

## Obstacole în consilierea psihologică multifocală a adolescentului cu tulburare de conduită

### Barriers in multifocal psychological counseling in adolescents with conduct disorder

Radiana Marcu<sup>1</sup>

#### REZUMAT

Consilierea psihologică multifocală a adolescentului cu tulburare de conduită se dorește a fi o formă de suport social, prin implicarea persoanelor semnificative pentru adolescent și respectarea nevoilor participanților. Implicarea familiei și a profesorilor, alături de adolescentul cu tulburare de conduită, într-un program de consiliere psihologică, poate suplimenta reducerea comportamentelor disfuncționale ale acestuia; de asemenea, prin această implicare și ceilalți participanți pot dobândi beneficii în planul dezvoltării personale.

Sunt puse în evidență obstacolele întâlnite în acest proces: numărul mare de refuzuri ale profesorilor, părinților și adolescenților. Refuzurile au fost exprimate imediat la propunerea integrării în studiu, sau pe parcurs prin amânarea, nerespectarea întâlnirilor, implicarea superficială în etapa de evaluare cu invalidarea rezultatelor sau neimplicarea în programul de consiliere psihologică stabilit.

Rezultatele cercetării confirmă și completează unele asumții corespunzătoare mediului sociocultural românesc vis a vis de oferta de servicii psihologice, chiar și în condiții de gratuitate.

**Cuvinte cheie:** tulburare de conduită, consiliere psihologică multifocală, obstacole

#### ABSTRACT

Multifocal psychological counseling in adolescents with conduct disorder aims to be a form of social support by involving the individual significant for the adolescent and by respecting the participants' needs. Family and teachers' involvement, beside the adolescent with conduct disorder, in a psychological counseling program can increment the decrease of dysfunctional behaviors in adolescent. More so, the family and the teachers themselves can benefit at a personal development level by their involvement.

In this paper, we underline the barriers encountered in the process: the high rejection rate of teachers, parents and adolescents. Rejections were expressed as soon as the proposal to take part in our research was formulated or during the participation, by postponement of sessions, failure in attending the sessions, superficial involvement in the assessment stage that lead to their results invalidation or by lack of involvement in the fore set psychological counseling program.

The results of our research affirm and supplement some assumptions regarding the openness towards psychological services in the Romanian socio-cultural environment, even when these services are free of charge.

**Keywords:** conduct disorder, multifocal psychological counseling, barriers

#### INTRODUCERE

Susținem că, o asemenea cercetare este necesară în România, date fiind dificultățile întâmpinate în abordarea acestor cazuri, implicarea lor într-un proces terapeutic și monitorizarea pe termen lung, dar și cunoașterea și valorificarea insuficientă, a unor instrumente de evaluare psihologica și a unor intervenții

psihologice, validate științific pentru tulburarea de conduită.

Această patologie, considerată refractară la intervențiile terapeutice, se prezintă ca și cazuri dificile, greu modificabile cu o scădere semnificativă a disponibilității acestora pentru schimbare, odată cu fixarea comportamentelor disfuncționale în patternuri de personalitate (Beck și colab., 2011/ 2004; Dlugos

---

<sup>1</sup> Psiholog clinician specialist, psihoterapeut  
lector univ. drd. Univ. de Vest Vasile Goldiș din Arad  
radi.marcu@yahoo.com

---

<sup>1</sup> Professional clinical psychologist, psychotherapist  
lecturer at West University „Vasile Goldis” Arad, Phd student  
radi.marcu@yahoo.com

și Friedlander, 2001).

Motivația persoanelor cu comportamente inacceptabile și relații proaste cu ceilalți de a cere ajutor specializat, este determinată de obicei, din exterior, de cei care-i solicită schimbarea (familie, școală, sistemul judiciar). Acești indivizi consideră că problemele lor rezultă din incapacitatea celorlalți de a-i accepta, și, că le este limitată libertatea (Beck și colab., 2011/ 2004, pp 164).

Pornim în acest demers de la premisa că schimbarea este posibilă, și așa cum Rogers (2008/ 1961) susținea, terapia are rolul de-a elibera și favoriza tendința înăscută a persoanei de a se îndrepta spre dezvoltare sau maturitate psihică atunci când această tendință a fost blocată. Susținem că o abordare multifocală în procesul de ameliorare a comportamentului disfuncțional al adolescentului cu tulburare de conduită este un predictor al succesului consilierii psihologice în timp.

## INFLUENȚELE MEDIULUI ȘCOLAR

Conform studiilor realizate s-a stabilit că persoanele cu comportament antisocial frecventează de obicei o școală în care există un nivel ridicat de neîncredere între profesori și elevi, angajamente slabe din partea celor din urmă față de școală și reguli neclare și inconsistente. De asemenea se arată că în școlile cu reguli consistente, corecte și clare numărul elevilor cu comportamente inadecvate și antisociale tinde să fie mai mic (Graham, 1988; Gottfredson, 2001; Herrenkohl și colab., 2001).

Școala este mediul social și cultural în care este format adolescentul, dar, totodată, mediul la care se resimte în primul rând impactul negativ al tulburării de conduită. În același timp studiile realizate de Achenbach și colab. (2008) indică că implicarea reprezentanților școlii în programe de intervenție psihologică specifice problemelor adolescenților constituie un suport real pentru aceștia.

## FAMILIA CA INSTRUMENT TERAPEUTIC PENTRU ADOLESCENTUL CU TULBURARE DE CONDUITĂ

După cum se știe familia are un impact major asupra dezvoltării copilului, rezultatul putând fi unul pozitiv, ceea ce asigură devenirea unui adult autonom, responsabil și adaptat social, dar și unul negativ, care să

ducă la o dezvoltare dizarmonică. Chiar și în situațiile în care copilul/adolescentul ajunge să dezvolte anumite comportamente indezirabile sau anumite forme de patologie, familia reprezentând unul dintre factorii declanșatori, de menținere sau favorizanți, aceștia din urmă îi revine rolul important în recuperarea lui.

