

REALITĂȚI CLINICE ALE FUNCȚIONĂRII NEVROTICE ÎN PERIOADA COPILĂRIEI

Ion CAȘCAVAL,
doctorand, USM

În acest articol este prezentat studiul teoretic și empiric cu privire la funcționarea nevrotică în copilărie. Abordarea teoretică prezintă etiologia și fenomenologia funcționării nevrotice în copilărie. Cercetarea empirică descrie corelațiile dintre trăsăturile de personalitate și simptomele nevrotice la copil. Cercetarea a fost realizată pe un grup de 20 de copii cu simptome nevrotice severe. Pentru identificarea simptomelor nevrotice a fost utilizată scala RCADS-47, iar pentru identificarea trăsăturilor de personalitate a fost aplicat chestionarul CPQ.

Cuvinte-cheie: copil, simptome nevrotice, funcționare nevrotică, trăsături de personalitate.

CLINICAL REALITIES OF NEUROTIC FUNCTIONING DURING CHILDHOOD

The article presents the theoretical and empirical study of neurotic functioning in childhood. The theoretical approach presents the etiology and phenomenology of neurotic functioning in childhood. Empirical research describes the correlations between personality traits and neurotic symptoms in children. The research was performed on a group of 20 children with severe neurotic symptoms. The RCADS-47 scale was used to identify neurotic symptoms, and the CPQ questionnaire was applied to identify personality traits.

Keywords: child, neurotic symptoms, neurotic functioning, personality traits.

Mai mulți autori [2, 6, 8, 17, 18, 19] consideră că nevroza este o stare mintală patologică în care nu există leziuni observabile ale sistemului neuropsihologic. Este o afecțiune mintală care afectează viața cotidiană a individului, fără a altera totuși semnificativ relația acestuia cu realitatea. Individul este conștient de morbiditatea stării sale.

Persoanele cu o funcționare nevrotică au în general un contact bun cu realitatea. În nevroză anxietatea și culpabilitatea ocupă un rol central. Simptomele nevrotice sunt dovada a ceea ce nu a putut fi mentalizat din angoasă și din conflictualitate. Capacitățile de individualizare și autonomie ale subiectului sunt dezvoltate, chiar dacă relațiile cu obiectul și cu anturajul se află sub constrângere și parțială dependență [18].

Potrivit mai multor specialiști [8, 9, 10, 18], în cazul copiilor nu se poate vorbi despre o organizare nevrotică a personalității, ci doar de simptome sau stări nevrotice. Copilul încă nu are în totalitate formată personalitatea, de aceea nu poate exista o structură nevrotică deplină. Structura nevrotică formată presupune

o complexitate, la care copilul încă nu a ajuns, deoarece acesta se află într-o dezvoltare constantă.

Prin termenul de funcționare nevrotică la copil înțelegem o stare mentală în care anxietatea ocupă simptomul central. Stările nevrotice se caracterizează prin trăiri interne a anxietății, conflictualității și culpabilității. Aceste stări desemnează o modalitate de funcționare a psihismului în care simptomele sunt expresia simbolică a unui conflict care își găsește rădăcinile în istoria subiectului și constituie un compromis între dorință și apărare [7, 18].

În literatura de specialitate psihiatrică și psihologică identificăm următoarele tulburări nevrotice întâlnite la copii: anxietate de separare; tulburări anxioase-fobice; anxietate socială; atacurile de panică; simptomele obsesiv-compulsive; stările depresive [5].

În opinia lui Marcelli, copilul cu o funcționare nevrotică trăiește în permanență un sentiment vag de teamă, ca și cum ceva catastrofal ar putea să se întâmple. Această anxietate se exprimă prin:

- Neliniște cu privire la viitor, însoțită de teama că ar putea să se întâmple ceva rău cu sine sau cu persoanele dragi;
- Iritabilitate, furie, opoziționism, labilitate emoțională;
- Încredere în sine scăzută, teama de a nu greși, frică cu privire la acțiunile sau atitudinile trecute;
- Gânduri depresive care se manifestă prin devalorizare, rușine, culpabilitate [10].

