

# The Effects of Complex- Integrative Psychotherapy in Adolescents with Absent Parents

[Efectele psihoterapiei complex-integrative la adolescenții cu părinți absenți]

**Monica-Lusiana MIHAILĂ**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Lecturer PhD, “Petre Andrei”  
University, Iasi, Romania

**Abstract:** The study made starts at the common observation , as well as the data presented in mass-media according to which a significant number of Romanians working outside the borders of Romania, leaving and the children in the care of their relatives or even alone. We wanted to see if there are psychological effects of such situations and if an operation psioterapeutica complex integrativ type may obtain positive effects, the improvement of the effects of the emotional. Have the right to a research of type experiment with plots and control, both from the population of adolescents with parents absent and of the population of teenagers with parents present. The data obtained confirm the assumptions of the study, both in the unwanted effects of the absence of the parents and the beneficial effects and curative in a process psychotherapeutic.

**Keywords:** *Complex-Integrative Psychotherapy; Adolescents; Absent Parents.*

**How to cite:** Mihailă, M.-L. (2020). The Effects of Complex-Integrative Psychotherapy in Adolescents with Absent Parents. *Anuarul Universitatii “Petre Andrei” din Iasi, Fascicula: Asistența Socială, Sociologie, Psihologie*, 25, 78-92.

<https://doi.org/10.18662/upasw/25/37>

Situația economică a țării noastre din ultimii 20 de ani a determinat multe persoane să își caute locuri de muncă din ce în ce mai îndepărtate de casă, adesea alegând varianta de a munci pe perioade lungi de timp înafara granițelor țării. Acest lucru se constată că are efecte din ce în ce mai vizibile asupra copiilor acestor persoane, rămăși acasă, în grija bunicilor, altor rude sau uneori chiar singuri având grijă frații mai mari de cei mai mici (Cătărașu, 2019; Feraru, 2019). Fără îndoială că din punct de vedere psihologic acest fapt aduce după sine instalarea unui complex de abandon, bine cunoscut în psihanaliza, cu efecte în planul dezvoltării, în special pe dimensiunile de nevrozism, anxietate și depresie, dar și asupra stimei de sine și formării identității persoanei.

Complexul de abandon este un complex al copilului raportat la mama sa, având drept cauză abandonul real sau mascat al copilului în perioada copilăriei. (apud Munteanu, 1998). Acest lucru va determina o permanentă aviditate afectivă a copilului care va căuta în toate relațiile sale ulterioare securitatea neoferită de mamă. Persoana va manifesta permanent angoase, agresivitate, sentimente de non-valoare, tendințe regresive și va putea dezvolta în cazuri extreme nevroza de abandon. Este un complex care are șanse să apară din ce în ce mai frecvent în zilele noastre, în care ambii părinți sunt implicați în viața profesională, iar copilul este lăsat în grija unor instituții cu program prelungit (grădinițe, cămine) sau în grija bonelor care se ocupă uneori aproape exclusiv de creșterea și educația copilului.

Studiul de față face parte dintr-o serie mai largă de studii privind efectele unei psihoterapii complex integrative asupra grupurilor de persoane, în special copii și adolescenți pentru a înlesni activitatea practică a psihoterapeuților și a forma un ghid de practici în domeniu.

Ne-am propus să urmărim cum efectele plecării părinților la muncă în străinătate sunt resimțite și influențează adolescenții aflați în această situație.

Ne-am stabilit ca și reper de cercetare acei adolescenți cu vârste între 15-18 ani care au părinții plecați la muncă de mai mult de 1 an de zile. Vom numi părinții plecați la muncă în străinătate ”părinți absenți” .

Dorim să cercetăm dacă o intervenție de tip psihoterapeutic complex integrativ ericksonian și experiential poate îmbunătăți starea emoțională a acestor adolescenți și dacă poate diminua efectele nevrotice de tip anxios și depresiv.

## **Metodologia cercetării**

### ***Ipotezele studiului***

1. Dacă se practică o intervenție psihoterapeutică complexă și integrativă de tip ericksonian și experiential atunci există posibilitatea de a modifica comportamentul și stările afective ale adolescenților cu părinți care lucrează în străinătate precum și efectele psihologice nedorite ale absenței acestora.
2. Vor exista diferențe semnificative pe dimensiunile măsurate între adolescenții cu părinți prezenți și adolescenții cu părinți absenți (prin plecarea la muncă în străinătate).

