

Abordare psiho-socială a dizabilității. Modele de evaluare și intervenție.

Carmen Costea-Bărluțiu

Coordonator și editor



Presă Universitară Clujeană

CARMEN COSTEA-BĂRLUȚIU

COORDONATOR ȘI EDITOR

**ABORDARE PSIHOSOCIALĂ A DIZABILITĂȚII.
MODELE DE EVALUARE ȘI INTERVENȚIE**

Volumul a fost finanțat prin proiectul POSDRU/174/1.3/S/149155,
Ministerul Educației și Cercetării Științifice, 2015

Referenți științifici:

Olga Meier-Popa, PhD., Special Needs Education, Elveția
Conf. univ. dr. Alina Simona Rusu

Comitetul științific:

Lect. univ. dr. Carmen Costea-Bărluțiu

*Responsabilitatea pentru originalitatea materialului
aparține autorului fiecărui capitol.*

ISBN 978-606-37-0094-1

© 2016 Coordonatoarea volumului. Toate drepturile rezervate.
Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără
acordul coordonatoarei, este interzisă și se pedepsește conform legii.

Coperta: Daniel Lucaci

Tehnoredactare computerizată: Cristian-Marius Nuna

Universitatea Babeș-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. Hasdeu nr.51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel./fax: (+40)-264-597.401
E-mail: editura@editura.ubbcluj.ro
<http://www.editura.ubbcluj.ro/>

CARMEN COSTEA-BĂRLUȚIU

COORDONATOR ȘI EDITOR

**ABORDARE PSIHOSOCIALĂ
A DIZABILITĂȚII.
MODELE DE EVALUARE
ȘI INTERVENȚIE**

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

2016

CUPRINS

<i>Prefață</i>	7
I. Risc și dizabilitate în copilăria timpurie și la vârsta preșcolară	8
<i>Costea-Bărluțiu Carmen</i> Modelarea structurală a relației complexe dintre calitatea interacțiunii mamă-copil, dimensiuni ale atașamentului copilului și dezvoltarea socială în copilăria timpurie	9
<i>Oltean Maria Roxana</i> Rolul temperamentului copilului, depresiei și anxietății de separare materne în dezvoltarea comportamentelor preverbele în copilăria timpurie ...	31
<i>Doboș Ioana Ancuța</i> Relația dintre nivelul competențelor socio-emoționale ale preșcolarilor și tipul de atașament al părinților	48
<i>Paul Monica</i> Dezvoltarea teoriei minții, în relație cu nivelul competențelor socio- emoționale la preșcolarii cu hiperactivitate și probleme de comportament	68
II. Dizabilitatea în copilărie și adolescență	83
<i>Pop Denisa, Rusu Alina Simona</i> Interacțiunea pozitivă om-câine și intervențiile asistate de animale aplicate în programele de dezvoltare socio-emoțională a copiilor cu autism	84
<i>Cucicea Tabita Natașa</i> Profilul de dezvoltare al abilităților verbale la elevii cu ADHD. Implicații asupra performanței școlare	101
<i>Cândea-Burnete Laura</i> Rolul terapiei prin artă în dezvoltarea socio-emoțională a preadolescenților cu dizabilități intelectuale	127
<i>Frîncu Catrinel</i> Efectul tehnicilor art-terapeutice asupra funcționării socio-emoționale la adolescenții cu dizabilități motorii severe	149

III. Dizabilitate și boală la vârsta adultă și vârsta a treia	164
<i>Wilkinson Eliza-Florica</i>	
Dimensiunea socială și emoțională a calității vieții aparținătorilor persoanelor adulte cu dizabilitate intelectuală	165
<i>Chiș Alexandra</i>	
O analiză teoretică a dificultăților psihosociale cu care se confruntă femeile cu cancer mamar	177
<i>Mureșan Sever</i>	
O perspectivă psihodinamică sintetică asupra relației dintre distress, adaptare și boala psihosomatică	189
<i>Cucea Ioana</i>	
Impactul singurătății asupra calității vieții și sănătății mentale la persoanele de vârsta a treia	198

Prefață

Volumul de față reflectă varietatea preocupărilor studenților, absolvenților și profesioniștilor din România în ceea ce privește latura psiho-socială a dizabilității în variatele forme ale acesteia, din copilăria timpurie până la vârsta adultă. De asemenea, volumul reliefează natura permisivă spre inter- și multidisciplinaritate a domeniului Psihopedagogiei Speciale, disciplină care integrează cunoștințe, modele, paradigme din mai multe domenii (psihologie, psihoterapie, pedagogie, medicină, sociologie, științele reabilitării, asistență socială etc.) în scopul creării condițiilor optime de educație și îngrijire de tip incluziv pentru persoanele cu dizabilități și nevoi speciale, precum și pentru familiile acestora.

Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (ICF), cadrul oficial al Organizației Mondiale a Sănătății de evaluare individuală și la nivelul populației a sănătății și gradului dizabilității, oferă o definiție care reflectă abordarea holistică a persoanelor cu dizabilități. Fiind un document aprobat de către statele membre, ICF oferă cadrul de definire al dizabilității și în România. Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății (www.who.int), dizabilitatea este „un termen umbrelă, care acoperă deficiențe, limitări ale activității și restricții la nivelul participării. Deficiența este reprezentată de o problemă la nivelul funcționării sau structurii corpului; limitarea la nivelul activității este dificultatea întâmpinată de persoană în realizarea unei sarcini sau acțiuni, în timp ce restricția la nivelul participării este problema experimentată de individ în momentul implicării în situații de viață.” (WHO, 2002, 2011). Un deficit, boală, tulburare la nivel de structură sau funcție a organismului are impact asupra funcționării persoanei, respectiv asupra nivelului adaptării sociale a acesteia (Roșan și colab., 2013, <http://psihoped.psiedu.ubbcluj.ro/caPPS/>). Dizabilitatea este parte a condiției umane, poate apărea în forme temporare sau permanente la vârste diferite și la diferite categorii de populație.

Volumul reunește lucrări variate din punct de vedere al abordărilor teoretice și metodologice, cercetări de natură calitativă și cantitativă, care încearcă să ofere modalități de abordare teoretică și practică a diferitelor aspecte ale dizabilității sau cu aplicare în domeniul Psihopedagogiei Speciale. De asemenea, prin faptul că lucrările, în marea lor majoritate, sunt realizate de către tineri absolvenți, studenți, masteranzi și doctoranzi ai Facultății de Psihologie și Științele Educației (Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca), volumul își propune să ofere accesul populației largi la informația culeasă și interpretată de către tinerii profesioniști, alături de cercetători cu nivel crescut de experiență în domeniile abordate.

Coordonatoarea volumului și referenții științifici

I. Risc și dizabilitate în copilăria timpurie și la vârsta preșcolară



Foto: Daniel Lucaci

Modelarea structurală a relației complexe dintre calitatea interacțiunii mamă–copil, dimensiuni ale atașamentului copilului și dezvoltarea socială în copilăria timpurie

*Costea-Bărluțiu Carmen**

ABSTRACT

Adult caregiving and the quality of parent-child relationship are essential elements for physical, motor and socio-emotional development during the early years, maternal responsive and sensitive attitude towards the child having a strong impact on the child's attachment. The present study included a sample of 75 mother-child dyads and the dyadic interaction, child attachment and social development were assessed. Our results showed that maternal sensitivity determines the increase of the child's security in exploring the environment, while the child's attachment security was associated with better social development. Our results replicate previous research in attachment theory and underline the importance of attachment research in Romania.

Keywords: *attachment, social development in toddlerhood, mother-child interaction, maternal sensitivity, positive and negative attention, maternal intrusiveness and disengagement*

Caracteristici ale comunicării afective în primii ani de viață

În cadrul comunicării față în față dintre mamă și copil se produce schimbul de emoții dintre cei doi, iar interacțiunea socială în primul an de viață influențează reglarea sistemului cortico-limbic (Carvajal și Iglesias, 2002) al copilului. Abordarea psiho-biologică a interacțiunii afective descrisă de Carvajal și Iglesias (2002) stipulează existența unui număr de emoții de bază (bucurie, furie, frică, tristețe, dezgust, surpriză), reglate inițial de circuite neuronale subcorticale, specifice fiecăreia dintre aceste emoții. Activitatea acestor circuite se traduce în schimbări subiective subtile, de tip vegetativ și motor, respectiv expresiile faciale. Anumite expresii faciale specifice pentru diferite emoții sunt universale, inclusiv în cazul sugarilor cu anomalii cromozomiale (sindrom Down) și prezintă funcție comunicativă (Carvajal și Iglesias, 2002), comportamentul expresiv constituind indiciu pentru îngrijitor asupra stării

* Lect.Univ.Dr., Departamentul de Psihopedagogie Specială, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

copilului și prin intermediul lui determină acțiunile acestuia din urmă de satisfacere a nevoilor transmise de către copil.

