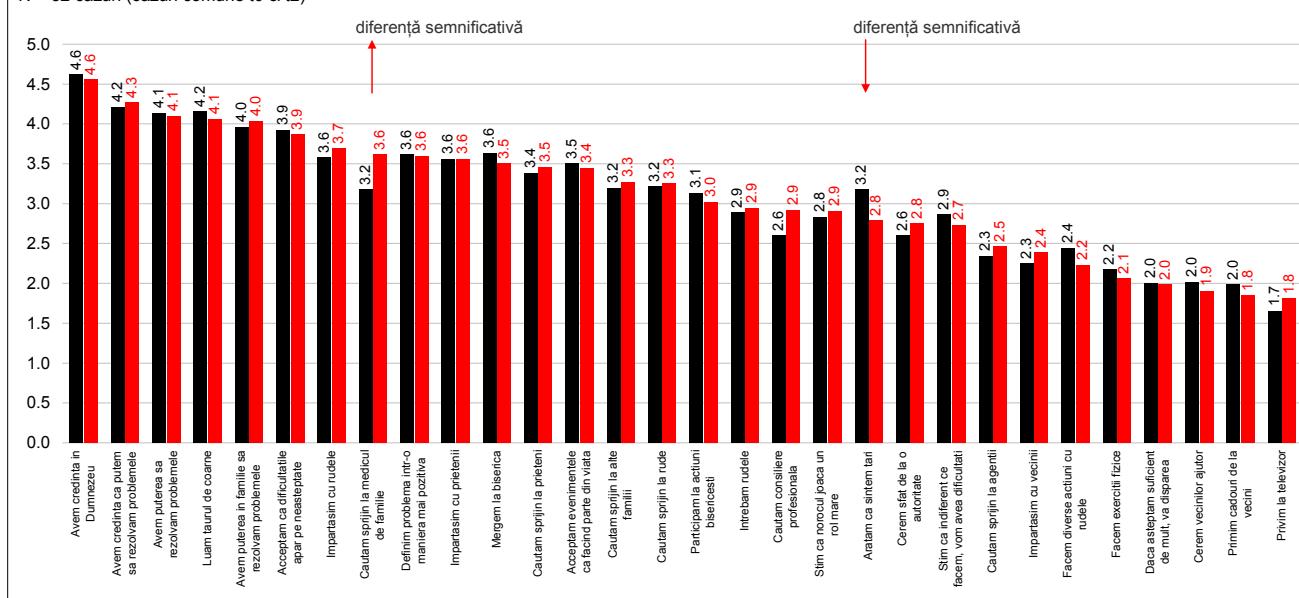


Fig. 1. Evoluția strategiilor de coping în familie (FCOPES) de la momentul inițial T0 la cel final T2 al cercetării.

Indicii FCOPES	T0	T2	Diferență	Probabilitatea de acceptare a ipotezei nule H0: T0 = T2 p (sig, 2-tailed)
TOTAL (Adaptare generală)	41%	43%	3%	0.341
E. Evaluare pasivă	65%	67%	2%	0.467
D. Mobilizarea familiei	48%	56%	7%	0.035
A. Sprijin social	51%	53%	2%	0.446
B. Redefinire (reframing)	41%	34%	-7%	0.023
C. Sprijin spiritual	31%	32%	1%	0.751

Tabelul 2. Evoluția strategiilor de coping în familie (FCOPES) de la momentul inițial T0 la cel final T2 al cercetării. Indicatori sintetici standardizați. Valori medii (centile)

ANALIZA FAD

Analiza comparativă longitudinală: T0 vs T2

Trecem aşadar direct la studiul comparativ al fețelor în care strategiile de funcționare în familie evidențiate de testul FAD au evoluat în rândul întregului eșantion analizat, indiferent de caracteristicile acestora, la nivelul celor 7 indici ai chestionarului FAD: funcționarea generală (etichetată "Total" în grafice) și cele șase dimensiuni distincte: rezolvare de probleme, comunicare, roluri în familie, receptivitatea afectivă, implicare afectivă și control comportamental.