Considerăm că rolul familiei în rezolvarea problemelor adolescenților poate fi exprimat prin: (1) o percepție corectă a problemelor, (2) solicitarea ajutorului specializat, (3) oferirea de sprijin afectiv și social, (4) implicarea ca și coterapeut în intervențiile adresate adolescenților.

Credem că implicarea părinților, alături de adolescenți în programele terapeutice, le permite înțelegerea modului specific al simțirii, gândirii și acțiunii copiilor lor, dar în același timp, le deschide perspectiva unei noi optici, a unei reevaluări a valorilor, a unei reșezări în viața lor.

## CONSILIEREA PSIHOLOGICĂ CA MIJLOC TERAPEUTIC LA ADOLESCENTUL CU TULBURARE DE CONDUITĂ

Multe intervenții psihologice par justificate conceptual pentru tratarea tulburării de conduită, dar cele mai eficiente modele aplicative pentru tulburări de comportament, prezentate în publicațiile de specialitate se bazează pe modelare comportamentală, creșterea sentimentului de comuniune socială, restructurare cognitivă, dezvoltarea abilităților de rezolvare de probleme, modificarea credințelor iraționale, analiza personală, abilități de parenting.

Literatura de specialitate susține experiența și eficiența mai multor abordări terapeutice (terapia cognitiv-comportamentală, terapia dezactivării modului, terapia funcțională de familie, terapia multisistemică) pentru comportamentul antisocial al adolescenților, în alte socio-culturi, unde sunt organizate intervenții multiple, cu implicarea reprezentativă a familiei, școlii, practicienilor din mai multe domenii, contribuabililor și comunității (Carr, 2006; Henggeler și colab, 1993; Alexander și colab., 1994;).

Intervențiile asupra tulburărilor de comportament au ca scop reducerea simptomatologiei, modificarea factorilor de risc variabili, întărirea factorilor protecțivi, și în funcție de acestea se constituie ca și demersuri preventive sau curative.

Credem în utilitatea consilierii psihologice, și considerăm că perfecționarea metodelor și tehnici-

lor de intervenție pentru tulburarea de conduită la adolescenți poate duce la îmbunătățirea factorilor protectivi personali și totodată la reducerea comportamentelor antisociale.

## METODĂ ȘI MATERIAL

### *Obiective*

Obiectivul principal al acestei lucrări este de a evidenția obstacolele întâlnite într-un program de consiliere psihologică destinat adolescentului cu tulburare de conduită prin includerea familiei și a școlii alături de minor, în contextul sociocultural românesc.

### *Procedura de selecție a loturilor*

Pentru desfășurarea cercetării ne-am adresat mai multor licee din zona de Vest a României, cabinete psihologice, cabinete de psihiatrie infantilă din Arad, Serviciului de Probațiune de pe lângă Tribunalul Arad, care au fost informate în detaliu despre oferta de servicii psihologice.

Pentru realizarea psihodiagnosticului clinic și profilului psihologic al adolescentului cu ajutorul Sistemul Achenbach al Evaluării Bazate Empiric-ASEBA este necesară o abordare circulară, autoevaluarea (completarea chestionarului YSR), evaluarea adolescentului de către părinte (completarea chestionarului CBCL) și evaluarea adolescentului de către un profesor care îl cunoaște (completarea chestionarului TRF). În acest sens la cercetare au fost invitați să participe profesorii diriginți și alți profesori care cunosc adolescenții implicați. Profesorii au fost solicitați să faciliteze relația cu familia adolescenților, să completeze chestionarul de evaluare a elevului (TRF)-ASEBA pentru creșterea acurateții diagnosticului, și, de asemenea, să se implice în programul de consiliere. Familiile adolescenților au fost informate detaliat despre obiectivele și modul de desfășurare a cercetării și li s-a oferit consimțământul pentru participare.

### *Criterii de selecție*

Pentru adolescenți: (a)vârsta cuprinsă între 15-17 ani; (b)identificarea problemelor de conduită cel puțin la nivel subclinic; (c)fără deficit de intelect; (d)semnarea consimțământului; (e) acordul scris al părintelui

Pentru părinți: (a)semnarea consimțământului; (b) fără deficit de intelect sau alte tulburări mentale

Pentru profesori:(a)semnarea consimțământului

### *Criterii de excludere*

Invalidarea, completarea incorectă sau incompletă a instrumentelor psihologice.

### *Caracteristicile loturilor*

Cercetarea a cuprins un număr total de 317 adolescenți cu vârsta între 15 și 17 ani (medie=16,73; Abatere standard=,49), băieți 212 (66,9%) și fete 105 (33,1%). Ca nivel de școlarizare adolescenții făceau parte din clasa IX-a (16; 5%), a X-a (79; 24,9%) și a XI-a (222; 70%).

Prin aplicarea A.S.E.B.A./Y.S.R. pentru diagnosticarea psihologică a problemelor de conduită s-au format trei eșantioane de adolescenți în funcție de nivelul problemelor de conduită ale acestora, și anume: lotul non clinic (116; 36,6%), lotul sub clinic (109; 34,4%) și clinic (92; 29%).

Participanți adulți-părinți. Studiul a cuprins un număr de 172 părinți ai adolescenților prezentați anterior care au acceptat să participe la cercetare. Părinții (N=172) au avut vârsta între 39 și 59 ani (medie=46,31; Abatere Standard=4,63), 33 (19,2%) de gen masculin și 139 (80,8%) de gen feminin. Menționăm că la cercetare a participat pentru fiecare adolescent un părinte, mama sau tata deși a fost invitată familia.