Există mai multe teorii care încearcă să explice etiologia funcționării nevrotice la copii, adolescenți și adulți. Considerăm că în apariția stărilor nevrotice la copil sunt implicați mai mulți factori de ordin psihologic, sociologic și biologic. Vom enumera și descrie, pe scurt, principalele teorii care oferă ipoteze privind etiologia funcționării nevrotice.

Una dintre primele paradigme care a încercat să explice etiologia nevrozei este behaviorismul. În teoria comportamentală se consideră că nevroza este determinată de contingente ce rezultă din consecințe pozitive și negative. Pentru adepții acestei teorii simptomele nevrotice sunt modele de conduite învățate, nevroza fiind rezultatul unor serii de stimuli și răspunsuri [8, 10, 22, 23, 24].

Perspectiva cognitiv-comportamentală își propune să explice simptomele nevrotice prin clarificarea legăturii dintre gânduri și comportamente. Specialiștii din acest domeniu sunt interesați de relația dintre gândire și comportament, precum și de anumite cogniții disfuncționale ce pot influența autopercepția, autoatribuirea și relațiile cu cei din jur. Potrivit acestei teorii, sistemele de credințe greșite ale subiectului (adult sau copil) conduc la comportamente de inadaptare, cum ar fi agresivitate, depresie și anxietate [23, 24].

Teoriile biologice și fiziologice analizează influența factorilor biologici și genetici asupra funcționării nevrotice. Aceste teorii pun accent pe interacțiunea dintre mediu și gene. Modelul biomedical încearcă să determine care părți ale corpului sau ale creierului nu funcționează corespunzător, din punct de vedere genetic, al reacțiilor biochimice de la nivelul cerebral sau al anatomiei creierului. Această abordare consideră că sistemul nervos controlează toate comportamentele cognitive, emoționale și motorii. Astfel, stările nevrotice ar fi legate de unele alterări chimice sau anatomice ale creierului sau/și de o predispoziție genetică [2, 8, 68].

Robinson consideră că psihanaliza, spre deosebire de teoriile comportamentale și biologice, este o paradigmă care aparține științelor umaniste și își propune să cerceteze ce anume este specific omului, independent de latura sa animală. Spre deosebire de celelalte ființe, consideră psihanalistul, omul se naște într-un context social și cultural, iar familia reprezintă matricea socialului și locul în care se formează subiectul. Potrivit lui Robinson, psihicul omului e în mod fundamental istoric, individul este întotdeauna marcat de spațiul familial, de relația sa cu persoanele semnificative și de generațiile precedente [16] .

În cadrul psihanalizei etiologia funcționărilor psihopatologice se împarte în două perioade de dezvoltare: prima perioadă este denumită perioada preoedipiană, pregenitală sau preverbală, iar a doua perioadă este denumită perioada oedipiană. Experiența clinică a psihanalizatorilor a demonstrat că patologia de limită (borderline) și psihozele își au originea în perioada preoedipiană, iar nevroza își are originea în perioada oedipiană [12, 14].

Teoria psihanalitică freudiană consideră că funcționarea nevrotică își are etiologia în urma nerezolvării conflictelor oedipiene. Complexul Oedip este reprezentarea inconștientă prin care se exprimă dorința amoroasă a copilului pentru părintele de sex opus și ostilitatea pentru părintele de același sex. Această reprezentare poate să se inverseze și să exprime iubirea pentru părintele de același sex și ura pentru părintele de sex opus [7, 8, 11].

Potrivit psihanalizei freudiene, complexul Oedip constituie organizatorul central al vieții psihice, în jurul căruia se structurează identitatea sexuală a individului, se articulează problema diferenței dintre sexe și problema diferenței dintre generații [8, 14, 18] .

