

MODALITĂȚI DE COPPING LA STRES ALE FAMILIEI, ÎN FAȚA ACCIDENTELOR TRAUMATICE ACUTE ALE UNUI MEMBRU AL FAMILIEI

FAMILY STRESS COPING METHODS, IN CASE OF ACUTE TRAUMATIC ACCIDENT OF A FAMILY MEMBER

Virginia Rotărescu

REZUMAT:

Problemele de sănătate cu care se confruntă copiii în acest secol sunt net diferite de cele cu care se confruntau generațiile anterioare lor, nu numai datorită problemelor sociale care au înlocuit multe dintre bolile infecțioase (ca și cauză majoră a morbidității), cât, mai ales, schimbării familiilor. Din punct de vedere clinic, perspectiva unei corecte abordări, în termeni de prevenție, presupune ca imperios necesară pe acest grup vulnerabil (familia cu un părinte bolnav somatic) și cu risc pentru probleme de sănătate mentală, neglijat de sistemele actuale de sănătate, astfel încât experții din domeniile sănătății mentale ale copiilor și adolescenților să coopereze cu specialiștii din medicina somatică a adultului. Este preconizată intenția de a amplifica percepția către creșterea nevoii pentru abordările interdisciplinare din îngrijirile medicale, astfel încât să fie înțeles faptul că, o consistentă progresie în domeniul serviciilor psihosociale s-a bazat pe acordarea de sprijin terapeutic și preventiv copiilor din familiile cu afecțiuni somatice parentale acute sau cronice, izvorâte din conceperea familiei ca sistem dar și pe anumite evidențe. Într-o astfel de strategie a sănătății orientată pe familie, ar trebui accentuate aspectele preventive ale oricăror servicii medicale sau psihosociale; în această perspectivă bio-psiho-socială, intervențiile la oricare nivel au implicații asupra aspectelor primare, secundare sau terțiare ale prevenției și depind de fiecare membru al familiei. Pe lângă această perspectivă a prevenției, creșterea calității vieții tuturor membrilor familiei ar trebui să fie un scop prioritar al programelor și activităților de ajutor social.

Cuvinte cheie: copii și adolescenți, familie, eveniment stresant, părinte bolnav, risc de psihopatologie, activitate preventivă, sănătate mentală, calitate a vieții

SUMMARY:

Health problems children are facing in this century are very different from those faced by their previous generations not only because of the social problems that have replaced many of the infectious diseases (like major cause of morbidity), but especially due to family changes. From the clinical point of view, the prospect of a correct approach in terms of prevention, requires imperatively to focus on this vulnerable group (family with a somatically ill parent) and at risk for mental health problems, neglected by the current health systems, so that experts in mental health of children and adolescents to cooperate with specialists in adult somatic medicine.

It is expected the intention to enhance the perception to the increased need for interdisciplinary approaches in healthcare, so to be understood that a consistent progression in the psychosocial services was based on therapeutic and preventive support for children in families with acute or chronic parental somatic conditions, arising from conceiving the family as a system and on some evidence. In such a family oriented health strategy, the preventive aspects of any medical or psychosocial perspective should be emphasized; in this bio-psycho-social perspective, the interventions at any level have implications on the primary, secondary or tertiary aspects of prevention and depend on each family member. Besides the perspective of prevention, the increasing quality of life for all family members should be a priority purpose of the welfare programs and activities.

Key words: child and adolescents, family, stressor event, ill parent, psycho-pathology risk, preventive activity, mental health, Quality of Life

INTRODUCERE

Tema cuprinde aspecte de care nu s-a ocupat nimeni până în prezent, în România fiind noutate absolută. Mi-am propus, prin acest studiu, să identific psiho-problematicele familiilor cu unul dintre părinți având un traumatism acut (mediu sau sever) al Sistemului Nervos Central.

Prin construirea profilului psiho-problematiceii acestor familii am urmărit obținerea informațiilor necesare în depășirea obstacolelor pentru îndeplinirea condiției către succesul terapiei. Prin studiul COSIP („Children of Somatically Ill Parents”), a fost dovedit faptul că, intervenția psihologică preventivă precoce, pentru o psihopatologie ca efect pe termen lung, este eficientă. Utilitatea studiului este cu atât mai mare cu cât traumatismele crano-cerebrale (TCC) și vertebro-medulare (TVM) sunt fenomene în continuă ascensiune în societatea modernă, iar părinții sunt afectați într-o etapă a vieții când au copii minori. Recentele descoperiri pledează pentru necesitatea unei intervenții preventive precoce, dată fiind importanța unui sistem familial echilibrat în asigurarea sănătății fiecărei societăți.

Caracteristici ale persoanei traumatizate și ale familiei sale

S-a constatat că:

- Media de vârstă a familiilor este de 27,15 ani (DS=14,97); pentru părintele afectat vârstă medie este de 40,53 de ani (DS=5,65), pentru părintele de sprijin de 40,95 de ani (DS=6,48) și pentru copii de 11,9 ani (DS=3,47).
- Tatăl este victima cea mai frecventă (60,3%) prin cădere de la alt nivel (44,8%), accidente rutiere (25,9%), alte cauze (27,6% TCC secundar), dar și prin cauze necunoscute (1,7%).
- Afectările părintelui constau în TCC grav sau mediu (56,9%), TVM (31%) și TCC+TVM (12,1%). Media scorurilor de evaluare a autonomiei este de 55,14 (DS=16,37)
- Prognosticul dizabilității făcut la externarea pacientului este de: progresie (13,8%), statică (32,8%) și curabilă (53,4%); remisia a fost constatată pentru 50% dintre părinți, după 6 luni de la externare.
- Părintele de sprijin are dominant studii medii dar specific este nivelul primar și este mai puțin angajat decât cel din mediul natural.

- Sănătatea mentală generală a sistemului familial este mult crescută, constatându-se tendința către normalizare (20,8% „normal” și 7,5% „medical” față de lotul martor în care nivelul „normal” lipsește și intensitatea „medical” a deficitelor este pentru 31,5% dintre familii).
- Capacitatea redefinirii evenimentelor stresante este îmbunătățită (69% „normal” și 12,1% „deficitar” față de 60% „normal” și 13,9% „deficitar” din lotul martor) ceea ce argumentează nevoia specială de informații, din partea specialiștilor, pe care o au membrii familiei pacientului.
- Într-o explorare a resurselor comunității, 62,1% dintre familiile cu un părinte care a suportat un traumatism al SNC caută și solicită ajutorul, fiind dispuse să îl accepte și de la ceilalți (48,7% dintre familiile lotului martor rejectează acest mecanism de coping de mobilizare a familiei către căutarea și acceptarea ajutorului).
- Calitatea vieții datorată componente fizice este scăzută pentru 52,6% dintre părinții de suport, fiind descrisă confruntarea cu suferințele survenite din limitările în autoîngrijire sau în desfășurarea activităților din cauza durerilor fizice și a oboselii.
- Calitatea vieții datorată componente psihice este scăzută pentru părinții de suport din cauza distresului generat de problemele emoționale, dizabilitățile de rol și social-profesionale (78,9%).
- În contextul „a trăi cu o persoană lezată cerebro-medular”, copilul este implicat și reacționează „ca partener” în rezolvarea problemelor; s-a constatat creșterea capacității de autoevaluare și, dintr-un efort de autocorecție, este descrisă tendința la normalizare a comportamentelor, mai puțin pentru anxietate-depresie, probleme de gândire și internalizare.