Participanți adulți-profesori. Numărul participanților adulți-profesori implicați în această demers experimental a fost redus, nereprezentativ statistic pentru rigorile impuse de cercetare.

### *Instrumente de evaluare*

Evaluarea psihodiagnostică a adolescentului cu tulburare de conduită, a fost realizată prin utilizarea mai multor surse, alegerea acelor observatori care să ofere cele mai fidele și valide date, respectiv, a mai multor instrumente de evaluare care să întrunească criteriile validității, fidelității și utilității practice, respectând standardele recomandate de specialiști în domeniu (Fischer J.,Concoran K., 2007; Hunsley J., Mash E.,2010). A fost utilizat ASEBA și încă șapte scale psihometrice.

### *Procedura de lucru*

Programul de consiliere psihologică a fost reorganizat, datorită neimplicării cadrelor didactice, fiind redus astfel la o abordare bifocală(adolescent-familie). Consilierea s-a particularizat în funcție de profilul psihologic al adolescentului și al familiei acestuia și s-a realizat în mai multe etape pe baza unor tehnici

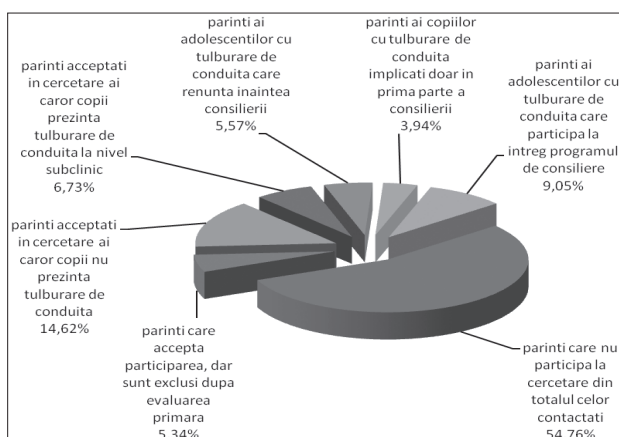


Figura nr. 1.1. Componenta lotului general al părinților adolescenților incluși în cercetare

de orientare cognitiv-comportamentală (Dryden, 1993, apud. Marcu 2013; Kazdin, 2000; Ellis, 2001, 2002). S-au organizat 14 ședințe, câte o ședință pe săptămână cu durata de o oră. Participanții care au urmat ședințele de consiliere, au fost evaluați în faza pretest, după șapte ședințe și post consiliere.

#### Prezentarea rezultatelor

În recrutarea loturilor am întâmpinat dificultăți legate de numărul mare de refuzuri ale adolescenților, părinților și profesorilor. Refuzurile au fost exprimate imediat la propunerea integrării în studiu, sau pe parcurs prin amânarea, nerespectarea întâlnirilor, implicarea superficială în etapa de evaluare cu invalidarea rezultatelor sau neimplicarea în programul de consiliere psihologică stabilit.

Cele mai frecvente motive ale refuzului au fost lipsa timpului, lipsa informațiilor despre serviciile psihologice, neîncrederea în beneficiile consilierii psihologice, preocuparea pentru alte probleme sau chiar fără niciun motiv.

#### (1) Dificultăți întâlnite în raport cu școala

Au fost contactate 6 licee, în vederea propunerii unui parteneriat. Doar pentru 4 licee s-a acceptat propunerea de participare la cercetare, și s-a semnat contractul de colaborare. Dintre cele 20 de clase de elevi vizate de noi, din cele 4 licee care au acceptat participarea, doar 11 clase considerate cu un nivel mai ridicat al abaterilor comportamentale au fost propuse de profesori.

#### (2) Dificultăți întâlnite în raport cu familiile adolescenților

În cazul familiilor, dintre cele 431 care au primit

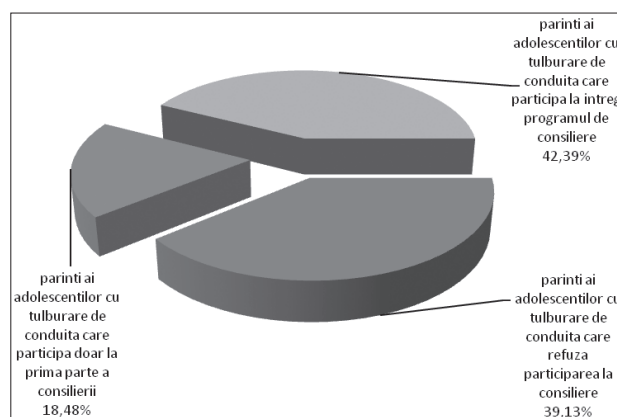


Figura nr. 1.2. Evoluția lotului părinților adolescenților cu tulburare de conduită

consimțământul informat, 236 (54,76%) nu au acceptat participarea, 24 (5,57%) renunță în etapa de evaluare, 23 (5,34%) au fost excluși după evaluarea inițială, pentru invalidarea probelor (Fig.nr.1.1).

Din totalul de 92 părinți ai adolescenților cu probleme de conduită la nivel clinic, acceptați la cercetare, 36 (5,57%) nu s-au implicat în programul de intervenție alături de copii, iar 17 (3,94%) părinți (s-au implicat doar la prima parte a programului de consiliere, la primele 7 ședințe). În total doar 39 părinți (42,39%) participă la tot programul de consiliere alături de minori (Fig.nr.1.1; 1.2). Menționăm că fiecare familie a fost reprezentată de un singur părinte.