Căldura și sensibilitatea maternă reflectă măsura *responsivității* mamei la nevoile copilului, respectiv reacțiile „contingente, prompte și potrivite” (Bornstein, 1989b, după Bornstein și Tamis-LeMonda, 2004, p. 273) ale mamei la acțiunile acestuia. Responsivitatea maternă reflectă secvențialitatea în trei etape a interacțiunii mamă–copil: acțiunea copilului, reacția mamei și efectul acesteia asupra copilului (Bornstein și Tamis-LeMonda, 2004). Aceasta are influență asupra dezvoltării sugarului, de la securitatea resimțită în relația de atașament la formarea competențelor de comunicare și cognitive (idem).

Limbajul direcționat spre copil deține numeroase funcții pentru dezvoltarea copilului, contribuind la stabilirea legăturii emoționale dintre mamă și copil, precum și la stimularea dorinței de învățare a copilului, de explorare a mediului, prin orientarea atenției copilului. Pe de altă parte, responsivitatea copilului constituie o întărire importantă pentru comportamentul matern, dar și un indicator al calității interacțiunii dintre mamă și copil.

În interacțiunea dintre mamă și copil, contactul fizic este crucial pentru dezvoltarea socială și emoțională a acestuia. Mamele urmează un anumit pattern în atingerea copilului pentru prima dată, care este comun pentru copiii născuți la termen și cei prematuri, cu excepția faptului că pentru aceștia din urmă mamele realizează gesturi mai lente. Efectul acestor atingeri este crearea legăturii afective (“bonding”) unidirecționale de la părinte la copil, stabilirea specificului interacțiunilor timpurii, dezvoltarea sensibilității copilului și a reacțiilor emoționale, dezvoltarea atașamentului securizant și comunicării afective (Stack, 2004). Contactul fizic dintre copil și părinte are importanță pentru dezvoltarea generală a copilului, dar contribuie inclusiv la compensarea unor deficite.

Copilul are nevoia de a fi atins și de a atinge încă de la naștere, dar este pregătit și pentru a socializa în alte moduri: manifestă preferință pentru fața umană și diferențiază fața mamei de fețele altor persoane (Tavris, Wade, 1997), la vârsta de 4–6 săptămâni, copilul zâmbește ca răspuns la fețe, poartă „conversații” cu persoanele care îl îngrijesc. De regulă, conversațiile dintre copil și persoanele care îl îngrijesc au loc în timpul meselor, după un pattern pe care Kaye (1977, după Tavris, Wade, 1997) l-a descris ca o succesiune de etape: supt, pauză, alint, pauză, supt, pauză, alint, pauză. Acest pattern ritmic de dialog respectă un aspect crucial al comunicării umane: *sincronia* – adaptarea comportamentului nonverbal și coordonarea cu cel al interlocutorului.

Relația afectivă între mamă și copil în timpul diferitelor activități cotidiene (de ex., alimentația) influențează dezvoltarea copilului nu doar pe plan emoțional, ci pe

toate palierele dezvoltării, inclusiv dezvoltarea somatică a copilului (Oleksiak, 2002), dar și calitatea relațiilor pe care copilul le stabilește cu alte persoane sau copii de vârstă apropiată, ulterior pe parcursul dezvoltării sale (Youngblade, Park, Belsky, 1993), relația cu părintele servind ca prototip pentru relațiile viitoare. Youngblade, Park și Belsky (1993) au reliefat importanța relației copilului cu tatăl, care are rol semnificativ în dezvoltarea abilităților de relaționare a copilului cu alte persoane. Astfel, tatăl este cel care oferă copilului legătura cu mediul exterior familiei nucleare. Implicarea tatălui alături de mamă în creșterea copilului are efecte pozitive asupra reglării emoționale a copilului, precum și a abilităților cognitive, deci completează rolul matern, asociat în mai mare măsură cu dezvoltarea stimei de sine a copilului.

Kohut (1971, 1977, după Tavris și Wade, 1997) afirmă că cel mai important impuls este nevoia individului de a-și dezvolta un sentiment de sine puternic și a-și proteja stima de sine. Dezvoltarea are loc în cadrul relațiilor cu alte persoane, inițial cu părinții. Kohut a utilizat metafora părintelui ca oglindă: părintele este, pe lângă obiectul ideal asupra căruia copilul proiectează dorințe și nevoi, un obiect care oglindește sentimentul competenței și stima de sine ale copilului. În cazul dezvoltării tipice, răspunsurile verbale și non-verbale ale părintelui confirmă copilului faptul că este unic și iubit, valorizat. Astfel, copilul începe să-și dezvolte stima de sine, sentimentul că este o persoană valoroasă.