Evenimentul traumatic intervine într-un sistem aflat la limita unei psihopatologii și declanșează tendințe către o autovindecare. Acesta este argumentul care susține ca vindecarea, dirijată până la un echilibru fragil, să fie preluată de către specialiști, printr-o intervenție specifică dezvoltată și stabilizată la nivel sistemic. În sens contrar, cercul vicios instalat capătă o exprimare în sensul descris de Cameron („de ce exce-

sul de servicii medicale?”, 2006): părintele-pacient solicită revenirea în cercul specialiștilor pentru a scădea intensitățile psihopatologiei reapărute în sistem dar, reîntoarcerea în mediul natural, fără o intervenție psihologică pentru o prevenție precoce la ambele niveluri (pacient și sistem familial), reinstalează tendința către psihopatologie.

Pentru a realiza și consolida implementarea îngrijirilor preventive a cât mai multor familii din cadrul sistemului public de sănătate este necesar ca:

- în planul de formare (curricula) a specialiștilor din medicina somatică a adultului, să fie inclusă teoria dezvoltării copilului și a sistemului familial;
- să fie oferite posibilități de supervizare frecventă;

1. RECUNOAȘTEREA FACTORILOR DE RISC DIN FAMILII

Relația cu boala somatică creează un distress major în familia în care apare, nu numai prin prognosticul nesigur sau terminal cât, mai ales, prin următorii factori de risc:

1. imensa nesiguranță a părinților în căutarea căilor potrivite de comunicare a amenințării;
2. informațiile inexacte sau vagi despre boala părintelui;
3. depresia parentală, indiferent de sexul părintelui bolnav;
4. antecedente de experiențiere a unei traume sau a pierderii, atât la părinți cât și la copii;
5. funcționarea relațională din familie, în special capacitatea scăzută de exprimare și împărtășire a emoțiilor (întâlnită în stilul evitant de atașament) sau fragila delimitare interpersonală cu supraimplicare afectivă ca în stilul ambivalent de atașament.

Aceste familii de risc se cer identificate și implicate în programele de intervenție preventivă deoarece copiii și adolescenții dezvoltă mecanisme de coping deficitare care îi expun riscului unor efecte pe termen lung de tip psihopatologie / tulburare psihiatrică.

În urma analizei studiilor privind intervențiile preventive, Romer și col.(2002) consideră că studiile viitoare trebuie să îndeplinească 5 criterii: a. să formuleze intervențiile pentru nevoile psihologice ale copiilor mici și foarte mici; b. să dezvolte și să publice rezultatele intervențiilor individuale asupra copiilor; c.

să dezvolte mai multe teorii ale intervențiilor; d. să se asigure că rezultatele evaluărilor intervențiilor vor fi implementate metodologic și să ia în considerare perspectiva tuturor părților implicate: părinți, copii și terapeuți; e. să facă comparații între diferitele tipuri de intervenții asupra copiilor cu părinții suferind de aceeași boală și, pe cât posibil, în aceeași fază a bolii.

Din punct de vedere clinic, perspectiva unei corecte abordări, în termeni de prevenție presupune ca imperios necesară focalizarea pe acest grup vulnerabil (familia cu un părinte bolnav somatic) și cu risc pentru probleme de sănătate mentală, neglijat de sistemele actuale de sănătate astfel încât experții din domeniile sănătății mentale ale copiilor și adolescenților să coopereze cu specialiștii din medicina somatică a adultului. Este preconizată intenția de a amplifica percepția către creșterea nevoii pentru abordările interdisciplinare din îngrijirile medicale, astfel încât să fie înțeles faptul că o consistentă progresie în domeniul serviciilor psihosociale s-a bazat pe acordarea de sprijin terapeutic și preventiv copiilor din familiile cu afecțiuni somatice parentale acute sau cronice, izvorâte din conceperea familiei ca sistem, cât și pe următoarele evidențe:

- f. copiii sever bolnavi necesită suport psihologic pentru a face față condiției lor, incluzând aici și intervențiile suportive pentru părinții lor.
- g. nevoia pentru serviciile psihoterapeutice a adulților grav bolnavi a fost acceptată de sistemul medical. În special în domeniul cancerului, serviciile speciale pentru sănătatea mentală fac parte integrantă din îngrijirea completă a pacientului astfel că, cel puțin în îngrijirea terțiară, a fost creată o disciplină proprie-psihooncologia.
- h. în această manieră de integrare a sănătății mentale pentru adultul grav bolnav, familia este recunoscută ca suport pentru pacient astfel că direcționarea către nevoile sănătății mentale ale copiilor din aceste familii poate fi considerată o noutate progresivă, logică și pragmatică.

Într-o astfel de strategie a sănătății orientată pe familie ar trebui accentuate aspectele preventive ale oricăror servicii medicale sau psihosociale; în această perspectivă bio-psiho-socială, intervențiile la oricare nivel au implicații asupra aspectelor primare, secundare sau terțiare ale prevenției și depind de fiecare membru al familiei. Pe lângă această perspectivă a

prevenției, creșterea calității vieții tuturor membrilor familiei ar trebui să fie un scop prioritar al programelor și activităților de ajutor social.

2. FAMILIA CU PĂRINTE TRAUMATIZAT ACUT ASUPRA SNC ȘI PĂRINTELE DE SPRIJIN

Dat fiind debutul acut, de cele mai multe ori instalat brusc printr-un accident, în plină sănătate, afectarea sănătății părintelui este evidentă și dramatică, adesea dublată de amenințarea iminenței morții. Totul se derulează foarte repede, aspectele sunt cele ale unei situații de criză în cadrul familiei, care trebuie să facă față unei situații cu totul noi, în paralel cu limitarea capacităților de coping. Părintele de sprijin „filtrează” informațiile, cu intenția de a-și proteja copiii, construind o imagine tolerabilă în ciuda severității bolii, și cenzurează aspectele dramatice precum coma, internarea în reanimare sau paralizia. Este creată astfel „conspirația tăcerii” ceea ce ar putea explica absența corelațiilor dintre severitatea bolii și reacțiile copiilor dar starea emoțională a părintelui sănătos influențează percepția asupra severității bolii. (Oancea și col. 2006).

Deci, în afectările acute ale SNC, disimularea sau negarea nu sunt eficiente, cu atât mai mult cu cât acestea implică încă de la început:

- riscul morții părintelui afectat
- presiunea numeroaselor probleme urgente
- o evidentă schimbare în viața și rutina familiei precum și în relațiile dintre membrii acesteia
- depresia părintelui sănătos a fost găsită ca factor real generator al reacțiilor emoționale ale copiilor
- internalizarea problemelor a fost asociată cu boala parentală
- adolescențele prezintă o tendință accentuată pentru internalizare, raportând mai multe simptome decât băieții
- o substanțială reducere a simptomelor copiilor a fost constatată în grupul în care s-a intervenit prin consiliere psihologică, comparativ cu grupul de control.