Rezistențele familiilor la implicarea în programul de consiliere alături de minori, se datorează unor particularități ale acestora și a modului de a percepe acest tip de servicii (Figura nr. 1.3). Rezultate similare în acest sens sunt întâlnite și în alte studii (Palada, 2012). O parte dintre părinții adolescenților cu tulburare de conduită la nivel clinic, (29) se percep victime ale problemelor copiilor lor, sau ale altor probleme existențiale, neavând forța necesară de a se angaja într-un proces de consiliere, ca și coterapeuți. Alții (37), recunosc nevoia de suport social, dar se așteaptă la reducerea problemelor adolescentului cu sprijinul consilierului, a profesorilor și altor specialiști fără implicarea lor. Pe de altă parte, întâlnim la părinți o lipsă de cunoaștere a specificului consilierii psihologice și de încredere în acest tip de servicii (19).

Pentru organizarea procesului de consiliere psihologică a fost important tipul de susținere oferit de familie: de informare, de evaluare, sau instrumentală, prin implicare efectivă.



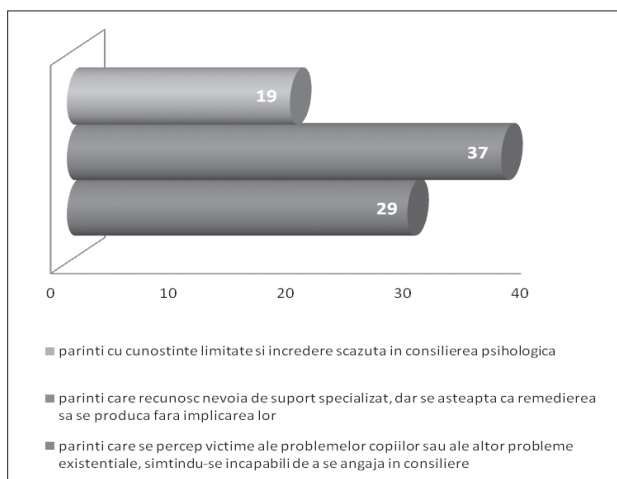


Figura nr. 1.3. Percepția parentală asupra consilierii psihologice de familie

### (3) Dificultăți întâmpinate cu adolescenții

Din totalul de 431 adolescenți la care ne-am adresat, un număr de 71 (16,94 %) nu au acceptat participarea la cercetare, 41 (9,51%) au fost eliminați după evaluarea primară, pentru teste invalide, incomplete, rezultate neconcordanțe (Fig. nr. 1.4)

Dintre cei 92 adolescenți cu tulburare de conduită la nivel clinic, participanți în prima etapă a cercetării, un număr de 7 (7,61%) sunt eliminați, și 5 (5,43%) renunță să participe la intervenție; un număr de 24 (26,09%) adolescenți refuză participarea la consiliere, dar acceptă includerea în lotul clinic de control; 56 (60,87%) adolescenți clinici participă la programul de consiliere psihologică (14 săptămâni), dar doar pentru 39 (42,39%) dintre aceștia, părinții participă la întreg programul, iar pentru 17 (18,48%), doar în prima etapă - primele șapte săptămâni (Figura nr.1.4, 1.5).

### (4) Dificultăți întâmpinate cu profesorii

Profesorii recunosc numărul mare al adolescenților cu probleme de conduită și totodată, necesitatea unor programe de intervenție destinate reducerii compor-

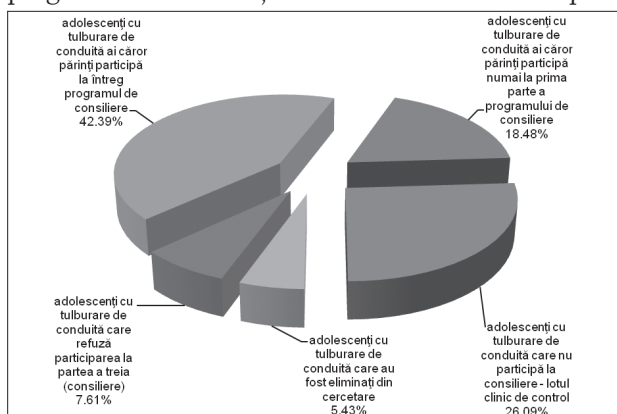


Figura nr. 1.5. Evoluția lotului de adolescenți cu tulburare de conduită la nivel clinic

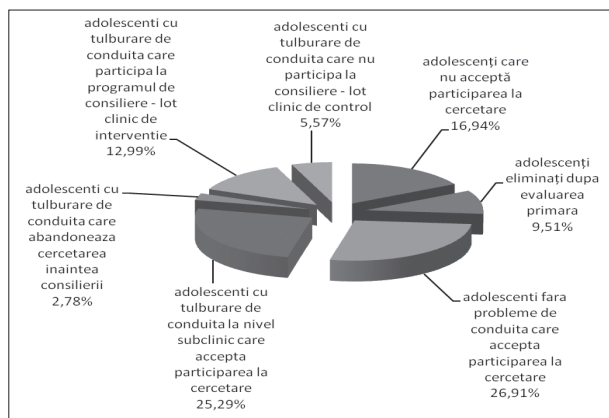


Figura nr. 1.4. Componența generală a lotului adolescenților contactați în vederea participării la cercetare

tamentelor disfuncționale, dar nu au disponibilitatea de a se implica pe termen lung, alături de aceștia în demersurile organizate de noi. Implicarea profesorilor a fost nereprezentativă statistic chiar și în procesul de evaluare a adolescentului.