Funcționarea nevrotică a copilului decurge din conflictul dintre tendințele sexuale infantile și interdicția reală sau fantasmată. Nevroza se bazează pe legea interdicției și pe principiul refulării, simptomul fiind rezultatul unei formațiuni de compromis. În opinia psihanalizatorilor, angoasele nevrotice sunt în mod esențial angoase de castrare. Aceste angoase pot lua forma unei angoase de pierdere a omnipotenței falice: angoasa datorată rivalității, angoasa de a nu fi totul pentru celălalt, de pierdere a relației cu obiectul. De asemenea, angoasele nevrotice pot lua

forma angoaselor de răzbunare, în raport cu dorințele interzise: angoasa de a fi pedepsit pentru dorințele și fantezmele de relație amoroasă cu obiectul. În concepția psihanalitică, contextul nevrotic este cel al complexului Oedip [3, 18].

Un loc important în dezvoltarea sau diminuarea stărilor nevrotice la copil este relația acestuia cu părinții. Adesea unii părinți întăresc fantezmele de pedeapsă ale copilului, în loc să-l ajute pe copil să facă diferența dintre fantasmă și realitate, ceea ce sporește anxietatea și apărările împotriva acestora [10, 18].

Akhtar consideră că situațiile periculoase sau fantezmele care generează anxietatea la persoana nevrotică sunt: 1) pierderea obiectului iubirii; 2) pierderea iubirii din partea obiectului iubit; 3) castrarea falică; 4) condamnarea morală care vine din interiorul propriei persoane și provoacă culpabilitate [1].

Considerăm că în cadrul funcționării nevrotice la copil un rol important au propriile fantezme ale copilului și relația care se stabilește între părinte și copil. Anxietatea nevrotică reprezintă întotdeauna pericolul de a pierde obiectul iubit, precum și de a fi pedepsit, din cauza fantezmelor oedipiene. Stările nevrotice ale copilului pot fi diminuate de relația pe care o are acesta cu părintele. Este important ca părintele să nu întărească nici fantezmele de anxietate și culpabilitate, precum și nici cele incestuale și de omnipotență. Părintele trebuie să ocupe poziția în care să instaureze interdicții structurante și non-abuzive. Fantezmele și comportamentele oedipiene trebuie să fie conținute și limitate de un ansamblu de interdicții parentale, care să susțină diferențele fondatoare ale identității umane: diferența dintre generații, diferența dintre sexe, diferența dintre sexualitatea infantilă și sexualitatea adultă. Dacă are loc o interdicție prea abuzivă și violentă, atunci se vor dezvolta stări intense de anxietate și de culpabilitate, precum și o exigență de reprimare și refulare. Dacă interdicțiile nu sunt instaurate, există riscul unei organizări narcisice în care nu are loc maturizarea, deoarece este susținut sentimentul de omnipotență.

Scopul cercetării a fost studierea funcționării nevrotice la copil, exprimată prin simptome nevrotice și factori de personalitate.

Ipoteza cercetării: Există corelații semnificative între simptomele nevrotice și factorii de personalitate la copii.

Grupul de studiu a fost constituit din 20 de copii cu vârsta cuprinsă între 8 și 11 ani care prezentau simptome nevrotice severe.

Metode teoretice

- Analiza și sinteza literaturii de specialitate;
- Metoda ipotetico-deductivă de interpretare a rezultatelor obținute.

Metode de analiza a datelor

- Metoda calculării coeficientului de corelație „Bravais – Pearson”;

Instrumentele de psihodiagnostic:

1. *RCADS 47 – Scala revizuită de anxietate și depresie pentru copii elaborat de Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto & Francis, 2000.* Este un instrument ce conține 47 de itemi care măsoară: anxietatea de separare, anxietatea generalizată, panica, fobia socială, simptomele obsesiv-compulsive, depresia. RCADS poate fi aplicat atât pe copii, cât și pe adolescenți (8-18 ani). Administrarea chestionarului durează între cinci și zece minute [4].

2. *Chestionar de personalitate pentru copii CPQ elaborat de R. B. Cattell & IPAT Staff în 1992.* Chestionarul este o modificare a chestionarului 16PF Cattel pentru adulți și se aplică pe copii cu vârsta de 8 – 12 ani. Factorii de personalitate măsurați de chestionarul CPQ permit și identificarea organizării nevrotice a copilului [13].