Termenul de „stres al îngrijitorului” este folosit pentru a descrie dificultățile fizice și emoționale pe care le trăiesc cei care au în familie un traumatizat asupra SNC și care poate cauza toate tipurile de probleme ce depind de relațiile dintre membrii familiei. Întrebările pe care și le pun cei care devin îngrijitori

pot fi: „Pot face asta cu adevărat?”; „Fac suficient de mult?”; „Fizic, pot să mă descurc?”; „Când voi învăța totul despre sarcinile de îngrijire?”; „Voi fi capabil să-mi port și mie de grijă?”. Această ultimă întrebare este esențială deoarece, dacă cei din familie nu știu să aibă grijă de ei înșiși vor fi incapabili să-l îngrijească pe părintele bolnav. Atunci când stresul devine prea mare, în familie devin dominante emoțiile negative iar membrii familiei pot trăi furie, vină, depresie, anxietate și nevoia de a fi singuri, pe un fond de mare oboseală. Este foarte important să fie cunoscute semnele de stres, pentru a fi surprinse de timpuriu, și împiedicate să se dezvolte deoarece, din nefericire, de cele mai multe ori, cei din familie așteaptă prea mult până când admit propria lor epuizare și atunci e prea greu să găsim căile potrivite pentru a-i ajuta.

În studiul nostru (COSIP - experiența din România) surprindem că, prin traumatizarea SNC a unui părinte, este declanșată o traumă în plus datorită debutului brusc (de obicei un accident), în plină sănătate, care generează o profundă criză în structura și funcționarea sistemului familial prin pierderea unei funcții parentale (Milea și col. 2003; Oancea și col. 2006; Rotărescu și col. 2006; Onose și col. 2008):

- Consecința imediată este schimbarea rolurilor fiecărui membru al familiei și viața devine tot mai încărcată de dificultăți și copleșită de disperare.
- De obicei, resursele sunt mobilizate în lupta pentru supraviețuirea părintelui bolnav, familia fiind cel mai important grup de suport și de îngrijire al acestuia.
- Evoluția imediată a stării pacientului este incertă și prognosticul pe termen lung necunoscut dar frecvent marcat de dizabilități temporare sau permanente fizice și/sau psihice.
- Aceste dizabilități se constituie în povara îngrijirilor față de care familia devine realmente excesivă.
- Sacrificiile de timp, serviciu, odihnă, disponibilitate și răbdare pentru a-l înțelege pe părintele mutilat se pot întinde pe lungi perioade și impun majore schimbări în viața de familie, centrată acum pe bolnav.
- Toate acestea constituie un mare risc prin neglijarea nevoilor și stării de bine a celorlalți membri ai familiei, în mod special ale copiilor (Oancea & col., 2006; Romer & col., 2005; Worsham, 1997, p.195-213).

Spre deosebire de îmbolnăvirile cronice, intervenția bruscă a bolii așa cum o suportă familia cu un părinte traumatizat cerebro-medular dezvoltă o psiho-traumă fără posibilitatea pregătirii printr-un stadiu al semnelor de îngrijorare presimțite la scăderea treptată a calității sănătății parentale.

Ca predictor ai riscului și/sau protecției, datele studiului nostru sugerează că:

- variabilele bolii precum gravitatea afectării, durata și prognosticul, joacă un rol minor pentru rezultatele psihologice comparativ cu adaptarea parentală, familială și pattern-urile de coping
- depresia maternală, funcționarea scăzută a familiei și capacitățile parentale ineficiente de coping prezic disfuncții psihologice ale copiilor mai mult decât orice altă variabilă de boală
- aceste informații ajută la formarea unor strategii de intervenție în sensul că, din perspectiva sănătății mentale, ținta în prevenirea psihopatologiei la copii se poate constitui din acești factori care îi influențează.

3. FAMILIA – CONCEPT ȘI SISTEM

3.1. Operaționalizarea conceptului

Conceptul de **familie** definește unitatea socio-biologică și psihologică caracterizată prin raporturi de rudenie între persoanele ce o alcătuiesc; constituie nucleul social primar reunit prin căsătorie, legătură de sânge și adopțiune.

Familia oferă identitate socială ca și tutelă, dispune de un anumit buget comun și un sistem de conviețuire – relații de dependență afectivă, spontană, intimitate, dar și distanțe psihologice nuanțate, distribuție a coparticipării și responsabilității educative și de intra-ajutorare.

3.2. Influența structurii familiale asupra comportamentului psihosocial

Conceptul de **fenomen psihosocial** definește rezultatul conlucrării, apropierii și contopirii psihologului cu socialul, reprezentând un nou nivel de realitate pentru care sunt definatorii alte determinări calitative.

Examinarea acestei categorii de fenomene se face prin raportarea la conceptul de conștiință socială, ele fiind considerate drept primul nivel structural al conștiinței, peste care se suprastructurează planul ideologic. Fenomenele psihosociale nu sunt numai fapte

spirituale, de conștiință, și nu se regăsesc în totalitate în interiorul ei, ci se mulează nemijlocit pe condițiile sociale de existență, sunt fenomene de viață reale, dimensiuni ale vieții cotidiene ale oamenilor care dispun de o corporalitate tructibilă în indicatori obiectivi.

Comportamentul reprezintă forma cea mai expresivă a îmbinării socialului cu psihologicul, realizată cu participarea conștiinței dar fără să se cuprindă integral în categoriile conștiinței.

Comportamentul se referă la „totalitatea reacțiilor pe care o ființă vie le exprimă în mod organizat față de incitațiile incluse în factorii de mediu; se constituie, de fiecare dată, bazat pe o alegere (selecție) dintr-o mulțime de reacții posibile, alegere finalizată pentru menținerea în condiții optime a formei și funcțiilor ființei respective ca tot.” (Șchiopu U., 1997, p.164)

Componentele implicate sunt de natură intelectuală, structurală, intențională și emoțională, într-o manieră închisă, stereotipizată sau deschisă și aptă de perfecționare.

Alfred Adler afirma că ”a fi om nu este doar un fel de a vorbi, ci a fi o parte dintr-un întreg, a te simți parte dintr-un întreg.” (A. Adler, 1991, p.17)

Omul este o ființă socială. Chiar din primele zile ale existenței sale el este înconjurat de semenii săi, este inclus în diverse relații sociale, prin intermediul căroră însușește și interiorizează valori fundamentale comune, simboluri, reprezentări colective, așteptări etc. Formarea personalității umane este rezultatul unui proces complex de socializare, în care interacționează factorii personali, de mediu și culturali.