## CONCLUZII

Analiza datelor evidențiază că în sociocultura teritoriului abordat întâlnim o deschidere relativ redusă față de oferta de servicii psihologice destinate adolescenților cu tulburare de conduită, chiar și în condiții de gratuitate, aspecte menționate și în alte studii și socioculturi (Palada, 2012). Constatările realizate în urma cercetării sunt următoarele:

- Din 6 licee cooptate, doar 4 au acceptat cooperarea pentru programul cercetării.
- Doar pentru 39 (42,39%) dintre adolescenții cu probleme de conduită la nivel clinic, părinții participă la tot programul de consiliere psihologică (14 săptămâni), iar pentru 17 (18,48%), părinții participă doar la prima etapă a consilierii (fig. nr.1.1 și 1.2); pentru fiecare adolescent a participat doar un părinte (după caz mama sau tata), deși a fost invitată familia.
- Părinții în multe cazuri se percep victime ale acestor situații; de multe ori problemele adolescenților se suprapun peste alte situații existențiale dificile cu care se confruntă familia, ceea ce duce fie la fenomene de neglijare, negare, fie de coplesire.
- 7 (7,61%) dintre adolescenții diagnosticați cu tulburare de conduită la nivel clinic refuză de la

început implicarea în programul de intervenție, iar 5 (5,43%) sunt eliminați. La întreg programul de consiliere psihologică de 14 săptămâni participă 56 (60,86%) dintre adolescenți (fig. nr 1.4 și 1.5)

Rezistența participanților adolescenți pentru un proces terapeutic pe termen lung ne-a determinat să optăm pentru utilizarea unor metode și tehnici de consiliere, pe termen scurt și prezent, țintite asupra unor probleme specifice la nivel cognitiv, comporta-

mental și social.

Nu am beneficiat de o implicare reprezentativă a profesorilor, pentru evaluarea adolescenților și pentru programul de consiliere; profesorii au facilitat doar stabilirea relației cu familiile adolescenților pentru transmiterea consimțământului informat, ceea ce a determinat ca demersul trifocal adolescent - familie - profesori propus să fie limitat la o abordare bifocală adolescent - familie. Considerăm că implicarea profesorilor ar fi suplimentat rezultatele cercetării de față.

\*

\*

\*

## INTRODUCTION

We support the idea that such a research is necessary in Romania due to difficulties encountered while dealing with these cases (low involvement within the therapeutic process and the need for long time monitoring), but also, due to the fact that there is an insufficient knowledge and use of science based psychological assessment tools and psychological interventions for the adolescent with conduct disorder.

The adolescent with conduct disorder (CD), considered to be refractory to therapeutic interventions, presents itself as difficult cases that, usually show low availability to change once dysfunctional behaviors become personality patterns (Beck et al., 2011/2004; Dlugos & Friedlander, 2001).

In general, the motivation of individuals that show undesirable behaviors and poor relationships to look for professional assistance is externally determined by those who ask for the change (family, school, judicial system) while they believe that their problems derive from others' inability to accept them thus restricting their freedom (Beck et al., 2011/2004).

We proceed in our study on the premise that change is possible and, as Rogers (2008/1961) stated, that therapy aims to free and facilitate the individual's inborn drive towards psychological development or maturity, when the fore mentioned drive has been locked. We argue that a multifocal approach during the process of improving the dysfunctional behavior of the adolescent with conduct disorder, predicts the success of the psychological counseling on long term.

## SCHOOL ENVIRONMENT INFLUENCES

According to previous studies (Graham, 1988; Gottfredson, 2001; Herrenkohl et al., 2001) it has been confirmed that individuals with antisocial behavior usually attend schools in which there is low trust between teachers and pupils, low commitment towards school on behalf of the pupils, as well as inexplicit and inconsistent rules. Also, it has been shown that in schools that have consistent, fair and explicit rules, there tends to be a lower number of pupils with inadequate and antisocial behaviors.

The school represents the social and cultural environment in which the teenager is molded but also represents the environment in which the negative impact of conduct disorder is mainly felt. Studies by Achenbach et al. (2008) show that involvement of school representatives within psychological intervention programs specifically designed for teenagers' issues represents a real support for these adolescents.

## FAMILY AS THERAPEUTIC TOOL FOR THE ADOLESCENT WITH CONDUCT DISORDER

As it is well known, the family has a major impact on child development. The outcome can be positive which enables the child to become an independent, responsible and socially adapted adult. But the outcome can also be negative, meaning a disharmonious development. Even in situations where the child/adolescent develops certain undesirable behaviors or disorders, the family plays an important role in his recovery due to the fact that it represents one of the

factors that triggers, maintains or facilitates the fore mentioned behaviors or disorders.

We reckon that the family's role in treating the teenagers' behavioral issues can be expressed through: (1) an accurate perception of the problems; (2) request for professional aid; (3) providing affective and social support; (4) getting involved as co-therapist in the interventions which address the adolescents.

We believe that involving the parents beside the adolescents in the therapeutic programs, allows them to accurately understand the way their child feels, thinks and acts, opening to them a new perspective that leads to a reassessment of their values and a rearrangement in their lives, as well.

### PSYCHOLOGICAL COUNSELING AS THERAPEUTIC TOOL FOR THE ADOLESCENT WITH CONDUCT DISORDER

Many psychological interventions seem adequate for the conduct disorder, from a theoretical point of view, but the most efficient models that one can find in the professional papers focus on behavioral modeling, enhancement in the sense of social affiliation, cognitive reframing, development of problem solving abilities, change of irrational beliefs, self analysis and development of parenting skills.