Dezvoltarea socială, emoțională și a comunicării în copilăria timpurie

Imediat după naștere, mama parcurge o perioadă de schimbări și redefiniri importante în cadrul imaginii de sine, a rolurilor pe care le deține. Pe de altă parte, sugarul este pe parcursul acestei etape în dependență totală de îngrijirea adultului, iar acesta din urmă influențează major și durabil în timp dezvoltarea copilului (Bornstein și Tamis-LeMonda, 2004), motiv pentru care interacțiunea diadică face obiectul studiilor de specialitate atât în prezent, cât și de-a lungul istoriei științei psihologice.

Interacțiunea cu mama are pentru copil o funcție de ghidare de-a lungul dezvoltării emoționale. În cadrul interacțiunii diadice, stabilite între mamă și copil, ambii parteneri participă activ și influențează comportamentul celuilalt. Pe lângă funcțiile de protecție și conservare a integrității fizice, în interacțiunea dintre mamă și copil sunt adresate patru *funcții* importante: dezvoltarea înțelegerii sociale, formarea relației de atașament, achiziția limbajului, reglarea emoțională (Friedlmeier și Trommsdorff, 1999, Bornstein și Tamis-LeMonda, 2004), care asigură copilului bazele pentru formarea abilităților de natură socială și relațională.

a. Pornind de la dispoziția innăscută a copilului spre relaționarea cu altul, la protoconversație (Bateson, 1979, citat de Bornstein și Tamis-LeMonda, 2004) în relație cu mama, copilul începe să-și formeze *abilități de interrelaționare*, angajare

în interacțiuni reciproce și împărtășirea experienței sau intersubiectivitatea (Trevarthen, 1993) primară și ulterior secundară. Intersubiectivitatea determină înțelegerea relațiilor sociale, anticiparea și expectanțele legate de comportamentele altora în relație cu propria persoană (Trevarthen, 1979). Intersubiectivitatea secundară, care se dezvoltă în jurul vârstei de 9 luni, constă în coordonarea și armonizarea perspectivei proprii cu a altor persoane (Trevarthen, 1993). Treptat, copilul își dezvoltă cogniția socială, capacitatea de sesizare a intenționalității și de luare în considerare a perspectivei celuilalt.

Dezvoltarea socială a copilului se produce în cadrul relaționării cu mai multe figuri centrale pe lângă cea maternă (tatăl, bunicii, copiii de aceeași vârstă), respectiv aceasta necesită abordare sistemică (în legătură cu sistemul familial, creșa, rețele sociale) și holistică: recunoașterea relevanței proceselor biologice – conceptele de pregătire („preparedness”, Parke, 1992, p. 6) pentru a răspunde la evenimente sociale, diferențele temperamentale individuale, determinarea genetică a unor forme ale comportamentului social și afectiv; a importanței proceselor afective, perceptiv și cognitive pentru explicarea comportamentelor sociale.

La vârsta de 4 ani, copiii dețin capacitatea de înțelegere abstractă a comportamentului uman, respectiv teoria minții („theory of mind”). Taylor (1996) afirmă că la naștere și în copilăria timpurie există o serie de cunoștințe, predispoziții și condiții care favorizează dezvoltarea rapidă a teoriei minții. Originea abilităților de înțelegere a minții care au fost evidențiate la copii la vârsta de 4–5 ani rezidă în abilitățile sociale ale copilului mic: preferința pentru stimulii vizuali și auditivi care provin de la persoane față de cei specifici obiectelor; capacitatea de a realiza diferențieri fine ale fețelor și vocilor și de a realiza corespondența dintre fețe și voci; capacitatea de a diferenția o persoană care intenționează să vorbească de o alta care nu are această intenție; înțelegerea diferenței dintre obiecte animate și neanimate, prin luarea în considerare a modului în care acestea se mișcă și a materialului din care sunt confecționate, precum și diferențierea mișcărilor aleatoare de cele realizate de ființe (Taylor, 1996). Prin urmare, încă de la vârste foarte timpurii copiii conștientizează faptul că alte persoane prezintă semnificație crescută în viețile lor.