În urma analizei statistice a datelor culese de la lotul intrat în studiu putem formula următoarele concluzii semnificative statistic:

1. Categoriile la care amenințarea psihotraumei este mai mare, identificate ca urmare a analizei statistice comparative a diverselor subploturi sunt: "a fi copil unic", "a fi copil mic" și "a avea mama bolnavă". Dimensiunea strategiilor de coping se relaționează cu cea a factorilor de risc.
2. Lotul părinților de sprijin cu mai mulți copii

		T0	T2	Diferență	Probabilitatea de acceptare a ipotezei nule H0: T0 = T2 p (sig, 2-tailed)
7	TOTAL (Funcționare generală)	1.9	1.9	0.0	0.69
6	Controlul comportamental	2.4	2.3	-0.1	0.07
3	Rolurile în familie	2.3	2.3	0.0	0.79
5	Implicarea afectivă	2.2	2.2	0.0	0.92
4	Receptivitatea afectivă	2.1	2.2	0.0	0.78
2	Comunicarea	2.1	2.1	0.0	0.82
1	Rezolvarea de probleme	1.9	1.9	0.0	0.50

Tabelul 3. Evoluția dimensiunilor de funcționare în familie (FAD) de la momentul inițial T0 la cel final T2 al cercetării. Indicatori sintetici. Scoruri medii standardizate

percepe că are resurse emoționale mai puține de a face față situației (strategia de coping “mobilizarea familiei”, 59% la T0 la părinții cu copil unic, 42% la T0 la cei cu mai mulți copii), însă, din contră, copiii din familiile respective sunt mai bine adaptați.

3. Lotul părinților de sprijin cu copil unic consideră că reușește să facă față situației în familie (“mobilizarea familiei” 59% la T0 față de 42% la părinții cu mai mulți copii), însă copilul unic se percepe ca fiind mai vulnerabil, cu mai multe responsabilități și mai puțin capabil să se descurce. Fapt care este important pentru serviciile de consiliere, pentru a avea în vedere vulnerabilitatea mai mare a copilului unic.
4. Răspunsul la psihotraumă este statistic semnificativ diferit la lotul de fete și băieți. Fetele din lot conștientizează de la început mai bine situația, sunt mai preocupate de rezolvarea problemelor din familie și trăiesc din punct de vedere emoțional mai intens situația (din diferențele de incidențe prezentate anterior). În schimb, băieții din lot la început sunt “mai departe” de ce se întâmplă în familie și se implică în noua situație din familie mai târziu, ceea ce arată că sunt mai vulnerabili și că au apărări mai puternice.
5. Variațiile mici de la momentul inițial la momentul final al cercetării, faptul că incidențele strategiilor de coping rămân crescute și la șase luni de la traumă arată că răspunsul la psihotraumă are o mare întindere în timp și că mediul continuă să fie percepțut ca fiind

amenințător. Ceea ce se poate constitui într-un alt factor de risc pe termen lung.

6. Un alt factor de risc identificat este sexul părintelui bolnav, intensitatea disfuncționalității în familie fiind mai crescută în familiile cu mame bolnave, ceea ce arată că mama reprezintă nucleul relationării și sprijinului emoțional pentru copii în familie.
7. Evaluarea datelor statistice la cei cu consilierare față de cei care au primit broșură arată că în urma **consilierii** la nivelul strategiilor de coping s-a îmbunătățit semnificativ statistic **capacitatea de evaluare și re-evaluare a situațiilor apărute și a crescut flexibilitatea de a lua în calcul informațiile nou apărute la lotul probant** (de la 83% la T0 la 96% la T2), în timp ce la lotul martor a rămas la aceleași valori (69% la T0 și 69% la T2) ceea ce arată la lotul probant o creștere a capacitatei de adaptare la prezentul în permanentă schimbare, în timp ce alte strategii au rămas la incidențe similare.
8. S-au evidențiat în cele 6 luni procese de **convergență** (fenomene care variau la T0, iar la T2 își reduc sau anulează variația) **divergență** (fenomene care la T0 nu variau, iar la T2 au prezentat o variație semnificativă) și **egalitate** ale strategiilor de coping la copii în funcție de variația semnificativ statistică a acestora între T0 și T2 pe cele 5 categorii de variabile. Intensitatea modificărilor apare pe categorii de variabile astfel: “vârstă copiilor” (70% modificări la cele 10 strategii de coping), “sexul părintelui bolnav” (60%), “sexul copii-