The professional literature supports the praxis and efficiency of several therapeutic approaches for the adolescents with antisocial behavior (cognitive-behavioral therapy, module deactivation therapy, family functional therapy, multi-systemic therapy) in several cultures where multiple interventions look to involve the family, the school, the practitioners from several areas, the tax payers and the community as a whole (Carr, 2006; Henggeler et al., 1993; Alexander et al., 1994;).

Interventions on behavioral disorders aim to reduce the symptoms, to modify the different risk factors and to enhance the protective factors, thus being oriented towards treatment or prevention.

We believe that psychological counseling is a useful tool in treating the adolescent with conduct disorder and we reckon that improving the methods and techniques of these types of interventions may lead to an enhancement of the individual's protective factors as well as to a decrease in antisocial behaviors.

### METHOD AND INSTRUMENTS

The main goal of this paper is to underline the barriers encountered during a psychological counseling program designed for the adolescent with conduct disorder which also involved the adolescent's family and the school, within the Romanian socio-cultural environment.

#### *Group selection procedure*

For our research we addressed several high-schools from the western region of Romania, private practices of psychology and child psychiatry from Arad, the Probation Service within the Arad Legal County Court. All these institutions were widely informed regarding the available psychological services.

To perform the clinical psychological diagnosis we used ASEBA. This instrument requires a circular approach: the adolescent self-report (YSR), adolescent's assessment by the parent (CBCL) and adolescent's assessment by the teacher (TRF). Therefore, the class teachers and other teachers that interact consistently with the adolescents involved in our research were invited to take part. We asked the teachers to facilitate our contact with the adolescents' families, to fill in the ASEBA-TRF in order to enhance the accuracy of the diagnosis as well as to take part in the counseling program. The families were accurately and in detail informed on the goals and the course of the research and they were asked for their consent prior to their or their child's involvement.

#### *Selection criteria*

For adolescents : (a) age between 15 and 17; (b) conduct issues present at least at a subclinical level; (c) no mental retardation; (d) signed written consent; (e) parent's written consent.

For parents: (a) signed written consent; (b) no mental retardation or other mental disorders.

For teachers: (a) signed written consent.

*Exclusion criteria:* invalid, incorrect or incomplete fulfillment of psychological assessment tools.

#### **Group characteristics**

317 adolescents, aged between 15 and 17 ( $m=16.73$ ;  $SD=.49$ ), were included in our research; 212 boys (66.88%) and 105 girls (33.12%). All adolescents were school attending as follows: 9<sup>th</sup> grade

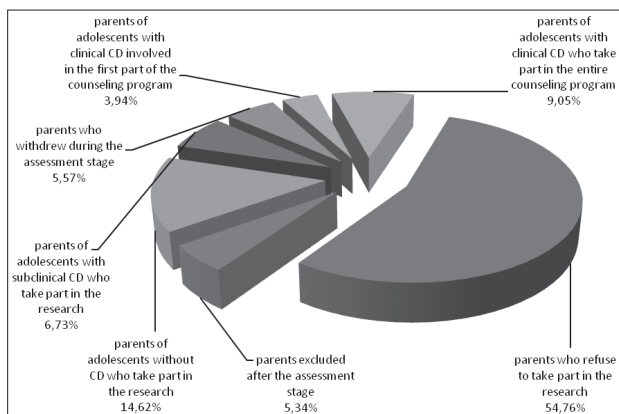


Figure 1.1. Structure of the parents' population contacted for the research

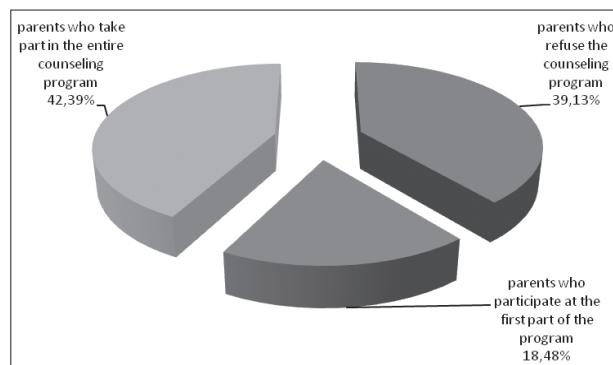


Figure 1.2. Parents group of adolescents with clinical conduct disorder (CD)

– 16 individuals (5.04%); 10<sup>th</sup> grade – 79 individuals (24.92%) and 11<sup>th</sup> grade – 222 individuals (70.04%).

The adolescents filled the ASEBA-YSR form in order to assess their conduct problems. Three groups were formed based on the level at which the conduct problems occurred: *nonclinical group* (116 individuals; 36.60%), *subclinical group* (109 individuals; 34.38%) and *clinical group* (92 individuals; 29.02%).

The adult participants included *parents* and *teachers*. 172 parents, aged between 39 and 59 (m=46.31; SD=4.63), 33 males (19.20%) and 139 females (80.80%), met the selection criteria. We note that for each adolescent only one parent answered, although both were addressed. The number of teachers willing to take part in our research was low, failing to meet the required statistical criteria for our experimental approach.

**Assessment tools**

Multiple sources and informants were used to assess and diagnose the conduct disorder in adolescents. We chose informants able to provide accurate and valid data. Also, we selected a range of assessment tools that met criteria such as validity, reliability and usefulness in accordance with standards recommended by field professionals (Fischer & J., Concoran K., 2007; Hunsley J. & Mash E., 2010). ASEBA plus other seven psychometric tools were used.

**Working procedure**

The psychological counseling program had to be redesigned due to teachers' lack of involvement, thus being reduced to a bifocal approach: adolescent – family. The counseling was customized according to each adolescent and family psychological profile and it included several stages based on specific cognitive-

behavioral guiding techniques (Dryden, 1993, apud. Marcu 2013; Kazdin, 2000; Ellis, 2001 & 2002). There were 14 counseling sessions, a one hour session a week, for each pair adolescent-family. Participants that attended the counseling sessions were assessed three times: prior to the start of the counseling program, half-way through the counseling program (after 7 sessions) and at the end of the counseling program.