### ***Instrumentele investigației***

Am considerat necesar să utilizăm o serie de probe care să pună în evidență dimensiunea depresiei, anxietatea, asertivitatea. Pentru aceasta am utilizat "Inventarul de anxietate S.T.A.I."-forma 1 și forma 2., "Chestionarul de depresie Beck", "Chestionarul de asertivitate".

### ***Inventarul de anxietate***

Pentru majoritatea oamenilor anxietatea este o dimensiune a vieții cotidiene, identificând în ea atât aspecte negative, de frică, de pericol iminent față de care se instalează o stare de așteptare, dar și aspecte pozitive, de funcție adaptativă în sensul concentrării, mobilizării forței.

În literatura de specialitate anxietatea este definită ca o stare afectivă neplăcută, având calitățile subiective ale fricii sau ale emoțiilor apropiate de frică. Fiind asociată cu sentimentul unui pericol iminent, anxietatea este diferită de frică prin faptul că nu există un obiect bine precizat și identificat al fricii. Apar în cazul anxietății manifestări somatice cum sunt: palpitații, dureri epigastrice, constricție toracică, uscăciunea mucoaselor, transpirație, tremurături, care de obicei declanșează un cerc vicios de întreținere a anxietății.

Inventarul STAI este compus din două scale diferite care măsoară două concepte diferite: anxietatea ca stare și anxietatea ca trăsătură.

A-State pune în evidență starea, adică trăirea din acel moment, iar A-Trait pune în evidență anxietatea ca trăsătură, ca stare care este trăită de obicei de subiect.

Anxietatea ca stare este văzută ca o emoție tranzitorie caracterizată prin trăirea de tensiune și activitate superioară a sistemului nervos vegetativ.

Anxietatea ca trăsătură semnifică obișnuința individului de a răspunde situațiilor într-o manieră de trăiri exagerate.

Atât forma A-State cât și forma A-Trait au câte 20 de itemi la care subiectul trebuie să răspundă încercuind cifra care i se potrivește de la 1 la 4 ,unde 1 înseamnă deloc și 4 înseamnă foarte mult..

### ***Chestionarul de depresie Beck***

Având ca origine cuvântul depressio(cf.lb.lat.) care înseamnă "coborâre", "cădere", depresia reprezintă o stare pasageră sau durabilă, de cădere, de prăbușire a dispoziției bazale, cu actualizarea trăirilor neplăcute de tristețe și amenințare, trăirea profundă a acestei stări, însoțită de tulburări ale vitalității, astenie, insomnii, anorexie sau bulimie etc.

Beck considera depresia ca rezultată dintr-o alterare a logicii sensului.Tulburarea depinde de un mod de gândire determinat de reguli dobândite în copilărie care determină o anumită viziune a persoanei asupra evenimentelor și care sunt deformatate în sens negativ. Beck a identificat diferite niveluri la care au loc aceste deformări: nivelul cognițiilor, nivelul proceselor cognitive, nivelul schemei depresogene. Cognițiile deprimante au ca temă autodeprecieră, sentimentul de pierdere, respingere de către ceilalți, exagerarea dificultăților.

Chestionarul are 13 itemi fiecare având o serie de 4 propoziții din care subiectul trebuie să o aleagă pe cea mai caracteristică..

### ***Chestionarul de asertivitate***

Asertivitatea este definită ca afirmarea propriilor opinii, trăiri fără a intra în conflict cu ceilalți sau fără a le impune. Este un mod de exprimare a opiniilor clar, cu tărie, dar în același timp respectuos.

Chestionarul are 30 de itemi la care subiectul trebuie să răspundă de la 1 la 6 unde 1 înseamnă foarte caracteristic și 6 total non-caracteristic.

### ***Grupul de lucru***

Cercetarea s-a realizat pe un lot de 64 elevi și eleve de la Grupul Școlar Agricol M. Kogalniceanu din Iași, având vârstele cuprinse între 15-18 ani. Elevii au fost aleși după informațiile oferite de consilierul școlii privind absența sau prezența părinților în cadrul familiei. Am ales un grup școlar deoarece se află în medial rural, într-o comună unde foarte multe persoane sunt plecate la muncă în străinătate.

S-a utilizat un grup experimental format din 32 de elevi și eleve. S-a folosit un grup de control, format tot din 32 elevi și eleve de la aceeași școală, care au părinții absenți.

Grupului experimental i s-a aplicat aceleași instrumente de măsură ca și grupului de control, dar grupul de control nu a beneficiat de nici o psihoterapie.

Pentru o bună desfășurare a terapiei au fost alcătuite două grupuri care au beneficiat de aceeași psihoterapie. Menționăm că alegerea grupului de lucru s-a făcut împreună cu psihologul școlar, analizând dosarele sociale ale elevilor.