lor"(40%), "copil unic/cu frați"(40%), consiliere psihologică"(30%). Dintre ele sunt 32% procese de divergență și 12% de convergență. Dintre strategiile de coping variațiile cele mai intense sunt la: "gândirea dezirabilă"(3 divergențe, 1 convergență și o diferență continuă), "distragere" (2 divergențe, 1 convergență), "re-glare emoțională" (3 divergențe), "rezolvarea problemelor" (1 convergență, 1 divergență, 1 diferență continuă), "restructurare cognitivă" (2 divergențe). Putem sintetiza este vorba de un proces ce se derulează în timp, că există o

*
* *

Since the response modalities in the case of sudden illness by prin severe or medium crano-cerebral trauma of one of the parents over tha family as a system and especially over the children is rarely approached in the specialist documentation in the world, and in our country it is a novelty, I have endeavoured through this research to identify and to follow for 6 months the psychological reactions which occur in the situation described above. I evaluated these highly complex internal psychological processes in children and in the support parents with the help of the following instruments: KIDCOPE (Checklist for Coping Strategies), F-COPES (Family Crises Oriented Personal Scales), FAD (Family Assessment Device), BADO-C (Documentation of Socio-Demographic and Socio-Economical Status), the Karnofsky Index.

The questionnaires were applied in two moments:

î The initial moment (**T0**): the first iteration was performed in hospital both to the healthy parent and to the child (on the occasion of a visit to the ill parent). They were completed in the presence of the psychologist in order to allow the clarification of any misunderstanding and in order to increase the accuracy of the data.

î The final moment (**T2**): re-evaluation was made six months after the moment T0 in the family's home. The second iteration was also performed in the psychologist's presence, both to the supporting parent and to the child.

In this articol I propose data analyses of the 2 following scales referring to the evaluation of family functioning as a whole during the exposure period to the psychotrauma: F-COPES and FAD.

F-COPES (Family Crisis Oriented Personal Sca-

inerție a desfășurării proceselor psihice generate de traumă care necesită monitorizare pe timp îndelungat, nu doar punctuală în zona de expunere la traumă.

9. Aceste familii se străduiesc să facă față situației de viață prin care trec și au nevoie de un sprijin din exterior: persoane din anturajul apropiat cu care să poată simți că "împart" suferința, precum și intervenție specializată care să se adreseze fenomenelor psihice ce apar în această situație traumatică, descrise pe larg până acum.

les, Hamilton, 2000) evaluates the family's coping style. The "Family Crisis Oriented Personal Evaluation" scales are conceived to record the actual "problem-solving" attitudes and behaviours which families adopt as a response to problems and difficulties.

The questionnaire contains thirty items, each of which evaluates the intensity of description on a five-step Lickert scale: 1="strongly disagree", and 5="strongly agree". The total score, as well as the score of each individual scale, shows the degree to which the family uses a specific coping strategy. The questionnaire was completed by the healthy parent, and the data thus obtained refer to the following scales: *Looking for support, Restructuring, reorganization, Orientation towards spiritual support, Mobilising the family towards seeking and accepting help, Passive evaluation*.

FAD (Family Assessment Device by Epstein, Baldwin and Bishop, 1983) is a questionnaire for the evaluation of the functioning of the family as a whole. It contains sixty items, and the choice is made on a four-step Likert scale: "strongly agree", "agree", "disagree", "strongly disagree". High scores indicate a high degree of family dysfunctionality. The dimensions are: *General functioning, Problem solving, Communication, Roles, Affective receptivity, Involvement, Behaviour control*.

The lot of the research comprises a number of 58 legally constituted families, with children aged between 6-17, families in which one of the parents suffered a severe or medium crano-cerebral or medular trauma.