Rezultatele cercetării:

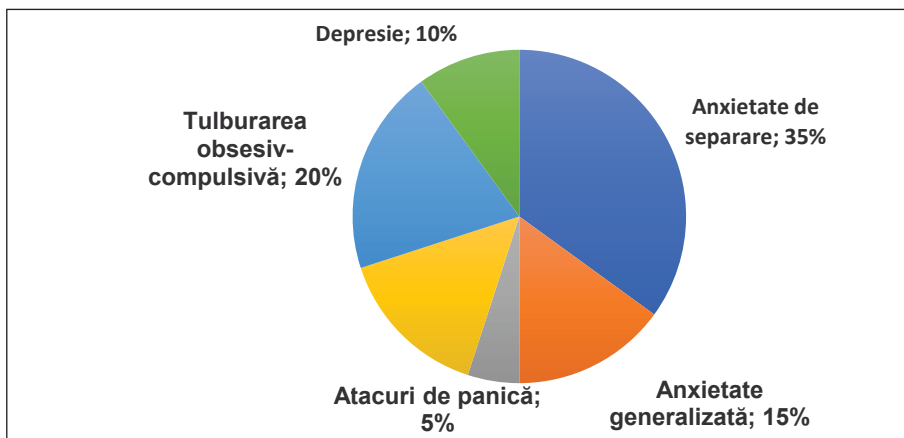


Fig. 1. Simptomele nevrotice cu intensitate clinică identificate la copii în urma aplicării chestionarului RCADS-47

În urma aplicării chestionarului RCADS am identificat că 35% dintre copiii incluși în grupul de studiu prezintă anxietate de separare, care se manifestă prin următoarele simptome când anticipează despărțirea de părinte: îngrijorare și neliniște, protest prin plâns, țipăt, apatie, somn neliniștit cu vise terifiante și pavor nocturn, acuze somatice diverse, prezența gândurilor că ar putea să se întâmple ceva rău cu părinții. Potrivit lui Quinodoz, absența celui alt declanșează percepția dureroasă a prezenței celui alt ca non-Eu. Anxietatea de separare este trăită nu doar ca o pierdere a obiectului, ci și ca o pierdere a unei părți a Eului. Separarea de celălalt înseamnă la nivel inconștient o amenințare pentru integritatea propriului Eu [15].

Ca urmare a analizei cantitative, am constatat că 20% prezintă tulburare obsesiv-compulsivă ce se caracterizată prin obsesii invazive și compulsii care durează

cel puțin o oră pe zi și afectează funcționarea cotidiană a copilului. Obsesiile acestora sunt însoțite de ritualuri/compulsii la acțiune împotriva cărora copilul luptă.

15% dintre copii au fost identificați cu anxietate generalizată ce se manifestă printr-o anxietate permanentă în decursul a cel puțin 6 luni. Această anxietate nu este legată de o grijă anume; copilul este conștient de absența primejdiei obiective, dar totuși este cuprins de un sentiment de insecuritate și îngrijorare.

Constatăm că 15% dintre cei supuși testării au un nivel crescut de fobie socială, aceștia evită situațiile publice în care ar putea fi observați și criticați de alte persoane. Copiilor cu fobie socială le este frică să nu se comporte în mod umilitor sau jenat în public.

Studiile de specialitate relevă că depresia este un fenomen psihic greu de depistat la copii, deoarece rareori se exprimă prin tristețe [10, 24]. 10% dintre cei testați au prezentat simptome clinice ce exprimă un nivel ridicat de depresie. Manifestările depresive la copil sunt adesea mascate și fără legătură evidentă cu sentimentele reale simțite. În schimb, se manifestă următoarele simptome: treceri la act, reușită școlară scăzută, absență școlară, fobie școlară, probleme somatice, dispoziție scăzută, predispoziție pentru accidente, fobii, piromanie etc.

Doar 5% dintre cei testați prezintă atacuri de panică care survin brusc, pentru câteva minute, însoțite de un sentiment de disconfort sau de amenințare intensă: teama de o catastrofă, de moarte, de pierdere etc. Atacul de panică este însoțit de semne somatice: cefalee, palpitații, tremur, senzația de sufocare, transpirație.