Cercetarea comparativă pe populația normală s-a realizat pe un lot de 64 de elevi de la aceeași școală care au părinții prezenți în cadrul familiei.

S-a utilizat un grup experimental, ales aleator, format din 32 elevi. S-a folosit un grup de control, format tot din 32 de elevi.

Grupului experimental i s-a aplicat aceleași instrumente de măsură ca și grupului de control, dar ei nu au beneficiat de nici o psihoterapie.

Pentru o bună desfășurare a terapiei au fost alcătuite două grupuri care au beneficiat de aceeași psihoterapie.

### ***Modul de lucru***

Ambelor grupuri li s-au aplicat inițial, înaintea psihoterapiei instrumentele descrise anterior.

Grupul de lucru format din 32 de elevi au urmat planul de psihoterapie derulat pe parcursul a 24 ședințe, cu o frecvență de două ședințe pe săptămână. Grupul de control nu a urmat în această perioadă nici o terapie.

La sfârșitul terapiei ambele grupuri au fost investigate din nou pentru a vedea dacă scorurile la depresie, anxietate și asertivitate s-au modificat. Am presupus că la grupul de lucru vor fi îmbunătățiri ale scorurilor, în timp ce la grupul de control scorurile nu vor fi semnificativ diferite.

### **Planul terapeutic**

Terapia a avut un număr de 24 ședințe, cu o frecvență de două pe săptămână, cu următoarea structură:

§1-Cunoașterea reciprocă. Stabilirea obiectivelor. Testare inițială.

§2-.Exerciții de eliberare emoțională corporală. Dansul furiei, fricii și bucuriei.

§3-Învățarea relaxării musculare progresive. Cercul dorințelor.

§4-Exersarea relaxării. Scenariu terapeutic “Întâlnirea cu Sinele liber și securizat”(apud Erickson, 2008),

§5-Inducerea transei prin fixarea unui punct. Scenariu terapeutic: Metafora "Muntele puternic". Desen liber "Familia mea".( apud Nedelcea,2002),

§6-Transă prin relaxare musculară progresivă. Scenariu terapeutic: Liniștirea copilului din interior (regresie de vârstă)(Dufour,1993). Constelații de familie. Dramaterapie.(apud Mitrofan,2005),

§7-Transă prin tehnica atragerii palmelor. Scenariu terapeutic: Ancorarea în resurse. Constelații de familie. Dramaterapie.

§8-Rezolvare de probleme și conflicte cu un plan dat. Transă hipnotică "Metafora zidului". Constelații de familie. Dramaterapie.(apud Mitrofan,2004),

§9-Exerciții de asertivitate. Mesaje Eu. Jocuri de rol folosind tehnica scaunul gol.

§10- Rezolvare de probleme . Transă prin relaxare musculară progresivă. Scenariu terapeutic "Frunze pe iaz". Constelații de familie. Dramaterapie.

§11-Transă prin fixarea unui punct . Metaforă terapeutică " Puiul independent". Constelații de familie. Dramaterapie.( apud Erickson,2008),

§12-Exercițiu identitar "Cine sunt eu?".Testare finală.

Fiecare ședință descrisă a avut o ședință ulterioară de conștientizare și verbalizare a experiențelor, în total fiind 24 de ședințe.

"Psihoterapia este un proces interacțional conștient și planificat ce-și propune să influențeze tulburările de comportament și stările de suferință care, printr-un consens (între pacienți, terapeut și grupul de referință ) sunt considerate ca necesitând tratament , prin metode psihologice (prin comunicare, cel mai adesea verbală, dar și neverbală), în sensul unui scop bine definit, pe cât posibil stabilit în comun (minimalizarea simptomului și/sau schimbarea structurală a personalității), cu ajutorul unor tehnici ce pot fi învățate în baza unei teorii a comportamentului normal și patologic. În general, aceasta implică o relație emoțională stabilă." (apud I.Dafinoiu,2000). Terapia de tip ericksonian consideră, spre deosebire de teoriile psihanalitice, că omul are un izvor imens de resurse care sunt la nivel inconștient. Inconștientul depozitează toate amintirile, experiențele, învățăturile. Este sursa primară de resurse. Tot ce trebuie să facă terapeutul este să activeze acest potențial, pentru rezolvarea problemei pacientului. Această activare se face de terapeutul ericksonian cu ajutorul metaforelor, a prescripțiilor paradoxale, a transei, iar limbajul se situează tot la nivel inconștient de multe ori, pentru că nu este nevoie de o priză de conștiință pentru ca pacientul să-și rezolve problema. Hipnoza de tip ericksonian este și ea non-directivă, utilizând de

multe ori duble-legături care transformă rezistența pacientului în forța schimbării lui.