Gopnik (1993, după Taylor, 1996) relevă rolul intenționalității, ca o caracteristică fundamentală a minții. Intenționalitatea se referă la „o proprietate a tuturor stărilor mentale și anume faptul că acestea sunt referitoare la sau direcționate spre un conținut” (Brentano, 1874/1960, idem, p. 307); de exemplu gândurile sau intențiile sunt legate de evenimente, persoane, obiecte etc. Meltzoff și Gopnik (1993, după Taylor, 1996) consideră abilitatea copilului de a imita ca fiind la baza dezvoltării abilităților sociale, deoarece aceasta permite copiilor sesizarea corespondenței dintre ei și alte persoane, realizarea corespondenței corp–minte, cunoașterea corpului, care determină des-

coperirea minții. Imitarea expresiilor faciale permite intrarea în „lumea socială” (Taylor, 1996, p. 307) a altor persoane.

b. Funcția de dezvoltare a *securității în cadrul relației de atașament* este semnificativ dependentă de calitatea interacțiunii dintre mamă și copil în primul an de viață (Bornstein și Tamis-LeMonda, 2004), când copilul manifestă comportamente și indicii emoționale care denotă dorința de apropiere de persoana îngrijitorului primar. Capacitatea acestuia din urmă, de regulă mama, de a răspunde adecvat la semnalele copilului și a fi sensibil față de acesta determină gradul de securitate a relației de atașament stabilite. Ulterior, sugarul care stabilește o relație securizantă cu mama va deveni un copil competent din punct de vedere al socializării cu ceilalți. Sensibilitatea emoțională maternă reprezintă capacitatea acesteia de anticipare și aprehensiune a nevoilor copilului, precum și disponibilitatea de a răspunde acestor nevoi percepute (Curtner-Smith et al., 2006), iar aceasta stă la baza stilului parental bazat pe atașament.

c. Factorii sociali, interacționali, cognitivi și emoționali au rol semnificativ în achiziția fenomenului complex și pluridimensional care este *limbajul*. Bornstein și Tamis-LeMonda (2004) arată că achiziția și dezvoltarea limbajului și comunicării sunt mediate de dezvoltarea intersubiectivității și a atenției împărtășite („joint attention”) dintre mamă și copil, precum și de abilitățile mamei de a stimula achiziția limbajului de către copil. Veneziano (2000) subliniază importanța contextului social și a interacțiunilor dintre copil și persoanele din mediu pentru achiziția și dezvoltarea limbajului. Pe lângă atenția împărtășită, autorul identifică rolul interacțiunii de tip conversațional și a limbajului direcționat spre copil pentru dezvoltarea limbajului.

Atenția împărtășită presupune focalizarea comună asupra unui obiect, care devine referent potențial prin faptul că mama poate canaliza, prin privire și indicare gestuală, atenția copilului asupra obiectului în timp ce vorbește despre acesta, ceea ce permite extragerea semnificației cuvintelor de către copil (Veneziano, 2000). Această abilitate se dezvoltă în jurul vârstei de 12 luni, iar la 18 luni atenția împărtășită este exersată și cu alți copii și copiii localizează cu acuratețe obiectul asupra căruia este îndreptată atenția (Taylor, 1996). Interacțiunea conversațională se referă la faptul că patternurile conversaționale contingente care se stabilesc între mamă și copil contribuie la stabilirea interacțiunilor reciproce, stabilirea dialogului dintre mamă și sugar, ceea ce are efecte importante asupra dezvoltării primelor elemente lexicale prin jocuri de tip imitativ. Limbajul direcționat spre copil, cunoscut și sub denumirea de „motherese”, constă în producerea de către mamă a unui limbaj clar articulat, pe un ton al vocii mai înalt, cu intonație exagerată, vocabular limitat și simplu din punct de vedere sintactic (mai puține pronume la persoana a treia, enunțuri scurte, puține forme compuse, mai puține subordonate), cu utilizarea timpului prezent și conținând mai