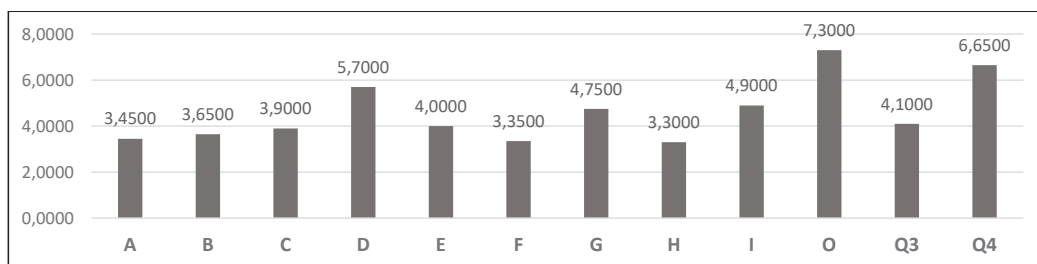


Fig. 2. Distribuția rezultatelor la chestionarul de personalitate CPQ

În urma aplicării chestionarului de personalitate CPQ pe copii cu simptome nevrotice constatăm valori joase la factorii de personalitate A și H și valori ridicate la factorii de personalitate O și Q4.

Valorile joase la factorul A ($m=3,45$) exprimă că copiii cu simptome nevrotice tind să prefere lucrurile în locul oamenilor, le place să lucreze singuri, evită confruntările, sunt exigenți și rigizi în normele personale; pot fi critici, opozanți și duri. Iar notele scăzute la factorul H ($m=3,3$) indică timiditate, neîncredere în forțele proprii și prudență excesivă. Asemenea copii încearcă să treacă neobservați, au un sentiment de inferioritate, exprimându-se nesigur și cu rețineră.

Valorile ridicate la factorul O ($m=7,3$) evidențiază că acești copii prezintă neliniște, agitație, deprimare și tendință de culpabilitate, resentimente și gânduri disfuncționale. În situații dificile sunt neliniștiți, se simt persecutați în grup și incapabili să se integreze. De asemenea, valorile ridicate la factorul Q4 ($m=6,65$) indică încordare, frustrare, iritare, surmenaj, agitație și irascibilitate.

Tabel. Corelația dintre simptomele nevrotice și factorii de personalitate (Corelația Bravais-Pearson)

Variabilele	Coeficientul de corelație	Pragul de semnificație
Anxietate de separare / Factorul Q3	-0,534	$p \leq 0,05$
Anxietate generalizată / Factorul B	0,555	$p \leq 0,05$
Anxietate generalizată / Factorul E	-0,587	$p \leq 0,01$
Atacurile de panică / Factorul A	-0,526	$p \leq 0,05$
Atacurile de panică / Factorul H	-0,482	$p \leq 0,05$
Fobia socială / Factorul E	-0,493	$p \leq 0,05$
Tulburarea obsesiv-compulsivă / Factorul G	0,576	$p \leq 0,01$
Tulburarea obsesiv-compulsivă / Factorul I	-0,612	$p \leq 0,01$
Depresia / Factorul C	-0,544	$p \leq 0,05$
Depresia / Factorul D	0,609	$p \leq 0,01$

Constatăm o corelație semnificativ negativă ($r=-0,534$; $p \leq 0,05$) între anxietatea de separare și factorul Q3. Acest rezultat indică faptul că există o relație invers proporțională între aceste două variabile; astfel, copiii cu un nivel ridicat de anxietate de separare prezintă un nivel scăzut de autocontrol, organizare și adaptare în viața socială.

Anxietatea generalizată și factorul B de personalitate au o relație direct proporțională semnificativă ($r=0,555$; $p \leq 0,05$). Astfel, cu cât este mai înalt nivelul de anxietate generalizată, cu atât se reflectă un nivel intelectual ridicat exprimat de o gândire abstractă dezvoltată, specific factorului B de personalitate. Presupunem că acest rezultat se datorează unor tendințe spre perfecționism caracteristice copiilor cu anxietate generalizată.