Socializarea se poate efectua atât pe verticală, prin intermediul adulților, cât și pe orizontală (intersocializare), prin intermediul celor de aceeași vârstă, fiind un proces interactiv de comunicare care presupune dubla considerare a dezvoltării personale și a influențelor sociale.

Conceptul de **influență** se referă la efectele unor interrelații de ascendență sau de dependență: afectivă, economică, profesională etc.

Există influența ca trăire sau ca acțiune, pe de o parte, și influența ca solicitare socială și efect al adaptării sub o formă latentă. Mai active, continui, directe și latente sunt influențele mediului familial în perioadele de dezvoltare. (Milea, 2006, p.137)

Familia este de mare importanță în formarea și structurarea personalității copilului - totuși, în familie se condensează rădăcinile lumii adulte - contribuind astfel la viitorul social. Părinții influențează copiii prin concepția lor despre lume și viață dar și prin comportamentele lor (în care acționează temperamente, ati-

tudini, dorințe, intoleranțe etc.).

Structurile reprezintă configurații stabile de poziții și funcții, delimitări precise ale liniilor de comunicare și imagini interpersonale bine cristalizate, specializarea sarcinilor membrilor și structurarea unui mod predominant de luare a deciziilor, cristalizarea unui sistem de mijloace ale deplasării de la o poziție la alta și o distribuție relativ durabilă, constantă a relațiilor simpatetice.

Aceste structuri sunt de frecvență inegală în diferite medii sociale - de profesii, rurale sau urbane.

Părinții iubesc sau rejectează copiii, îi controlează sau îi lasă necontrolați. După 1960, au început să fie studiate, mai mult, conduitele parentale și influențele acestora; cert este, însă, că relațiile dintre părinți și copil acționează asupra conștiinței de sine a copilului. Într-o atmosferă excesiv de severă, cu elemente de ostilitate, copiii se percep pe sine ca nefericiți și inferiori, au dificultăți în a da sau a primi afecțiunea altora și tind a-și forma o imagine negativă despre sine sau au tendințe de derogare de sine.

De regulă, familia are rol antipatogen și sanogenetic, în sensul rezolvării unor probleme de ordin afectiv și sexual, necesare menținerii echilibrului psihic, realizând totodată un mediu securizant și protector pentru membrii ei, care sunt mai vulnerabili la posibilele agresivități din afară.

Criteriu de definire a sănătății mentale, adaptarea socială reprezintă un produs al acumulării și condensării în timp a reacțiilor de interdicție interpersonală, un proces de integrare activă a persoanei în micro- și macrocolectivitatea în care trăiește. De la mediul familial la cel școlar și apoi la cel profesional, individul uman suferă o serie de remodelări succesive, trebuind să renunțe la o serie de obiceiuri, atitudini, valori și interese, pentru a-și însuși în permanență altele noi, acceptate și respectate de grupul social. „A devenit esențial, consideră C. Oancea, pentru majoritatea cetățenilor unei țări avansate, a înțelege o situație de criză în toate dimensiunile sale personale, interpersonale și sociale, a ști să inițieze un dialog civilizat ale cărui premise fundamentale sunt ascultarea și respectul față de interlocutor, a ști să ajungă la o soluție convenabilă, de compromis, conform principiului câștigului pentru ambele părți.” (C.Oancea, 2002, p.7)

4.SĂNĂTATEA ȘI SERVICIILE PENTRU SĂNĂTATE

Cu tot efortul de a optimiza statusul sănătății și de a minimiza disfuncțiile și dizabilitățile, la nivelul

populației și al indivizilor, acestea continuă să existe și, probabil că, vor continua să se constituie într-o povară a sănătății și funcționalității societăților. (Lynch, 2000) Putem discuta, la acest nivel, despre existența câtorva motive:

- 4.1. incontrollabilitatea actelor naturale precum catastrofele meteorologice și climaterice;
- 4.2. războaiele și alte forme ale violenței interpersonale;
- 4.3. efectele adverse neanticipate ale tehnologiei avansate sau expunerilor ocupaționale;
- 4.4. efectele adverse ale intervențiilor medicale (chiar dacă beneficiul pentru sănătate este net pozitiv);
- 4.5. evoluția constantă a infecțiilor organismului;
- 4.6. consecințele neintenționate ale intervențiilor medicale precum dezvoltarea rezistenței la antibiotice.

- 4.7. incontrollabilitatea comportamentului individual;

Sănătatea publică reflectă o largă gamă de activități având ca scop final reducerea morbidității, a bolilor mortale și promovarea sănătății populației ca întreg. Dacă, în trecut, sănătatea populației era măsurată prin relativa absență a bolilor iar concentrarea cercetărilor și practicii în domeniul sănătății publice era pe controlul acestor îmbolnăviri, destul de recent, definiția asupra sănătății a fost reconsiderată. OMS descrie sănătatea ca pe o resursă pentru realizarea aspirațiilor, satisfacerea nevoilor și copingul cu schimbările ambientului (Keyes, 2006).

Promovarea sănătății se referă la acele activități destinate creșterii funcționării individuale și a familiei. Realizările din achizițiile sănătății publice, științele comportamentale și statistică, programele de promovarea sănătății și de prevenire a tulburărilor folosesc factorii comportamentali și de mediu pentru perfecționarea funcționării fizice și mentale (Wisely JA and col., 2006; Greening, 2005; Berry S, 2004; Aplegate H, 2003; Coie and col., 1993).

La nivel familial, dezvoltarea copilului este influențată de resursele familiei și de calitatea îngrijirii precum alimentația, programul cotidian și oportunitățile pentru joc. Aceste interacțiuni pot fi însă alterate de diferite solicitări în rutina sau resursele familiale precum boala sau alte tipuri de dizabilități.

Conceptul de “Intervenție Preventivă” a fost introdus și popularizat în 1950 de Morris F Collen împreună cu colegii săi în “Grupul Medical Permanent” (Blau, 2004).

Termenul de prevenție cuprinde filozofia, con-

vingerile, programele și practicile care au ca scop amânarea sau eliminarea bolilor, dizabilităților sau a altor forme de suferință umană (Wikipedia 2008). Oricum, multe boli și condiții precum și alte surse ale suferințelor umane sunt încă necunoscute sau cauzele lor incomplet cunoscute.

Intervențiile preventive țintesc către prevenirea sau întârzierea problemelor psihosociale ale tinerilor, operând către o întărire a sănătății și a mecanismelor de coping prin ameliorarea simptomelor precoce din debutul unor tulburări.

În anii 1970, Haggerty a introdus termenul de „morbiditate nouă”, în care sunt cuprinse provocările sociale asupra stării de bine a copilului, constând în problemele asociate cu sărăcia, inegalitățile, abuzurile asupra lui, bolile mentale sau dizabilitățile părinților dar și alte zone (Haggerty and col., 1975). Pediatrii au descoperit că, 25% dintre copiii aflați în îngrijire primară experimentează probleme psihosociale, referindu-se la o “morbiditate ascunsă” (Kelleher and col., 2000; Haggerty, 1995; Costello and col., 1988). Din nefericire, mulți copii cu astfel de probleme nu sunt identificați și, în consecință, nu beneficiază de intervenție (Reiger and col., 1978). Această “morbiditate ascunsă” are serioase implicații naționale deoarece, copiii cu probleme comportamentale și de dezvoltare, neajungând să beneficieze de programele educaționale sau de alte servicii ale comunității, sunt expuși unui risc crescut pentru o psihopatologie și chiar pentru serioase tulburări psihiatrice (Grigoriu-Șerbănescu and col., 1998; Szilagy & Schor, 1998) sau să devină utilizatori în exces ai serviciilor de sănătate (Janicke & Finney, 2000).