multe repetiții, reformulări, extensii ale producțiilor copilului (Veneziano, 2000). La finalul primului an de viață, copiii demonstrează fără echivoc înțelegerea și producerea gesturilor comunicative, iar la vârsta de 14 luni copiii verifică dacă partenerul lor le-a înțeles punctul de vedere și intensifică respectivul gest în cazul în care partenerul nu a înțeles (Taylor, 1996), ceea ce demonstrează capacitatea copiilor de a atribui stări mentale altor persoane și propriei persoane, iar utilizarea semnalelor reprezintă comunicarea dintre cele două minți. Copiii înțeleg intenționalitatea limbajului, motiv pentru care învață rapid cuvinte noi și pot utiliza indicii din mediu pentru înțelegerea semnificației unui cuvânt. Mama, pe de altă parte, își adaptează limbajul la nivelul de comprehensiune al copilului, anticipând competențele acestuia. Răspunsurile semantic contingente ale mamei la verbalizările copilului sunt baza interacțiunii dintre cei doi, care este esențială pentru achiziția și dezvoltarea limbajului. Copilul prezintă sensibilitate accentuată față de contingenta dintre propria acțiune și reacția celuilalt (Bornstein și Tamis-LeMonda, 2004), copiii care au parte de răspunsuri contingente din partea aparținătorilor manifestând abilități sociale mai potrivite decât cei care au parte de stimulare non-contingentă.

d. *Dezvoltarea emoțională a copilului* este mediată de mamă atât prin evidențierea emoțiilor (de exemplu, producerea bucuriei prin atingere, zâmbet, vocalizare, expresii faciale, în cadrul jocului cu mama copilul reușind să atingă nivele ale trăirii emoționale mai crescute decât cele atinse independent), cât și prin reglarea acestora (de exemplu, prin distragerea atenției cu stimuli vizuali în momente de hiperexcitare emoțională, Bornstein și Tamis-LeMonda, 2004 sau prin contact, liniștire, menținerea proximității, Friedlmeier și Trommsdorff, 1999). Senzitivitatea, responsivitatea și feedback-ul părintelui în legătură cu eficiența strategiilor pe care copilul le utilizează în vederea reglării emoționale (Morales et al., 2005) sprijină dezvoltarea abilităților de reglare emoțională ale copilului. *Raportarea socială* („social referencing”, Taylor, 1996, p. 308) presupune utilizarea de către copil a reacției emoționale a altei persoane, ca bază pentru propria percepție asupra obiectului sau evenimentului respectiv. La vârsta de 12 luni, copiii manifestă apropiere sau îndepărtare de anumite jucării, în funcție de reacția mamei la acestea. La această vârstă, copiii înțeleg faptul că expresia emoțională a părintelui reflectă o stare internă a acestuia și faptul că emoția este referitoare la un anumit obiect. Motivația raportării la adultul semnificativ rezidă în procesele de atașament cu bază biologică (Friedlmeier și Trommsdorff, 1999).

Conștientizarea de către copil a contingenței dintre comportamentul matern în cadrul jocului și emoțiile care îl dublează (de exemplu, bucuria produsă de atingere) determină dezvoltarea unui sentiment de plăcere a interacțiunii, trecerea la etape superioare ale intersubiectivității și toleranța față de nivele crescute ale arousal-ului emoțional (Bornstein și Tamis-LeMonda, 2004), deci dezvoltarea sănătoasă, tipică,

a copilului, care ulterior constituie o motivație solidă pentru acesta de a explora, cunoaște și învața din mediul său.

Dezvoltarea socio-emoțională este influențată de mecanisme comportamentale din situațiile de atenție împărtășită, respectiv contingența socială („social contingency”, Raver, 1996, după Morales et al., 2005), implicată în situațiile de atenție împărtășită, reprezintă structura socială optimă pentru dezvoltarea abilităților de reglare emoțională (cum ar fi distragerea atenției, inițial de către părinte, iar ulterior, prin intermediul interacțiunii cu acesta, de către copilul însuși).

Relația de atașament

Abilitățile de comunicare ale copilului sunt dependente de responsivitatea figurii lui de atașament (Weger și Polcar, 2000), care este în schimb dependentă de condiții care aparțin mediului social, precum sărăcia sau de factori de natură psihică și psihopatologică, precum depresia maternă (Cooper et al., 2009), dar și comportamente parentale, fie de tip intruziv, fie de neglijare a copilului.

Calitatea discursului matern contribuie semnificativ la formarea relației securizante de atașament cu copilul (Sorensen, 2005). Atașamentul este definit ca „legătura emoțională puternică pe care copiii și persoanele semnificative o simt unii pentru ceilalți” (Tavris, Wade, 1997, p. 97). Pentru ca relația de atașament să se stabilească, este necesară atingerea sau „*confortul contactului*” (idem) pe care adultul îl oferă copilului din primele zile după naștere. Bowlby (1969, 1973, după Tavris, Wade, 1997) a constatat faptul că dezvoltarea emoțională și fizică a copiilor crescuți în orfelinate este întârziată, deși aceștia beneficiază de îngrijire primară adecvată: li se oferă hrană și căldură, însă le lipsește atingerea și afecțiunea. Bowlby argumentează faptul că nevoile legate de atașament sunt primare: stimularea socială, căldura și contactul și determină natura socială a dezvoltării umane.