Anxietatea generalizată corelează semnificativ negativ cu factorul E de personalitate ($r=-0,587$; $p \leq 0,01$). De asemenea, constatăm că și fobia socială corelează moderat negativ cu factorul E de personalitate ($r=-0,493$; $p \leq 0,05$). Putem afirma că cu cât gradul de anxietate generalizată sau de fobie socială e mai înalt cu atât copilul tinde să fie mai puțin sigur pe sine, acesta devine mai dominat de cei din jur, tinde spre conformism și mai puțin spre independența propriilor opinii.

Atacurile de panică au o relație invers proporțională cu factorul A ($r=-0,526$; $p \leq 0,05$). Constatăm că acei copii care prezintă atacuri de panică tind să fie mai

puțin adaptabili. Aceștia au o personalitate preponderent schizotomică, ce se caracterizează prin rezervă, detașare, tendința spre critică, distanțare, scepticism, rigiditate, dispreț. Acestora le place să lucreze și să se joace singuri, evitând eventualele confruntări. De asemenea, atacurile de panică au o corelație negativă și cu factorul H ($r=-0,482$; $p\leq 0,05$). Acest rezultat atestă că acești copii exprimă timiditate, neîncredere în forțele proprii și prudență excesivă.

Tulburarea obsesiv-compulsivă corelează semnificativ pozitiv cu factorul G de personalitate ($r=0,576$; $p\leq 0,01$). Copiii care prezintă tulburare obsesiv-compulsivă tind să aibă un Supraeu rigid. Aceștia se caracterizează prin integritate morală exagerată, perseverență, seriozitate și atenție la regulile de conviețuire. Cei ce fac parte din această categorie sunt exigenți, au un simț al datoriei și responsabilității ridicat, sunt conștiincioși și moralizatori.

Tulburarea obsesiv-compulsivă corelează semnificativ negativ și cu factorul I de personalitate ($r=-0,612$; $p\leq 0,01$). Copiii care prezintă tulburare obsesiv-compulsivă tind să fie mai puțin afectuoși și mai mult raționali. Ei se caracterizează prin realism și uneori duritate.

Se constată o relație semnificativ disproporțională între depresie și factorul C de personalitate ($r=-0,544$; $p\leq 0,05$). Copiii cu nivel ridicat de depresie prezintă o slabă forță a Eului, în sens psihanalitic. Aceștia au un caracter emotiv, nestatornic, agitat, influențabil, impresionabil, iritabil, nesatisfăcut. Mecanismele de apărare ale Eului sunt slăbite și aceștia au capacitate redusă de a se apăra de aspectele negative din realitatea externă și internă.

Depresia și factorul D au o relație semnificativă direct proporțională ($r=0,609$, $p\leq 0,01$). Depresia nevrotică la copil se poate caracteriza atât prin stare de deprimare cronică, pierderea interesului, anhedonie, sentiment de inutilitate, cât și prin următoarele manifestări specifice factorului D de personalitate: iritabilitate, excitabilitate psihomotorie și capacitate redusă de concentrare.

Concluzii

În urma cercetării literaturii de specialitate am constatat că funcționarea nevrotică a copilului poate fi determinată atât de o conflictualitate referitoare la problematica oedipiană – conflictul între dorință, fantasmă, pe de o parte, și rigorile realității obiective și ale educației, pe de altă parte, în acest sens fiind cel mai des asociate cu frica de castrare și nevoia de pedeapsă. În același timp, considerăm că stările nevrotice pot fi asociate și cu conflictualități ce țin de problematica narcisică – simbioză, separare, individuare, implicând frica de abandon, frica de separare și aducând în prim-plan problematica narcisică, pe un nivel de funcționare preponderent nevrotic.

Studiul empiric cu privire la corelația dintre simptomele nevrotice și factorii de personalitate la copil au scos în evidență că există relație de asociere semnifi-

cativă între aceste variabile, ceea ce confirmă funcționarea nevrotică a acestor copii. Astfel, am constatat că copiii cu funcționare nevrotică tind să prefere lucrurile în locul oamenilor, le place să lucreze singuri, evită confruntările, sunt exigenți și rigizi în normele personale; pot fi critici, opozanți și duri; timizi; exprimă neîncredere în forțele proprii și prudență excesivă. Rezultatele obținute evidențiază că aceștia prezintă neliniște, agitație, deprimare, culpabilitate, resentimente și gânduri disfuncționale.