Dezvoltarea copilului este un proces interactiv și reciproc care se extinde de la copil către nivelul familial, comunitar și social motiv pentru care, un program

de intervenție preventivă și de promovare a sănătății trebuie să țintească mai multe niveluri de asistență. (Milea, 2006; Bronfenbrenner, 1993) „Aceasta deoarece, afirmă Milea (2006, p. 31), dezvoltarea în general și cea psihică în special nu este nici aceeași la toți copiii și nici nu are un curs ascendent linear, ușor de extrapolat. Mai mult...unele funcții devin evaluabile doar ulterior, la vârsta școlară sau la pubertate și adolescență în timp ce unele consecințe au o incubatie de luni și chiar ani.”

Problemele de sănătate cu care se confruntă copiii în acest secol sunt net diferite de cele cu care se confruntau generațiile anterioare lor (Haggerty, 1995) nu numai datorită problemelor sociale care au înlocuit multe dintre bolile infecțioase (ca și cauză majoră a morbidității) cât, mai ales, schimbării familiilor. În multe comunități, părintele unic și familiile multi-generaționale au înlocuit familia tradițională nucleară cu doi părinți-mamă și tată; la aceasta se mai adaugă diversitatea: etnică, în rolurile sexuale, în educație și resursele economice care contribuie la confuzia cu care se confruntă frecvent rolurile din familiile cu copii (Knitzer, 1993; Sue, 1992).

Famiiliile trebuie să-și trateze și implice copiii ca parteneri în rezolvarea problemelor (Epstein and col., 1993), să țină cont de nevoile lor iar evaluările trebuie să includă indicatori ai aspectelor de satisfacție și de calitate a vieții. În cele mai multe dintre organizațiile de îngrijire, managementul investește în mod particular pentru forme relativ ușoare ale problemelor de comportament și de dezvoltare (Simpson & Fraser, 1999), iar pentru psihologi, prin existența unor mari baze de date, sunt furnizate oportunitățile să dezvolte și să evalueze instrumente de cuantificare a calității vieții.

*

*

*

INTRODUCTION

Given that the theme includes issues not dealt by anyone before and in Romania are very new, I have decided, through this study, to identify the psychological problems of families with one parent

suffering of acute (medium or severe) trauma of the Central Nervous System.

By building the psychosocial problematic profile of these families I have sought to obtain the information necessary to overcome the barriers, in order to meet the requirements for a successful therapy. The COSIP study

(„Children of Somatically Ill Parents”) has proved that early preventive psychological intervention for a long-term effect of psychopathology is effective. Usefulness of the study is as greater as the cranial-cerebral and spine trauma are a continuously growing phenomenon in the modern society and parents are affected in a stage of life when they have minor children. Recent findings argue for the need for early preventive intervention, given the importance of a balanced family system in insuring the health of each society.

Characteristics of the injured person and his/her family

It has been found that:

- a. The average age of families is 27.15 years (SD = 14.97) for: the average age of the impaired parent is 40.53 years (SD = 5.65), of the supporting parent is 40.95 years (SD = 6.48) and of the children is 11.9 years (SD = 3.47).
- b. Father is the most common victim (60.3%) by: falling from another level (44.8%), traffic accidents (25.9%), other causes (27.6% secondary TCC) but also by unknown causes (1.7%).
- c. Impaired parent condition consists of severe or medium TCC (56.9%), TVM (31%) and TCC + TVM (12.1%). Autonomy assessment scores average is 55.14 (SD = 16.37)
- d. Disability prognosis upon patient discharge is: progression (13.8%), static (32.8%) and curable (53.4%); remission was observed in 50% of parents after 6 months of discharge.
- e. Supporting parent has mostly secondary education but specific is the primary level and is less committed than the one in the natural environment.
- f. General mental health of the family system is greatly increased, observing a trend towards normalization (20.8% „normal” and 7.5% „medical” compared to the control group in which the „normal” level is missing the „medical” intensity of deficits is for 31.5% of the families).
- g. The ability to redefine stressful events is improved (69% „normal” and 12.1% „poor” compared to 60% „normal” and 13.9% „poor” in the control group), which argues for the special need for information from specialists that a patient’s family members have.
- h. In an exploration of community resources, 62.1% of families with a parent who has suffered

a CNS trauma seek and ask for help, willing to accept it also from the others (48.7% of the control group families reject this family coping mechanism by seeking and accepting help).

- i. Quality of life due to the physical component is low for 52.6% of the supporting parents, being described the confrontation with the suffering arising from self-care limitations or from the activities conducted, because of the physical pain and fatigue.
- j. Life quality due to mental component is low for the supporting parents because of the distress caused by emotional problems, role, social and professional disabilities (78.9%).
- k. In the context of „living with a cerebral and spinal injured person” the child is involved and reacts „as a partner” in problem solving; an increased self-assessment capacity was found and, out of a self-correcting effort, the tendency to normalization of behaviour is described, less for anxiety, depression, problems with thinking and internalization.

The traumatic event occurs in a system on the brink of psychopathology and triggers trends towards self-healing. This is the argument which supports that healing, guided to a delicate balance, to be undertaken by specialists, using a specific intervention developed and stabilized at the systemic level. Otherwise, the vicious circle installed expresses in the sense described by Cameron („why healthcare excess?”, 2006): Parent-patient asks to return into the circle of specialists to lower the intensities of psychopathology reappeared in the system, but his/her returning into the natural environment, without psychological intervention for early prevention at both levels (patient and family system), reinstalls the tendency to psychopathology.

To achieve and strengthen the implementation of preventive care for as many families within the public healthcare system it is necessary:

- the training plan (curriculum) of adult somatic medicine specialists to include child and family system development theory;
- to be given frequent supervision opportunities;

1. RECOGNITION OF RISK FACTORS IN FAMILIES

Relationship with the somatic disease creates a major family distress, not only through the uncertain

or terminal prognosis and especially, by the following risk factors:

- huge insecurity of parents looking for suitable ways of communicating the threat;
- inaccurate information or vague about the parent's disease;
- parental depression, no matter what is the gender of the ill parent;
- history of experienced trauma or loss, for both the parents and children;
- relational functioning within the family, especially low ability of expression and sharing of emotions (as in the avoidant attachment style) or fragile interpersonal boundary with affective over-involvement (as in the ambivalent attachment style)

These risk families have to be identified and involved in preventive intervention programs, because the children and adolescents develop poor coping mechanisms that expose them to the risk of long-term effects as psychopathology or psychiatric disorder.