În opinia lui Bowlby, atașamentul are valoare adaptativă: oferă *baza securizantă* („secure base”) pornind de la care copilul poate explora mediul, zona de siguranță la care copilul se poate întoarce în situații de disconfort (Tavris, Wade, 1997), când este amenințat, când are anumite nevoi sau când este rănit („safe heaven”). Sentimentul securității este baza dezvoltării cognitive, a încrederii, cu cât copilul stabilește relații mai sigure cu figura centrală de atașament, cu atât acesta reușește mai bine să stabilească relații de atașament cu obiecte secundare (Bowlby, 1989, după Bragin și Pierrepointe, 2004), fără a-și scădea preferința față de îngrijitorul primar.

Persoana își dezvoltă modele de lucru, respectiv reprezentări ale figurilor de atașament prin intermediul interacțiunilor cu părinții sau persoanele semnificative. Modelele mentale sunt de trei tipuri: modele securizante, modele evitative și modele anxioase/ambivalente. Modelele mentale ale copilului sunt dependente de stilul de

comunicare al părintelui, respectiv utilizarea de către acesta a reflectării cu scopul stimulării comunicării, precum și competența și coerența din cadrul comunicării (Weger și Polcar, 2000) și calitatea interacțiunii, în general.

Intervalul de vârstă cuprins aproximativ între 7 luni și 2 ani reprezintă perioada în care se dezvoltă un anumit stil de atașament și se formează baza dăătoare de siguranță. Stilul de atașament devine internalizat în cadrul unui model de lucru intern despre sine și despre relațiile cu alții, devenind la vârsta adultă un sistem central de credințe. Formarea atașamentului sigur în copilăria timpurie reprezintă baza dăătoare de protecție și siguranță pe care copilul o poate folosi pentru a explora mediul fără teamă sau furie. Atunci când îngrijitorii nu manifestă disponibilitate emoțională pentru copil și nu reușesc să răspundă la nevoile acestuia, copilul dezvoltă un atașament nesigur, cu cele două subtipuri ale acestuia descrise în literatura de specialitate (Andreassen, Fletcher, 2007).

Copilul cu stil de atașament *ambivalent* nu manifestă încredere în disponibilitatea părintelui, manifestă distress la separare și incapacitatea de liniștire la reunirea cu acesta. Copilul nu manifestă inițiativă pentru explorarea mediului, ceea ce duce la lipsa independenței. Atașamentul *evitant* apare ca urmare a rejecției copilului de către părinte, ostilitatea și indiferența acestuia și se manifestă la copil ca independență aparentă, rezultat al incapacității de a depinde de alții. Un stil de atașament descris în ultimele două decenii (Andreassen, Fletcher, 2007) este stilul *dezorganizat/dezoriatat*, care apare ca rezultat al abuzului sau neglijării copilului de către părinte. Printre manifestările comportamentale ale acestuia sunt incluse: confuzia în prezența părintelui, furia/rejecția părintelui de către copil, alternată rapid și imprevizibil cu încercarea de a-i face pe plac acestuia.

Un rezultat general citat în literatura din domeniul atașamentului este acela că aproximativ 55–65% dintre copii sunt clasificați ca având un stil de atașament sigur, 15–20% atașament evitant și 10–15% atașament ambivalent. În privința prevalenței stilului dezorganizat, Andreassen și Fletcher (2007) afirmă că nu s-au realizat studii pe eșantioane reprezentative pentru populația americană în care aceasta să fie stabilită. În literatura de specialitate, se aproximează că 5–15% dintre copii prezintă stil de atașament dezorganizat.

Studiul de față își propune să investigheze modul în care diferite componente ale relației mamei cu copilul, așa cum apar acestea în interacțiunea diadică, influențează dezvoltarea socială și atașamentul copilului. Importanța experiențelor timpurii este recunoscută de mult timp și fundamentează programele de intervenție timpurie destinate copiilor mici cu dizabilități și copiilor la risc. Dezvoltarea competențelor sociale în copilăria timpurie reprezintă baza sănătății mentale de-a lungul copilăriei și chiar la vârsta adultă (Sosna și Mastergeorge, 2005). Tulburările și întârzierile din

sfera socio-emoțională dezvoltate în copilăria timpurie reprezintă surse importante de disfuncții la nivel individual și familial, afectând o serie de arii ale funcționării copilului, inclusiv achiziția abilităților necesare intrării în școală. Prin urmare, identificarea, prevenția și intervenția timpurie sunt esențiale pentru evitarea agravării acestor probleme la nivel individual și familial. Pentru atingerea obiectivului propus, s-a urmat demersul specific unui design de tip diadic simplu.