Referințe:

1. AKHTAR, S. *Sursele suferinței: frica, lăcomia, vinovăția, înșelarea, trădarea și răzbunarea*. București: Trei, 2018, p.15-25. ISBN 978-606-40-0574-8
2. BLANCHET, A. și IONESCU, Ș. *Tratat de psihologie clinică și psihopatologie*. București: Trei, 2013, p.173-179. ISBN 978-973-707-828-5
3. CHEMAMA, R. *Dicționar de psihanaliză*. București: Univers Enciclopedic Gold, 2009, p.234-244, ISBN 978-606-92159-6-8
4. CHORPITA, B.F., YIM, L., MOFFITT, C., UMEMOTO, L.A., & FRANCIS, S.E. Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. In: *Behaviour Research and Therapy*, 2000, no.38(8), p.835-855.
5. DOBRESCU, I. *Psihiatria copilului și adolescentului*. București: Editura Medicală, 2003, p.296-330. ISBN 973-39-0496-1
6. FENICHEL, O. *Teoria psihanalitică a nevrozei*. București: Trei, 2013, p.23-31. ISBN 978-973-707-700-4
7. LAPLANCE, J. ȘI PONTALIS, J.B. *Vocabularul psihanalizei*. București: Humanitas, 1994. ISBN 973-28-0430-0
8. *Larousse - „Marele dicționar al psihologiei”*. București: Trei, 2006, p.812-818. ISBN 973-707-099-2
9. LEBOVICI, S. *Arborele Vieții. Elemente de psihopatologia bebelușului*. București: Fundația Generația, 2006, p.269-282. ISBN 973-87797-0-7
10. MARCELLI, D. *Tratat de psihopatologia copilului*. București: Fundația Generația, 2003, p.348-378. ISBN 973-86377-0-8
11. MITCHELL, A.S. ș.a. *Experiența psihanalizei*. București: Trei, 2015.
12. PERRON, R. ș.a. *Complexul Oedip*. București: Fundația Generația, 2005, p.115-121. ISBN 973-86377-3-2
13. PORTER, R.B. CATTELL, R.B. & IPAT, Staff. *Handbook for the Children's Personality Questionnaire: (CPQ)*. Champaign, Ill. (P.O. Box 1188, Champaign 61824-1188): Institute for Personality and Ability Testing, 1992.

14. QUINODOZ, J.M. *Citindu-l pe Freud*. București: Fundația Generația, 2005. ISBN 973-86377-4-0
15. QUINODOZ, J.M. *Îmblânzirea singurătății. Angoasa de separare în psihanaliză*. București: Trei, 2021. ISBN 978-606-40-1017-9
16. ROBINSON, B. *Psihologie clinică*. Iași: Polirom, 2010, p.227-258. ISBN 978-973-46-1692-3
17. ROUDINESCO, E. ș.a. *Dicționar de psihanaliză*. București: Trei, 2002. ISBN 973-9419-96-8
18. ROUSSILLON, R., FERRANT, A. ș.a. *Manual de psihologie și psihopatologie clinică*. București: Fundația Generația, 2010, p.288-298. ISBN 978-973-1998-06-0
19. RYCROFT, C. *Dicționar critic de psihanaliză*. București: Trei, 2013, p.183-185. ISBN 978-973-707-833-9
20. SHAPIRO, D. *Stiluri nevrotice*. București: Trei, 2009, p.15-17. ISBN 978-973-707-247-4
21. TUDOSE, F. *Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*. București: Trei, 2011, p.307-312. ISBN 978-973-707-551-2
22. VERA, L. *Terapia cognitiv-comportamentală la copii și adolescenți*. Iași: Polirom, 2011, p.15-28. ISBN 978-973-46-2204-7
23. WILMSHURST, L. *Psihopatologia copilului*. Iași: Polirom, 2007, p.103-120. ISBN 978-973-46-0863-8