### **Hipnoza clinică ericksoniană**

Utilizarea acestei tehnici permite învățarea relaxării prin care se caută inducerea unei detensionări neuromusculare, obținerea calmului lăuntric, a unei percepții de sine mult aprofundate. Avantajul său este de a determina o manifestare existențială generală, complet diferită de situație. Rezultatele obținute, prin alte metode, prin mijloacele unei rezolvări raționale sau afective a situațiilor și a reacțiilor determinate, pot fi anihilate prin schimbări neprevăzute sau prin variații categoriale, de situațiile vitale traumatizante. Învățarea unui mod de relaxare este considerat necesar având în vedere că subiecții manifestă stări de anxietate, de frică care sunt asociate cu contractura și control permanent al situației.

De asemenea în timpul stării de relaxare subiecților li se pot oferi diferite sugestii de calm, liniște interioară, acceptare de sine și împăcare cu propria ființă, precum și sugestii de combatere a fricii (apud Dafinoiu, 1993). Aceste tipuri de relaxare sunt învățate de către pacienți care pot continua să practice acasă aceste ședințe pentru a-și menține o stare de bine interior sau poate fi o modalitate de comportament într-o situație de criză care necesită calm.

Tehnicile utilizate în terapiile experiențiale includ jocuri de rol, desene, dramaterapie, modelare, etc, toate aceste tehnici având ca obiectiv să aducă aici și acum sentimentele, emoțiile persoanei și să se poată lucra cu ele. (apud Dafinoiu, 2002),

Antrenamentul autogen este o metodă bine fundamentată științific, verificată experimental și clinic, care se caracterizează prin simplitate și economicitate în sensul că se învață ușor și durează relativ puțin. Este considerată o metodă de relaxare științifică, ce are la bază o abordare globală, de ansamblu, a personalității subiectului, fiind în esență o tehnică psihoterapeutică.

S-a observat că, în stare hipnotică, pacienții raportau în mod repetat anumite reacții fiziologice și psihologice, cum ar fi senzații de greutate și căldură în membre, modificări ale ritmului cardiac și respirator. Autorul a pornit de la premiza că, de vreme ce aceste reacții apăreau mereu în mod spontan în stare de hipnoză, putea fi indusă invers o stare hipnoidă prin concentrarea asupra reacțiilor psihofiziologice respective. De altfel, există o explicație pentru aceste senzații ce apar în stările de relaxare sau hipnoză.

Greutatea este explicată prin scăderea tonusului muscular existent în starea de veghe, iar senzațiile de căldură sunt explicate prin vasodilatație periferică.

## Desenul

Am utilizat desenul în primele ședințe pentru rolul său cathartic și de optimizare a relațiilor. Testele proiective au căpătat în zilele noastre un important credit pentru că permit o abordare globală, complexă a personalității, a structurilor dominante și latente, a tendințelor, aspirațiilor, motivației, aspecte greu decilabile prin teste psihometrice.

Proiecția este privită și ca o trăsătură și ca o caracteristică a personalității ce poate să se prezinte sub forme și gradualități diferite. Testele psihice proiective-relativ diferite de testele sociometrice-au o interpretare preponderent calitativă. În acest caz, desenul a fost o metodă de adaptare cu substrat afectiv, emoțional. Anxietatea, emoțiile exacerbate, instabilitatea, iritabilitatea și chiar agresivitatea sunt "modelate" într-o oarecare măsură odată cu exprimarea lor pe hârtie.(apud Mitrofan,2000)

## Jocul de rol

A fost folosit atât pentru dezvoltarea asertivității cât și pentru antrenamentul în rezolvarea de conflicte. Este o metodă în care situațiile-problemă sunt interpretate de diferiți membri ai grupului de antrenament care își asumă anumite roluri. Această metodă este foarte asemănătoare cu "drama lui Moreno". Formele de aplicare ale acestei metode pot fi foarte diverse, în funcție de scopurile ședinței respective. "Situația problemă" și rolurile ce trebuie jucate pot fi definite fie foarte clar constituind în final o demonstrație, fie mai slab, încât interpretarea va putea fi în mare parte spontană, iar replicile inprevizibile.(apud Mitrofan,2005),

Este cunoscut că o persoană va reacționa la o situație socială în funcție de modul cum își percepe ea propria deficiență, de concepția despre sine. Mai mult chiar, putem spune că, din modul cum acea persoană reacționează, decurg în timp fie înrăutățirea relațiilor deja existente, fie modificarea lor în sensul coerenței și integrării. Consecințele asupra părerii de sine cât și a imaginii de sine sunt independente, ele sunt deopotrivă cauză și efect, una pentru cealaltă.