Following the analysis of studies on preventive interventions, Romer et al. (2002) believe that future studies should: a. formulate interventions for the psychological needs of small and very small children; b. develop and publish the results of individual child interventions; c. develop several theories of interventions; d. implement methodologically the results of assessments of interventions and consider the perspective of all stakeholders: parents, children and therapists; e. make comparisons between different types of interventions on children with parents suffering from the same disease and, if possible, in the same phase of the disease.

From the clinical point of view, the prospect of a correct approach in terms of prevention, requires imperatively to focus on this vulnerable group (family with a somatically ill parent) and at risk for mental health problems, neglected by the current health systems, so that experts in mental health of children and adolescents to cooperate with specialists in adult somatic medicine.

It is expected the intention to enhance the perception to the increased need for interdisciplinary approaches in healthcare, so to be understood that a consistent progression in the psychosocial services was based on therapeutic and preventive support for children in families with acute or chronic parental somatic conditions, arising from conceiving the family

as a system and on the following evidence:

- Is recognized that severely ill children require psychological support to cope with their condition, including the supportive interventions for their parents.
- The need for psychotherapeutic services to severely ill adults has been accepted by the medical system. Especially in the field of cancer, special services for mental health are part of the complete care of the patient, therefore, at least in the tertiary care; a separate discipline: psycho-oncology - was created.
- In this manner of mental health integration for adults severely ill, the family is recognized as support for the patient so that targeting the mental health needs of children in these families may be considered something new, progressive, logical and pragmatic.

In such a family oriented health strategy, the preventive aspects of any medical or psychosocial perspective should be emphasized; in this bio-psycho-social perspective, the interventions at any level have implications on the primary, secondary or tertiary aspects of prevention and depend on each family member. Besides the perspective of prevention, the increasing quality of life for all family members should be a priority purpose of the welfare programs and activities.

2. FAMILY WITH ONE PARENT WITH ACUTE CNS TRAUMA AND THE SUPPORTING PARENT

Given the acute onset, most often by a sudden accident, in full health, parent health damage is obvious and dramatic, often accompanied by the threat of imminent death. Everything moves very quickly, the problems are related to a crisis in the family that must cope with a totally new situation, along with limited coping capacities. The supporting parent „filters” the information with the intention to protect the children, building a tolerable picture despite the disease severity, and censoring dramatic aspects as coma, admission to the ICU or paralysis. It is created therefore a „conspiracy of silence” which could explain the absence of correlation between the disease severity and responses of children but the healthy parent's emotional state influences the perception of disease severity (Oancea et al., 2006).

Therefore, in acute damage of the CNS, concealment or denial are not effective, the more since they involve at the outset:

- risk of death of the affected parent
- pressure of many urgent problems
- an obvious change in family life and routine as well as between members
- healthy parent depression was found as real generating factor of children's emotional reactions
- internalization of problems has been associated with the parental disease
- teenage girls have a strong tendency to internalize, presenting more symptoms than boys
- a substantial reduction in symptoms of children was observed in the group undergoing psychological intervention compared with the control group.

The term „caregiver stress” is used to describe the physical and emotional difficulties experienced by those who live in a family with someone with CNS trauma and can cause all kinds of problems that depend on the relationships between the family members. Questions asked by those who become caregivers are: „Can I really do this?” „Am I doing enough?” „Can I handle physically?” „When will I learn all about the duties of care?” „Will I be able to take care of myself too?”. This last question is crucial because if the family members do not know how to take care of themselves, will be unable to care for the sick parent. When stress becomes too high, negative emotions become dominant in the family and the family members may experience anger, guilt, depression, anxiety and the need to be alone, on the background of great weariness. It is very important to know the signs of stress, to be found early and prevented from developing, because, unfortunately, most often, the family members are waiting too long until accepting their own exhaustion and then it is too hard to find the appropriate ways to help them.

In our study (COSIP* - the experience in Romania) we find that by the CNS trauma of a parent is triggered additional trauma due to the sudden onset (usually an accident) in full health that generates a deep crisis in the family structure and functioning by the loss of a parental function. (Milea et al. . 2003; Oancea et al. , 2006; Rotărescu et al. , 2006; Onose et al. , 2008).

- The immediate consequence is the changing roles of each family member and life becomes

loaded with more difficulties and overcome with despair.

- Usually, resources are mobilized to fight for the survival of the sick parent, the family being the most important support and care group.
- The immediate evolution of the patient's condition is uncertain and long-term prognosis unknown, but frequently marked by temporary or permanent physical and/or mental disabilities.
- These disabilities constitute the burden of care to which the family becomes really excessive.
- Sacrifices of time, work, rest, availability and patience to understand the mutilated parent can extend for long periods and require major changes in the family life, centred now on the sick parent.
- All these are a big risk by neglecting the needs and welfare of the other family members, especially of the children (Oancea et al., 2006; Romer et al., 2005; Worsham, 1997, p.195-213).

Unlike chronic illness, sudden intervention of the disease as in the family with a parent with Traumatic Brain Injury develops a psycho trauma without the possibility of preparing through a stage of signs of concern felt at the gradual decline in the parental health quality.

As predictors of risk and/or protection, the data of our study suggest that:

- disease variables such as severity of impairment, duration and prognosis play a minor role for the psychological outcomes compared with the parental and family adjustment and with the coping patterns
- maternal depression, poor family functioning and ineffective coping parenting skills predict psychological disorders of children more than any other disease variable
- This information helps in the formation of intervention strategies where, in terms of mental health, the target in the prevention of psychopathology in children may consist of these factors affecting them.

3. FAMILY - CONCEPT AND SYSTEM

3.1. Concept Operationalisation

The concept of family defines the socio-biological and psychological unit characterized by relations

of kinship between people who compose it; is the primary social nucleus formed by marriage, blood relation and adoption.

Family provides social identity as guardianship, has a joint budget and a cohabitation system - emotional dependency relationships, spontaneous, intimate and nuanced psychological distance, distribution of educational responsibility and co-participation and self-help.

3.2. Influence of family structure on the psychosocial behaviour

The concept of **psychosocial phenomenon** defines the result of the collaboration, approach and fusion between the psychological and the social, representing a new level of reality for which other qualitative determinations are defining.

Examination of these phenomena is made by reference to the concept of social conscience, they being considered as the first structural level of consciousness, over which the ideological level is overlaid. Psychosocial phenomena are not only spiritual facts, of consciousness, and are not found in fully inside it, but they fit directly on the social conditions of existence, are real life phenomena, dimensions of the everyday life of people who have physicality translatable in objective indicators.

Behaviour represents the most expressive mixture of social with the psychological, carried out with the participation of consciousness but without being fully encompassed in the categories of consciousness.

Behaviour refers to „all reactions that a living being expresses in an organized manner to the incitation included in the environment; it is, each time, based on a choice (selection) of many reactions possible, choice finalised for keeping the optimal form and function of that person as a whole.” (Schiopu U., 1997, p.164)

The components involved are intellectual, structural, intentional and emotional, in a closed stereotyped manner or open and capable of improvement.