The study's organisers randomly divided the group under research into two subgroups approximately equal in point of volume and offered the first

Number of families	52 families	
Gender of the ill parent	33 fathers (men)	19 mothers (women)
Child's gender	20 boys	32 girls
Child's age	15 small children (7-12 years old)	37 grown children (13-18 years old)
An only child?	18 only children	34 children with siblings
Granting of counseling	26 probationary families (received counseling)	26 witness families (did not receive counseling)

Chart 1. Characteristics of the analysed lot of subjects (common T0 ... T2)

subgroup (the probationary group) four sessions of psychological counseling throughout the six months during which research took place, whereas the second subgroup (the witness group) was offered an informative pamphlet at the initial moment of the research performed(t0).

This paper's hypotheses aim at an investigation with descriptive value of the phenomena, but also a transversal and longitudinal comparative analysis according to natural variables (gender, the child's age, the ill parent's gender), as well as an experimental variable (offering counseling to the probatory lot). The statistic investigation focuses on doubting the null hypothesis, namely that there is no difference among the categories of subjects generated by the variables under analysis.

F-COPES ANALYSIS

30 initial items. Medium values. In decreasing order of averages.

Evolution t0...t2

N=52 cases (common cases t0 & t2)
significant difference significant difference

Longitudinal comparative analysis: T0 vs T2

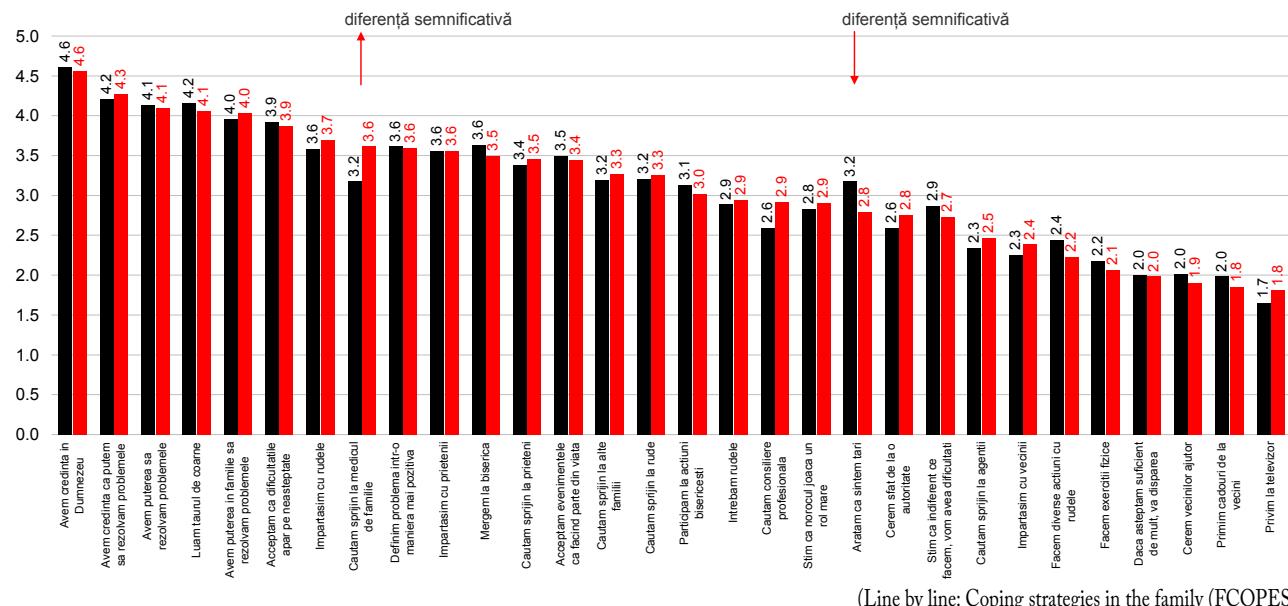
To begin with, let us study the way in which coping strategies in the family have evolved from the initial moment to the final one in the entire lot of children, irrespective of their characteristics, on the level of the six synthetic indices that resulted from the aggregation of the 30 indicators of the FCOPES questionnaire: general adaptation (labeled "Total" in the charts) and the five dimensions postulated by

Strategii de coping în familie (FCOPES)

30 itemi inițiali. Valori medii. În ordinea descrescătoare a mediilor

Evoluție t0 ... t2

N = 52 cazuri (cazuri comune t0 & t2)



(Line by line: Coping strategies in the family (FCOPES))

Fig. 1. Evolution of coping strategies in the family (FCOPES) from the initial moment T0 to the final one T2 of the research.

the authors of the FCOPES test: social support, re-framing the situation, spiritual support, the family's mobilisation and passive evaluation.