Individul experimentează diferite tehnici de rezolvare și, pe baza metodei "alege și verifică" le adoptă pe cele care îi sunt proprii. Se poate spune că antrenamentul special care include abilitățile sociale poate preveni inabilitățile dureroase și facilitează abordarea relațiilor constructive interpersonale.(apud Mitrofan,2004)

Având ca scop însușirea abilităților sociale Bavelas a concluzionat că jocul de rol presupune:

1-folosirea cu multă grijă a unor situații stereotipice ca bază a antrenamentului;

2-se va prefera un control riguros al tuturor rolurilor care au fost jucate, cu excepția rolului prim, sub considerația că fiecare subiect va fi lăsat în totalitate liber să aleagă modul de răspuns care îi este specific.

Jocul de rol presupune dezvoltarea și folosirea empatiei care va fi utilizată apoi în relațiile sociale. Conflictele dese pe care copiii le aveau se datorau în mare parte lipsei de empatie, centrării pe propriile nevoi, așteptări, probleme sau dorințe, fără a ține seama de nevoile sau dorințele celorlalți. Jocul de rol le-a dat posibilitatea să se pună în pielea celui alt, să vadă dintr-un alt punct de vedere.

De asemenea, jocul de rol în cazul dezvoltării asertivității le-a dat posibilitatea să exerseze diferite comportamente și reacții care vor urma să le pună în practică și în mediul social.

Ședințele, realizate pe parcursul a două ore au presupus modificări importante în abilitatea de a răspunde la solicitări, de a căpăta experiență în medierea sau stingerea conflictelor.

### **Metafora terapeutică**

Am folosit metafora în mai multe ședințe prin scenariile terapeutice din timpul ședințelor de hipnoză cât și într-o ședință în care am folosit o poveste terapeutică. Asupra metaforei terapeutice am adus câteva considerații la capitolul teoretic despre terapia ericksoniană, iar asupra reacțiilor subiecților vom aduce amănunte atunci când vom analiza fiecare ședință terapeutică. (apud Erickson, 2008),

### **Rezultate și interpretarea lor**

Analiza datelor s-a făcut folosind programul SPSS și am obținut următoarele:

Date statistice pentru grupul de subiecți cu părinți absenți:

-Atât la grupul experimental de adolescenți cu părinți absenți, cât și la grupul de control media la depresie măsurată inițial se situa deasupra nivelului mediu raportat de autorul instrumentului.

$mD=18$  pentru populația normală;

$mD=22,17$  grup experimental, respectiv  $23,32$  grup control pentru adolescenții cu părinți absenți.

Acest lucru evidențiază faptul că la grupul de adolescenți cu părinți absenți investigat, depresia era un simptom prezent, posibila explicație fiind absența părinților și consecințele ei.

Grupurile sunt echivalente din punctul de vedere al valorilor la scala de depresie. Nu există diferențe semnificative între ele,  $p > 0.05$  cu un  $p = 0.28$ , și  $t = 1.09$ , așa cum rezultă din analiza cu testul T pentru eșantioane independente.

-Atât la grupul experimental cât și la grupul de control, anxietatea măsurată cu A-Trait se situa peste nivelul mediu al populației normale.

$mAT = 38$  pentru populația normală ;

$mAT = 43.2$ , respectiv  $42.6$  pentru grupul investigat.

Grupurile sunt echivalente din punctul de vedere al valorilor la scala de anxietate ca trăsătură. Nu există diferențe semnificative între ele,  $p > 0.05$  cu un  $p = 0.15$  și  $t = -1.45$ , așa cum rezultă din analiza cu testul T pentru eșantioane independente.

-Atât la grupul experimental cât și la grupul de control, anxietatea măsurată cu A-State se situa deasupra nivelului mediu al populației normale.

$mAS = 36$  pentru populația normală;

$mAS = 43.6$ , respectiv  $44$  pentru grupul investigat.

Ambele rezultate afirmă că în rândul populației de adolescenți cu părinți absenți, anxietatea ca stare este mai mare, fie datorită nesiguranței existențiale, insecurității sau a altor factori ce pot fi studiați prin alte cercetări.