Alfred Adler asserted that „to be human is not only a way of speaking, but to be a part of a whole, to feel part of a whole.” (A. Adler, 1991, p.17)

Human is a social being. Even from the early days of its existence is surrounded by his/her peers, is included in various social relations through which appropriates and internalizes shared fundamental values, symbols, collective representations, expectations, etc. Formation of human personality is the result of a complex process

of socialization, in which personal, environmental and cultural factors interact.

Socialization can be performed both vertically through adults and horizontally (inter-socializing) by people of the same age, being an interactive communication process that involves the double consideration of the personal development and the social influences.

The concept of **influence** relate to the effects of descending or dependency interrelations: emotional, economic, professional, etc.

There is influence as experience or action, on the one hand, and influence as social stress and adaptation effect in a latent form. More active, continuous, direct and latent are the family environment influences during development. (Milea, 2006, p.137)

The family is of great importance in the formation and structuring of the child's personality, however, the roots of the adult world are condensed in the family, thus contributing to the social future. Parents influence children by their conception of the world and life and by their behaviours (comprising temperaments, attitudes, desires, intolerances etc.).

Structures represent stable configurations of positions and functions, clear delimitations of the communication lines and interpersonal well-crystallized images, specialization of tasks of the members and structuring a predominant manner of decision-making, crystallization of a system of moving means from one position to another and a distribution relatively durable, constant of the sympathetic relations

These structures have a varying frequency in different social environments - from professions, rural or urban.

Parents love or reject their children, control them or leave them unchecked. After 1960 parental behaviours and their influences started to be studied more; it is certain, however, that the relationship between parent and child acts on the child's self-consciousness. In an atmosphere excessively severe, with elements of hostility, the children see themselves as unhappy and inferior, have difficulty in giving or receiving affection to others and tend to form a negative image of themselves or have derogating trends from themselves.

Typically, family has a sanogenetic and anti-pathogenic role, for the purposes of solving emotional and sexual issues, needed to maintain mental balance, whilst achieving a secure and protective environment for its members, who are more vulnerable to possible

attacks from outside.

The criterion for defining the mental health, social adjustment is a product of the accumulation and condensation in time of interpersonal banning reactions, a process of active integration of the person in the micro-and macro-collectivity where it lives. From the family to school and then to the professional environment, the individual undergoes a series of successive remodelling, has to give up some habits, attitudes, values and interests to continuously acquire new ones, accepted and respected by the social group. „It became essential - considers C. Oancea - for most citizens of an advanced country, to understand a crisis in all its personal, interpersonal and social dimensions, to know how to start a civilized dialogue whose fundamental premises are listening and respect for the interlocutor, to know how to get to a convenient situation of compromise in accordance with the win-win principle.”(C. Oancea, 2002, p.7)

4. HEALTH AND HEALTHCARE SERVICES

With all the effort to optimize the health status and to minimize the dysfunction and disability in the population and individuals, they still exist and probably will continue to constitute a burden on the health and functionality of societies. (Lynch, 2000). We can discuss at this level, the existence of several reasons:

- 4.1. Uncontrollability of natural acts such as weather and climate disasters;
- 4.2. Wars and other forms of interpersonal violence;
- 4.3. Unanticipated adverse effects of the advanced technology or occupational exposures;
- 4.4. Adverse effects of medical interventions (even if health benefits is net positive);
- 4.5. Continuously evolving of the body infections;
- 4.6. Unintended consequences of medical interventions such as the development of antibiotic resistance.
- 4.7. Uncontrollability of the individual behaviour;

Public health reflects a range of activities finally aimed at reducing morbidity, fatal diseases and promoting the population health as a whole. If, in the past, public health was measured by the relative absence of disease and the concentration of research and practice in public health was on controlling these diseases, quite recently, the definition of health has been reconsidered. WHO describes health as a

resource for the aspirations, needs and coping with the changing ambient? (Keyes, 2006)

Health promotion refers to those activities designed to increase individual and family functioning. Achievements in public health procurement, behavioural science and statistics, health promotion programs and prevention of disorders use behavioural and environmental factors to improve the physical and mental functioning. (Wisely JA et al., 2006; Greening, 2005; Berry S, 2004; Aplegate H, 2003; Coie et al., 1993)

At the family level, child development is influenced by family resources and the quality of care and feeding, daily schedule and opportunities to play. These interactions can be altered by different requests in routine or family resources such as illness or other disabilities.

The concept of „preventive intervention” was introduced and popularized in 1950 by Morris F Collen and his colleagues in the „Permanent Medical Group.” (Blau, 2004)

The term of prevention includes the philosophy, beliefs, programs and practices aimed at delaying or eliminating the diseases, disabilities or other forms of human suffering (Wikipedia 2008). However, many diseases and conditions and other sources of human suffering are still unknown or their causes are incompletely known.

Preventive interventions are aimed to prevent or delay youth psychosocial problems operating towards strengthening of health and coping mechanisms, by relieving the early symptoms at the onset of disorders.

In the 1970s, Haggerty introduced the term „new morbidity” including the social challenges on the welfare of children, consisting of the problems associated with poverty, inequality, abuse, parents’ mental illness or disability and other areas (Haggerty et al., 1975). Paediatricians found that 25% of children in primary care experience psychosocial problems, referring to a „hidden morbidity” (Kelleher et al., 2000, Haggerty, 1995 and Costello et al., 1988). Unfortunately, many children with such problems are not identified and therefore do not benefit from the intervention (Reiger et al., 1978). This „hidden morbidity” has serious national implications because children with behavioural and developmental problems, not benefiting from educational programs or other community services, are exposed to an increased risk for psychopathology and even to serious psychiatric disorders (Grigoriu-Şerbănescu et

al., 1998; Szilagyí & Schor, 1998) or become excessive users of the health services (Janicki & Finney, 2000).

Child development is an interactive and reciprocal process, extending from the child to the family, community and society level, by which reason, a program of preventive intervention and health promotion should target multiple levels of assistance (Milea, 2006; Bronfenbrenner, 1993). „This is because - says Milea (2006. p.31) - development generally and the mental development in particular is not the same for all children, and does not have a linear upward course, easily extrapolated. Moreover... some functions can be assessed only later, at school or at puberty and adolescence while some consequences were incubated months and even years.”

Health problems children are facing in this century are very different from those faced by their previous generations (Haggerty, 1995) not only because of the social problems that have replaced many of the infectious

diseases (like major cause of morbidity), but especially due to family changes. In many communities, single parent and multi-generational families have replaced the traditional nuclear family with two parents, mother and father; diversity it is also added: ethnicity, gender roles, education and economic resources contribute to the confusion of roles in families with children. (Knitzer, 1993; Sue, 1992)

Families should treat and involve children as partners in solving problems (Epstein et al., 1993), taking into account their needs and assessments should include indicators of satisfaction and quality of life. In most care organizations, management invests particularly for relatively mild forms of behaviour and development problems (Simpson & Fraser, 1999) and psychologists, by the existence of large databases, have the opportunity to develop and assess measurement tools for the quality of life.