FAD ANALYSIS

Longitudinal comparative analysis: T0 vs T2

We shall move on therefore to the comparative study of the way in which the functioning strategies in the family set forth by the FAD test evolved in the entire analysed lot, irrespective of their characteristics, on the level of the 7 indices of the FAD questionnaire: general functioning (labeled "Total" in the charts) and the six și distinct dimensions: problem solving, communication, roles within the family, affective receptivity, affective involvement and behaviour control.

After the statistic analysis of the data obtained from the lot under study we can formulate the following statistically significant conclusions:

1. The categories for which the psycho-trauma threat is greater, identified as a result of comparative statistic analysis of various sublots are as follows: "being an only child", "being a small child" and "having the mother ill". The dimension of coping strategies is correlated with the one of risk factors.
2. The lot of support parents with more children senses that it has fewer emotional resources to cope with the situation (the coping strategy "family mobilisation", 59% at T0 for the parents with a single child, 42% at T0 for the parents with several children), yet, on the contrary, the children in those families are much better adapted.
3. The lot of support parents with a single child believes it manages to cope with the situation

in the family ("family mobilisation" 59% at T0 as compared to 42% in the case of parents with several children), yet the single child perceives himself as being more vulnerable, with more responsibilities and much less capable to cope. Fact which is important for the counseling services, in order to bear in mind the greater vulnerability of the single child.

4. The response to psycho-trauma is significantly different, from a statistical point of view, in the lot of girls and boys. The girls in the lot from the very beginning have a better awareness of the situation, are more preoccupied with solving the family problems and live through the situation at a higher level of intensity (from the differences in incidences presented previously). Conversely, the boys in the lot at the beginning are "farther away" from what is going on in the family and get involved into the new situation in the family later on, which shows that they are more vulnerable and that they have stronger defences.
5. The small variations from the initial moment of the research to the final one, the fact that the incidences of the coping strategies stay high even six months after the trauma show that the response to psycho-trauma has a larger extent in time and that the environment continues to be perceived as being threatening. Which may constitute another long-term risk factor.
6. Another identified risk factor is the ill parent's gender, the intensity of the dysfunctionality in the family being more increased in the families with ill mothers (pct.5,d), which goes to show that the mother represents the nucleus

FCOPES indices	T0	T2	Difference	Probability of accepting the null hypothesis H0: T0 = T2 p (sig, 2-tailed)
TOTAL (General adaptation)	41%	43%	3%	0.341
E. Passive evaluation	65%	67%	2%	0.467
D. Family's mobilisation	48%	56%	7%	0.035
A. Social support	51%	53%	2%	0.446
B. Reframing	41%	34%	-7%	0.023
C. Spiritual support	31%	32%	1%	0.751

Chart 2. Evolution of the a coping strategies in the family (FCOPES) from the initial moment T0 to the final one T2 of the research. Standardised synthetic indicators. Medium values (percent)

		T0	T2	Diffe-rence	Probability of accepting the null hypothesis H0: T0 = T2 p (sig, 2-tailed)
7	TOTAL (General functioning)	1.9	1.9	0.0	0.69
6	Behaviour control	2.4	2.3	-0.1	0.07
3	Family roles	2.3	2.3	0.0	0.79
5	Affective involvement	2.2	2.2	0.0	0.92
4	Affective receptivity	2.1	2.2	0.0	0.78
2	Communication	2.1	2.1	0.0	0.82
1	Problem solving	1.9	1.9	0.0	0.50

Chart 3. Evolution of the functioning dimensions within the family (FAD) from the initial moment T0 to the final one T2 of the research. Synthetic indicators. Standardised average scores

of relation-building and of emotional support for the children in the family.