Grupurile nu sunt echivalente din punctul de vedere al valorilor la scala de anxietate ca stare. Există diferențe semnificative între ele,  $p < 0.05$  cu un  $p = 0.01$  și  $t = -2.59$ , așa cum rezultă din analiza cu testul T pentru eșantioane independente.

Atât la grupul de control cât și la cel experimental, scorurile inițiale la asertivitate au fost mai mici decât la populația normală

$mASERT = 92$  pentru populația normală ;

$mASERT = 84.4$ ;  $88$  pentru populația investigat.

Acest lucru pune în evidență faptul că acești subiecți ar fi mai asertivi decât populația normală pentru că scorurile mici semnifică asertivitate și scorurile mari lipsa ei. ( $mASERT$  pentru subiecții fobici social = 123). Acest lucru, aparent contradictoriu, s-ar putea explica prin faptul că acest test nu discriminează bine între asertivitate și agresivitate. Adolescenții cu părinți absenți pot fi mai degrabă mai agresivi, de exemplu datorită frustrării, și nu mai asertivi. Acest tip de rezultat a mai fost întâlnit într-un studiu precedent realizat de noi pe o populație de deficienți locomotori.

Grupurile nu sunt echivalente din punctul de vedere al valorilor la scala de asertivitate. Există diferențe semnificative între ele,  $p < 0.05$  cu un  $p = 0.03$  și  $t = -2.18$ , așa cum rezultă din analiza cu testul T pentru eșantioane independente.

Studiul comparativ a folosit două grupuri echivalente de subiecți, adolescenții cu părinți prezenți.

În fiecare grup s-au aflat câte 32 subiecți, în total 64 de persoane. Ambelor grupuri le-au fost aplicate 4 instrumente de măsură, o scală de depresie, o scală de anxietate măsurată ca stare, o scală de anxietate generală, o scală de asertivitate. Instrumentele au fost aceleași ca și la subiecții cu părinți absenți. Unul din grupuri, numit grup experimental, a participat în continuare la un program de psihoterapie descris anterior. Celălalt grup, numit grup de control, nu a urmat nici un fel de psihoterapie. Ambele grupuri au fost măsurate pe aceleași dimensiuni, cu aceleași instrumente, la sfârșitul psihoterapiei grupului experimental. Rezultatele au fost prelucrate cu ajutorul programului SPSS.

Statisticile variabilelor comparate pun în evidență următoarele elemente, care descriu grupurile analizate de adolescenți cu părinți prezenți:

-Atât la grupul experimental cât și la grupul de control media la depresie măsurată inițial se situa la nivelul mediu raportat de autorul instrumentului.

$mD = 18$  pentru populația normală;

$mD = 17,2$ , respectiv  $16,8$  pentru subiecții investigați.

Grupurile sunt echivalente din punctul de vedere al valorilor la scala de depresie. Nu există diferențe semnificative între ele,  $p > 0.05$  cu un  $p = 0.12$  și  $t = -1.54$ , așa cum rezultă din analiza cu testul T pentru eșantioane independente.

Acest lucru evidențiază faptul că la grupul investigat de adolescenți cu părinți prezenți depresia nu era un simptom prezent.

-Atât la grupul experimental cât și la grupul de control, anxietatea măsurată cu A-Trait se situa foarte aproape de nivelul mediu al populației normale, puțin sub medie.

$mAT = 38$  pentru populația normală;

$mAT = 35,7$ , respectiv  $34,9$  pentru grupul investigat.

Grupurile sunt echivalente din punctul de vedere al valorilor la scala de anxietate ca trăsătură. Nu există diferențe semnificative între ele,  $p > 0.05$  cu un  $p = 0.12$  și  $t = 1.57$ , așa cum rezultă din analiza cu testul T pentru eșantioane independente.

-Atât la grupul experimental cât și la grupul de control, anxietatea măsurată cu A-State se situa deasupra nivelului mediu al populației normale  $mAS = 36$  pentru populația normală;

mAS=36,5, respectiv 37,3 pentru grupul investigat.

Ambele rezultate afirmă că în rândul populației de adolescenți investigat, anxietatea ca stare este foarte aproape de media populației normale.

Grupurile sunt echivalente din punctul de vedere al valorilor la scala de anxietate ca stare. Nu există diferențe semnificative între ele,  $p > 0.05$  cu un  $p = 0.74$  și  $t = 0.334$ , așa cum rezultă din analiza cu testul T pentru eșantioane independente.