**Results**

While selecting the participants and forming the groups for the research there was a high refusal rate among adolescents, parents and teachers. Refusals were expressed as soon as we addressed individuals for the research or during the research - either by failing to attend the sessions, postponing them, lack of involvement during the assessment stage that lead to invalid results or lack of involvement during the agreed counseling program.

Most frequent reasons for the refusals were: low time availability, lack of information on available psychological services, low trust in psychological counseling benefits, concern for other family or individual issues. There were cases where refusals had no expressed reasons.

**School related difficulties**

For our research, we addressed 6 high-schools for a partnership, but only 4 agreed by signing the research partnership form. Out of the 20 classes targeted within the 4 high-schools that agreed the partnership, only 11 classes were included as proposed by the teachers on the account of the classes' higher level of behavioral issues.



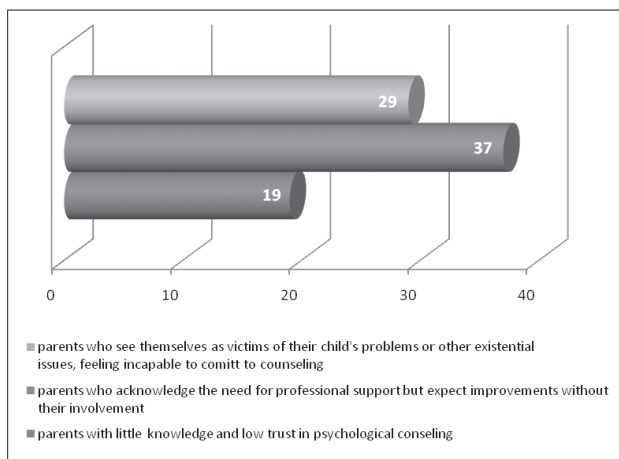


Figure 1.3. Parents' perception on family counseling

**Family related difficulties**

Out of the 431 families we addressed, 236 (54.76%) refused to take part in our research. Another 24 families (5.57%) withdrew during the assessment stage, while 23 families (5.34%) were excluded after the assessment stage, due to invalid results (Figure 1.1).

Out of the 92 parents of the adolescents diagnosed with clinical conduct disorder, 36 parents (8.35% of the 431 individuals we addressed) refused to take part beside their child within the intervention program, while 17 parents (3.94%) took part only in the first half of the intervention program (first 7 sessions). Only 39 parents (9.05% of the total 431; 42.40% of the 92 parents of adolescents with conduct disorder) attended the entire intervention together with their child (Figure 1.1 & 1.2). Each family was represented by one parent only.

Families were reluctant to get involved in our research due to specific features they showed and due to the way they perceived this type of services (Figure 1.3). Similar results were found in other studies (Palada, 2012). 29 out of the 92 parents of the adolescents from the clinical group see themselves as victims of their children's behavioral issues or victims of other existential issues, thus lacking the strength to commit to a counseling process as co-therapists. Others (37 parents), admit the need for social support, but expect that their child's behavioral issues improve due to the involvement of professionals and teachers, without their own involvement. On the other hand, we noted that some parents (19) have little knowledge on what psychological counseling means, thus showing low trust in this type of professional services.

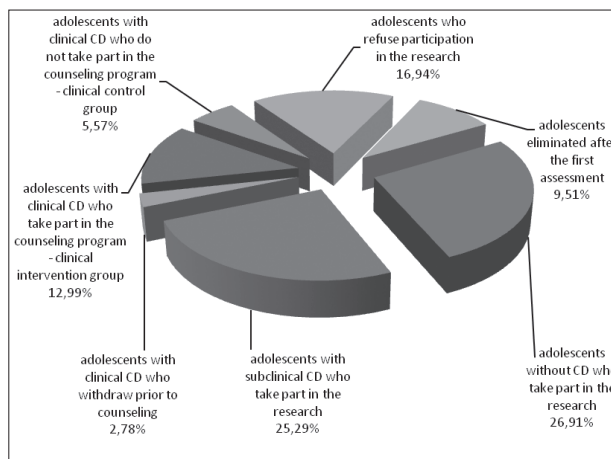


Figure 1.4. Structure of the adolescent population addressed for the research

The type of support showed by families was important for the design of the counseling process. We identified the following types: informational support, assessment support and instrumental support; the later meaning actual involvement.

**Adolescent related difficulties**

Out of the 431 adolescents addressed, 71 (16.94%) refused to take part in our research. 41 adolescents (9.51%) were eliminated after the initial assessment due to invalid, incomplete or inconsistent protocols and results (Figure 1.4).

Out of the 92 adolescents with clinical conduct disorder, involved in the first stage of the research, 7 (7.61%) were eliminated before intervention and 5 (5.43%) refused to take part in the intervention. 24 (26.09%) out of the fore mentioned 92 adolescents, refused to take part in the counseling program but agreed to be included in the clinical control group, while 56 (60.87%) took part in the 14 week coun-

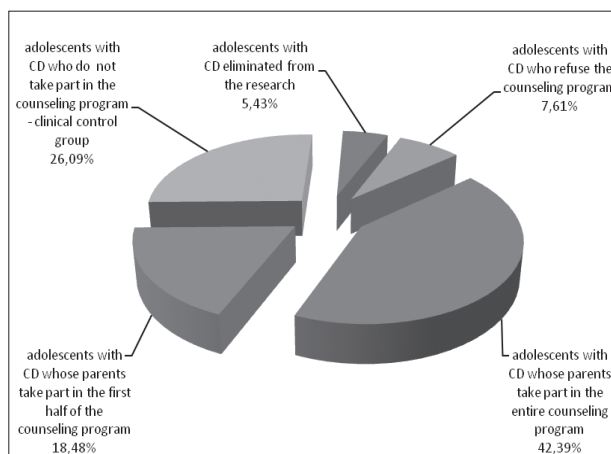


Figure no. 1.5. Evolution of the group of adolescents with clinical conduct disorder (CD)

seling program. Only for 39 (42.39%) out of the 56 adolescents representing the clinical intervention group, the parents agreed to take part in the entire counseling program while for the remaining 17 adolescents, the parents took part only in the first half of the program (Figure 1.4 & 1.5).