7. The evaluation of statistical data from those with counseling against the data from those who only received the pamphlet shows that, following the counseling, on the level of coping strategies, statistically, there was a significant improvement of the **capacity to evaluate and to re-evaluate** the situations that occur and there **increased the flexibility of taking into account the newly-emerged information in the probatory lot** (from 83% at T0 to 96% at T2), whereas in the witness lot it stayed at the same values (69% at T0 and 69% at T2), which, in the case of the probatory lot, shows an increase of the capacity for adaptation to the ever-changing present, whereas other strategies remained at similar incidences.
8. There became apparent over the 6 months processes of **convergence** (phenomena that varied at T0, **and at T2** reduce or eliminate their variation), **divergence** (phenomena that did not vary at T0, and at T2 featured a significant variation) and **equality** of the coping strategies according to their statistically significant variation between T0 and T2 over the 5 categories of variables. The intensity of changes appears in categories of variables as follows: "children's age" (70% changes for the ten coping strategies), "the ill parent's gender"(60%), "children's gender"(40%), "single child/with siblings"(40%), "psychological

counseling"(30%). Among them, there are 32% divergence processes and 12% convergence ones. Among the coping strategies, the most intense variations are at: "wishes thinking" (3 divergences, 1 convergence and a continuing difference), "distraction" (2 divergences, 1 convergence), "emotional regulation" (3 divergences), "problem solving" (1 convergence, 1 divergence, 1 continuing difference), "cognitive restructuring" (2 divergences). In a nutshell, we can state that it is a process which unfolds in time, that there is an inertia of the occurrence of psychological processes generated by the trauma which necessitate long-term monitoring, not only punctual monitoring in the interval of exposure to trauma.

9. These children strive to cope with the life situation they go through and need external support: people from the close social circle with whom they can feel they "share" the suffering, as well as a specialised intervention which should address the psychological phenomena which occur in this traumatic situation, and which were described in detail until now.

BIBLIOGRAFIE / BIBLIOGRAPHY

1. Akister J., Stevenson-Hinde J. (1991). *Identifying families at risk: exploring the potential of the McMaster Family Assessment Device*, Journal of Family Therapy, 13: 411-421
2. Armsden G. & Lewis F.M. (1993). *The child's adaptation to parental medical illness: Theory and clinical applications*. Patient Education and Counseling, 22 (3): 153-165.
3. Babbie E., (2010). *Practica cercetării sociale*. Iași: Editura Polirom.
4. Briere, J.N. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
5. *Helping your children coping with trauma*. (n.d.). Accesat din www.redcross.org
6. Herman J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic.
7. Horowitz M.J. (2003). *Treatment of Stress Response Syndroms*. American Psychiatric Publishing, Washington.
8. Kleber, R. J. and Brom, D. (1992). *Coping With Trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam/Lisse: Swets and Zeitlinger.
9. Malchiodi, C. (2008). *Creative Interventions with Traumatized Children*. New York: The Guilford Press.
10. Masten, A (2001). *Ordinary magic: Resilience processes in development*, American Psychologist, 56 (3): 227-238.
11. McCubbin Hi., Joy CB, Cauble si altii (1980). *Family stress and coping: a decade review*. Journal of family 42: 855-871.
12. Milea, Ș.(2006). *Profilaxia primară a tulburărilor psihice la copil și adolescent*, vol. I, București: Editura Științelor medicale.
13. Milea, Ș.(2009). *Profilaxia primară a tulburărilor psihice la copil și adolescent- Categorii de copii cu risc crescut*, vol. II, Editura Ama Best Art, București.
14. Satir V. (1991). *Satir model: Family therapy and beyond*. New York: Science and Behavior Books.
15. Terr, L. C. (1991). *Childhood traumas: An outline and overview*. American Journal of Psychiatry, 148, 10-20.
16. Van Eijk, J.T. (1987). *Life events and family dynamics*. International Journal of Family Psychiatry, 8(3): 243-257.