-Atât la grupul de control cât și la cel experimental, scorurile inițiale la asertivitate au fost mai mici decât la populația normală :

mASERT=92 pentru populația normală;

mASERT= 94, respectiv 88 pentru populația investigată

Grupurile nu sunt echivalente din punctul de vedere al valorilor la scala de asertivitate. Există diferențe semnificative între ele,  $p < 0.05$  cu un  $p = 0.004$  și  $t = 3.03$ , așa cum rezultă din analiza cu testul T pentru eșantioane independente.

Acest lucru poate să arate faptul că acești adolescenți sunt mai asertivi decât populația generală, vârsta probabil explicând acest fapt.

- Vor exista diferențe semnificative pe dimensiunile măsurate între populația investigată cu adolescenții cu părinți absenți și adolescenții cu părinți prezenți, dar și adolescenții cu părinți prezenți poate prezenta schimbări afective în urma unei psihoterapii complex integrative.

Pentru a verifica aceste ipoteze am folosit ca instrument statistic în prelucrarea datelor obținute SPSS. Am utilizat testul T pentru eșantioane perechi pentru a vedea dacă există diferențe semnificative între mediile inițiale și finale la grupurile de subiecți, pe dimensiunile măsurate. De asemenea, am utilizat testul T pentru eșantioane independente pentru a vedea diferențele între mediile grupurilor experimentale în comparație cu grupurile de control.

Din analiza datelor cu ajutorul testului T pentru eșantioane perechi, pentru anxietatea ca stare, reținem următoarele rezultate:

-Există diferențe semnificative între anxietatea ca stare pentru grupul experimental de adolescenți cu părinți absenți, diferența între medii având un  $p$  de 0.000, și un  $t$  de 11.63, adică  $p$  mai mic de 0.05, în sensul scăderii anxietății. Acest lucru arată că terapia a avut efect.

- Nu există diferențe semnificative între anxietatea ca stare pentru grupul de control de adolescenți cu părinți absenți, diferența între medii având un  $p$  de

0.889, adică mai mare de 0.05, iar  $t$  este  $-0.12$ , anxietatea ca stare la acest grup nesuferind modificări semnificative.

- Există diferențe semnificative între anxietatea ca stare pentru grupul experimental de adolescenți cu părinți prezenți, diferența între medii având un  $p$  de 0.000, adică mai mic de 0.05, și  $t$  5.62, în sensul scăderii anxietății. Acest lucru arată că terapia a avut efect.

- Există diferențe semnificative între anxietatea ca stare pentru grupul de control de adolescenți cu părinți prezenți, diferența între medii având un  $p$  de 0.003, adică mai mic de 0.05, și  $t$  3.72, în sensul scăderii anxietății. Acest lucru arată că au fost cauze, altele decât terapia, care au modificat anxietatea ca stare la acest grup.

Pentru anxietatea ca trăsătură, prelucrările statistice pun în evidență următoarele rezultate:

- Există diferențe semnificative între anxietatea ca trăsătură pentru grupul experimental de adolescenți cu părinți absenți, diferența între medii având un  $p$  de 0.002, adică mai mic de 0.05, și  $t$  10.48, în sensul scăderii anxietății. Acest lucru arată că terapia a avut efect.

- Nu există diferențe semnificative între anxietatea ca stare pentru grupul de control de deficienți, diferența între medii având un  $p$  de 0.36, adică mai mare de 0.05 și  $t$   $-2.14$ , anxietatea ca trăsătură la acest grup nesuferind modificări semnificative.

- Există diferențe semnificative între anxietatea ca trăsătură pentru grupul experimental de adolescenți cu părinți prezenți, diferența între medii având un  $p$  de 0.003, adică mai mic de 0.05 și  $t$  6.43, în sensul scăderii anxietății. Acest lucru arată că terapia a avut efect.

- Nu există diferențe semnificative între anxietatea ca trăsătură pentru grupul de control de adolescenți cu părinți prezenți, diferența între medii având un  $p$  de 0.32, adică mai mare de 0.05 și  $t$  2.13, anxietatea ca trăsătură la acest grup nesuferind modificări semnificative.

Pentru variabila depresie, prelucrarea datelor, utilizând aceleași instrumente, arată următoarele rezultate:

- La grupul experimental de adolescenți cu părinți absenți există diferențe semnificative între nivelul depresiei după terapie, diferența între medii având un  $p$  de 0.002, mai mic de 0.05 și  $t$  10.28. Acest lucru dovedește eficiența terapiei.