#### Teacher related difficulties

The teachers acknowledge the high number of adolescents with conduct issues as well as the necessity for intervention programs to reduce dysfunctional behaviors, but show little long time availability to get involved beside the adolescents in the intervention program, as showed by our research. Statistically, teachers' involvement was not significant even within the assessment process.

## CONCLUSIONS

Data analysis shows that within the regional socio-cultural environment, there is a low openness towards psychological services that address the adolescent with conduct disorder, even when these services are free of charge. Same findings were identified in several other studies and socio-cultural environments (Palada, 2012).

The findings of our research can be summarized as follows:

- Only 4 out of 6 high-schools we addressed, agreed to take part in our research.
- Parents took part in the entire counseling program (14 weeks) only in case of 39 (42.39%) out of the 92 adolescents with conduct disorder.

For other 17 (18.48%) adolescents with conduct disorder, parents took part only in the first part of the counseling (Figure 1.1 & 1.2). For each adolescent only one parent was involved (mother or father), although we addressed the entire family.

- Several parents see themselves as victims of the situation. Often, adolescents' behavioral troubles overlap other problematic existential issues that the family faces which leads to either neglect, denial or overwhelm.
- 7 (7.61%) out of the 92 adolescents diagnosed with clinical conduct disorder refused to take part in the interventions from the beginning, while 5 (5.43%) were eliminated. Only 56 (60.86%) adolescents with clinical conduct disorder took part in the entire 14 weeks counseling program (Figure 1.4 & 1.5).

Adolescents' reluctance towards a long term therapeutic process determined us to favor counseling methods and techniques adapted to a short term intervention. The methods and techniques addressed adolescents' present life, targeting specific issues at cognitive, behavioral and social level.

Teachers' involvement was not significant at all stages of our research, but one. They didn't get involved within the assessment process and counseling program, but facilitated our contact with the families in the process of obtaining their informed consent. Thus, the trifocal approach was limited to a bifocal one: adolescent – family. We believe that a greater implication on the part of teachers would have supplemented the results of our study.

## BIBLIOGRAFIE/ REFERENCES

1. Achenbach, T.M., Becker, A., Dopfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.C., and Rothenberger, A. (2008), *Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions*. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49:3 (2008) pp.251-275.
2. Achenbach, T. M., and Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
3. Alexander, J. F., Holtzworth-Munroe, A., and Jameson, P. B. (1994). The process and outcome of marital and family therapy research: Review and evaluation. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change 4th Edition*. New York: John Wiley & Sons.
4. Beck, A.T, Freeman, A., Davis, D.D. și colab. *Terapia cognitivă a tulburărilor de personalitate* (2004/2011), Editura ASCR, Cluj-Napoca.
5. Carr, A. (2006). *Family Therapy. Concepts, Process, and Practice*. 2nd Edition. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
6. Dlugos, R. F. și Friedlander, M. L. (2001). Passionately committed psychotherapists. A qualitative study of their experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(3), 298-304.
7. Ellis, A. (2002). Rational emotive behavioral therapy. In M. Hersen & W. Sladger (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy*. USA: Elsevier Science.
8. Ellis, A. (2001). *Feeling better, getting better, staying better*. Atascadero: Impact Publishers.

9. Fischer J., Concoran K. *Measures for Clinical Practice and Research: A Sourcebook*. Fourth Edition. vol 1: Couples, Families, and Children. Oxford University Press; 2007
10. Gottfredson, D. C. (2001). *Schools and delinquency*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
11. Graham, J. (1988). *Schools, disruptive behaviour and delinquency*. London: Her Majesty's Stationery Office.
12. Henggeler, S. W., Melton, G. B., Smith, L. A., Schoenwald, S. K., and Hanley, J. H. (1993). Family preservation using multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 283-293.
13. Herrenkohl, T. I., Hawkins, J. D., Chung, I-J., Hill, K. G., and Battin-Pearson, S. (2001). School and community risk factors and interventions. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Child delinquents: Development, intervention and service needs* (pp. 211-246). Thousand Oaks, C.A.: Sage.
14. Hunsley J, Mash E. (2010). *The role of Assessment in evidence -Based Practice*. In Antony MM, Barlow DH.(eds.). *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. 2nd. ed. New-York: Guilford Press. pp.3-2
15. Kazdin, A. E. (2000). Treatments for aggressive and antisocial children. *Juvenile Violence*, 9, 841-858.
16. Marcu, R. (2013e). Modification of dysfunctional patterns by the means of counseling in the case of teenagers facing behavior problems. The role of the family in maintaining the results. *International Journal of Education and Psychology in the Community*. 3(2), July, 64-93.
17. Palada, F. (2012). 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 psihoprofactice. *Revista de Neurologie și Psihiatrie a copilului și adolescentului din România, Vol.XV(2)*
18. Rogers, C.R. (2008/1961). *A deveni o persoană. Perspectiva unui psihoterapeut*. București: Editura Trei.