*

*

*

BIBLIOGRAFIE/ BIBLIOGRAPHY

1. Adler A. (1991): *Cunoașterea omului*, Ed. Științifică, București
2. Aplegate H., Kelley M.L., Aplegate B.W., Jayasinghe I.K., Venters C.L. (2003): Clinical Case Study: Pediatric Residents' Discussions of and Interventions for Children's Behavioral and Emotional Problems, *Journal of Pediatric Psychology*, 28(5): 315-321
3. Berry S. (2004): Book Review: *Promoting Children's Health: Integrating School, Family, and Community*, The Guilford Press (2003). Thomas Power, George DuPaul, Edward Shapiro, & Anne Kazak, *Journal of Pediatric Psychology*, 29(3):241-242
4. Blau M.E. (2004): *Delivering Preventive Services in the New Millennium*, Commentary, *A Focus on Preventive Care*, The Permanente Journal, Winter, 8(1)
5. Bronfenbrenner U. (1993): Ecological systems theory. In: Wozniak R. & Fisher K. (Eds.), *Specific environments: Thinking in contexts*, Hillsdale, N.J.: Erlbaum, p. 3-44.
6. Cameron C.M., Kliewer E.V., Purdie D.M., McClure R.J. (2006): Long term health outcomes after injury in working age adults: a systematic review, *Journal of Epidemiology and Community Health* by BMJ Publishing Group Ltd. 60: 341-344
7. Coie J.D., Watt N.F., West S. G., Hawkins J.D., Asarnow J.R., Markman, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B., & Long, B. (1993): The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022
8. Costello E.J., Edelbrock C., Costello A.J., Dulcan M.K., Burns B.J. & Brent D. (1988): Psychopathology in pediatric primary care: The new hidden morbidity. *Pediatrics*, 82: 415-424.
9. Epstein M.H., Nelson C.M., Polsgrove L., Coutinho M., Cumblad C. & Quinn K. (1993): A comprehensive community-based approach to serving students with emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1: 127-133.
10. Greening L., Stoppelbein L., Chandler C.C., Elkin T.D. (2005): Predictors of Children's and Adolescents' Risk Perception, *Journal of Pediatric Psychology*, 30(5): 425-435
11. Grigoriu-Șerbănescu M., Jost L., Christodorescu D., Nedelcu H., Cantilli L. (1998): *Epidemiologia tulburărilor psihice și neurologice la copii și adolescenți în România (Proiectul CENTAUR)*, Revista română de psihiatrie

12. Haggerty R.J. (1995): Child health 2000: New pediatricians in the changing environment of children's needs in the 21st century. *Pediatrics*, 96: 804-812.
13. Haggerty R.J., Roghmann K. & Pless I.B. (1975): *Child health and the community*. New York: Wiley and Sons
14. Janicke D.M. & Finney J.W. (2000): Determinants of children's primary health care use. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7: 29-39.
15. Kelleher K.J., McInerney T.K., Gardner W.P., Childs G.E., & Wasserman R.C. (2000): Increasing identification of psychosocial problems: 1979-1996. *Pediatrics*, 105: 1313-1321.
16. Keyes L.M. Corey (2006): Mental Health in Adolescence: Is America's Youth Flourishing?, *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3): 395-402
17. Knitzer J. (1993): Children's mental health policy: Challenging the future. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1: 8-16.
18. Lynch J.W., Smith G.D. and Kaplan G.A. (2000): Income Equality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Physiosocial Environment or Material Conditions, *British Medical Journal*, 320:1200-1204.
19. Milea Șt. (2006): Profilaxia primară a tulburărilor psihice la copil și adolescent, vol.I, Editura Stiințelor Medicale, București
20. Milea Șt., Rotărescu V., Stănescu D., Oancea C., Chivu R., Ciobanu S., Niculescu G., Palada F., Popa E. (2003): Obstacole în implementarea unor programe de sănătate mintală pentru familii cu un părinte spitalizat pentru o afecțiune acută, medie sau severă, cerebrală sau medulară – Experiența în România, *Timișoara, SNPCAR*, 6(3): 19-23.
21. Oancea C. (2002): Tehnici de sfatuire/consiliere, București, Editura Vavila Edinf.
22. Oancea C., Stănescu D., Milea S., Chivu R., Ciobanu S., Niculescu G., Palada F., Popa E., Rotărescu V., Romer G. (2006): Dimensiunile intervenției preventive de consiliere pentru copiii din familiile cu un părinte având o afecțiune acută severă cerebro-spinală, *Revista Română de Psihiatrie, Seria a-III-a, vol.VIII, nr.1-2: 51-56*
23. Onose G., Rotărescu V., Angheliescu A., Onose L., Chendreanu C., Ciurea A.V. (2008): Aspects of psychomorbidity and outcomes of precocious psychological prophylactic intervention in families of patients with post nevraxial traumatic severe status, *Infomedica, anul XV, 2 (144): 35-41*
24. Reiger, D.A., Goldberg, I.D. & Taube, C.A. (1978): The defacto US mental health services system: A public health perspective. *Archives of General Psychiatry*, 35: 685-693.
25. Romer G. & col. (2005): *Children of Somatically Ill Parents-International Perspectives of Family-oriented Mental Health Prevention*, Hamburg
26. Romer G. (editor) Kienbacher C., Milea Șt., Piha J., Steck B., Thastum M., Tsiantis J., Watson M. (co-editors) (2005): *Children of Somatically Ill Parents International Perspectives of Family-oriented Mental Health Prevention - Final Consolidated Report*
27. Rotărescu V., Milea Șt., Oancea C., Popa-Mihalache E. (2006): The profile of the families refusing preventive services and the reasons for this refusal (Romanian experience), *Rev. de Psihologie, nr.3-4: 123-134*
28. Șchiopu U. (coord.) (1997): *Dicționar de psihologie*, Editura Babel, București
29. Simpson L. & Fraser I., (1999): Children and managed care: What research can, can't, and should tell us about impact, *Medical Care Research and Review*, 56: 13-36
30. Sue, S. (1992): Ethnicity and mental health: Research and policy issues. *Journal of Social Issues*, 48: 197-205.
31. Szilagyi P.G. & Schor, E.L. (1998): The health of children. *Health Services Research*, 33: 1001-1039
32. Tate R., Douglas J. (2002): Evidence-based clinical Practice in Rehabilitation. Editorial, *Brain impairment, mai, 3(1): ii-iv*
33. Wikipedia (2008) prin [http://en.wikipedia.org/wiki/Prevention_\(medical\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Prevention_(medical))
34. Wisely J.A., Hoyle E., Tarrier N., Edwards J. (2006): Were to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients, Article in Press, Elsevier Ltd and ISBI
35. Worsham N.L., Compas B.E., Sydney E.Y. (1997): Children's Coping with Parental Illness. In: Sandler W. *Handbook of Children's Coping: Linking theory and intervention*. New York: 195-213.