- La grupul de control de adolescenții cu părinți absenți nu există diferențe semnificative între nivelul depresiei după terapie, diferența între medii având un  $p$  de 0.52, mai mare de 0.05 și  $t = -0.92$
- La grupul experimental de adolescenți cu părinți prezenți, există diferențe semnificative între nivelul depresiei după terapie, diferența între medii având un  $p$  de 0.001, mai mic de 0.05 și  $t = 2.297$ . Acest lucru dovedește eficiența terapiei.
- La grupul de control de adolescenți cu părinți prezenți nu există diferențe semnificative între nivelul depresiei după terapie.

În ce privește asertivitatea, rezultatele obținute în urma analizei datelor prezintă date neconcludente și nu am considerat necesar să analizăm diferențele obținute pt că nu știm în fond ce dimensiune măsurăm (asertivitate sau agresivitate).

Concluzionând rezultatele obținute cu testul  $T$  pentru eșantioane perechi, adică comparând grupurile de subiecți înainte și după terapie pe dimensiunile măsurate, putem afirma că terapia a avut efect în mare parte. Pe dimensiunile de anxietate, atât ca stare cât și ca trăsătură, cât și pe dimensiunea de depresie există diferențe semnificative între rezultatele de dinainte și după terapie.

Pentru a pune în evidență diferențele între grupurile experimentale și de control, am utilizat testele  $T$  pentru eșantioane independente. Rezultatele testelor sunt următoarele:

Pentru variabila anxietate ca stare, între grupul experimental de APA și grupul de control de APA există diferențe semnificative la sfârșitul terapiei, în sensul că la grupul experimental anxietatea este mai scăzută, cu un  $t$  de  $-7.96$  și  $p$  de 0.005.

Pentru aceeași variabilă anxietate ca stare, între grupul experimental de APP și grupul de control de APP există diferențe semnificative la sfârșitul terapiei, cu un  $t$  de  $-3.14$  și  $p$  de 0.015.

Pentru anxietatea ca trăsătură, la finalul terapiei, între grupul experimental APA și grupul de control de APA există diferențe semnificative, în sensul că la grupul experimental anxietatea este mai scăzută, cu un  $t$  de  $-4.54$  și  $p$  de 0.004.

La finalul terapiei, între grupul experimental de APP și grupul de control de APP nu există diferențe semnificative.

Depresia, măsurată cu inventarul Beck, la finalul terapiei, a prezentat diferențe semnificative între grupul experimental de APA și grupul de control de APA, cu un  $t$  de  $-3.43$  și  $p$  de 0.003.

Depresia, măsurată cu inventarul Beck, la finalul terapiei, a prezentat diferențe semnificative între grupul experimental de APP și grupul de control de APP cu un  $t$  de  $-2.72$  și  $p$  de  $0.001$ .

### **Concluzii finale**

Studiul prezentat ne atrage atenția asupra efectelor nedorite ale absenței părinților din familiile cu adolescenți, depresia și anxietatea fiind prezente la această populație cu scoruri mai mari decât la populația de adolescenți care au părinții acasă. Totodată rezultate favorabile sunt obținute cu ajutorul unui program de intervenție de tip psioterapeutic complex integrativ și ne propunem să continuăm studiile pentru a oferi un ghid de intervenție cât mai eficient în acest sens.

---

### **Bibliografie**

---

- Cătărău, L. F. (2019). ”Evaluarea impactului migrației părinților asupra comportamentului infracțional al copiilor rămași acasă”. Iași, Ed. Lumen.
- Dafinoiu, I. (1993). „Sugestie și hipnoză”, București, Ed. Știință și tehnică,
- Dafinoiu, I. (2000). “Elemente de psihoterapie integrativă”, Iași, Ed. Polirom
- Dafinoiu, I. (2002). “Personalitatea. Metode de abordare clinică.”, Iași, Ed. Polirom,
- Dufour, M. (1993). “Allegories pour guerir et grandir”, Paris, Les Editions de l’Homme, Les Editions JCL,
- Erickson, M. (2008). “Vocea mea te va insoti ”, Bucuresti, Editura Cartea Veche
- Feraru, D. P. (2019). ”Costuri sociale ale migrației externe din România”, Iași, Ed. Lumen.
- Mitrofan, I. (coordonator), (2000). „Orientarea experiențială în psihoterapie”, București, Ed. SPER,
- Mitrofan, I. (2004). ”Psihoterapia unificării”, București Ed.SPESR,
- Mitrofan, I. (2005). ”Analiza transgenerațională în terapia unificării”, București Ed.SPESR,
- Munteanu, A. (1998). “Psihologia copilului și adolescentului”, Timișoara Editura Augusta,
- Nedelcea, C. (2002). “Introducere în programare neurolingvistică”, București, Ed.SPESR,.