Metodologia cercetării

Participanți

Un lot format din 75 de diade mamă – copil din diferite zone geografice ale țării, selectat prin combinarea metodei randomizării stratificate și auto-selecției pe bază de voluntariat au participat la un studiu mai amplu, din care a fost extras studiul de față. Criteriul de includere a fost vârsta mai mică de 3 ani a copilului și au fost excluse diadele în care cel puțin unul dintre participanți (fie mama, fie copilul) au prezentat tulburări clinice severe. Particularitățile mediului social de proveniență al diadelor au fost variate, în principal medii sociale tipice, familii cu nivel socio-economic și cultural medii (78% dintre diade), respectiv atipice, familii cu nivel socio-economic și cultural scăzut. Majoritatea diadelor au provenit din mediul urban (88% din total) și o mică parte din mediul rural (12%).

Dintre copiii care au participat la studiu o parte au fost înscriși la creșă, în două tipuri de instituții: creșe obișnuite și creșe sociale, pentru familii care au condiții materiale precare și/sau situație particulară (familii monoparentale, familii numeroase, părinți cu nivel cultural scăzut etc.). Ca distribuție, majoritatea copiilor înscriși la creșă (68%) au provenit din creșe obișnuite, în timp ce 32% din creșe sociale. Majoritatea diadelor participante au declarat că sunt de naționalitate/etnie română (90,7%), un procent mai mic (6,7%) de naționalitate maghiară și un foarte mic procent (2,7%, respectiv două diade) de etnie rromă.

Vârsta *mamelor* participante la studiu a fost cuprinsă în intervalul 18–44 ani, media de vârstă fiind de 30,24 ani (abaterea standard 5,18). Majoritatea acestora (61,3%) au avut educație superioară, un procent redus educație precară, un nivel mai mic de 8 clase (8%), iar restul liceu sau școală profesională. Ocupațiile mamelor au fost, de asemenea, diverse, majoritatea participantelor și-au reluat activitatea profesională cu normă întregă (53,33%), în timp ce un procent de 40% nu și-au reluat activitatea profesională, aflându-se în concediu de îngrijire a copilului sau în altă situație și o mică parte au fost integrate în muncă parțial, cu jumătate de normă (6,67%). Din perspectiva stării civile, majoritatea mamelor erau căsătorite (78,7%),

un procent de 14,7% implicate în relații consensuale cu tatăl copilului, iar 6,7% divorțate/neimplicate în relații de cuplu.

Dintre *copiii* participanți la studiu, un procent de 52% au fost de gen masculin și 48% de gen feminin, cu vârste cuprinse între 13 și 36 luni, media de vârstă fiind de 25,71 luni (abatere standard 7,01).

Instrumente și procedura de lucru

Pentru realizarea studiului de față, s-a utilizat o probă de evaluare a dezvoltării sociale a copilului, o metodă de evaluare a interacțiunii mamă – copil și un instrument de evaluarea atașamentului copilului.

Nivelul dezvoltării sociale a copilului a fost evaluat prin utilizarea Sistemului de identificare, evaluare și programare SIEP (AEPS, Assessment, Evaluation and Programming System, Bricker, 1993), SIEP Evaluarea pentru intervalul de la naștere la trei ani (AEPS Measurement for Birth to Three Years, Bricker, 1993), care are ca scop urmărirea unor comportamente semnificative și generice, pe baza cărora să se identifice scopuri ale intervenției destinate copilului. Implicarea familiei în evaluare este o caracteristică importantă a sistemului. Sistemul de evaluare este potrivit copiilor la risc și a celor cu dizabilități, atât în scopul stabilirii unui nivel inițial, cât și pentru compararea acestuia cu nivelele ulterioare, dobândite în urma intervenției. Instrumentul cuprinde șase domenii vaste, fiecare conținând seturi de abilități, comportamente, grupate în categorii mai generale. Cele șase domenii acoperite de evaluare sunt: motricitate fină, motricitate grosieră, adaptativ, cognitiv, social-comunicativ și social. Dintre acestea, studiul de față a utilizat instrumentul de evaluare pentru domeniul social, care cuprinde trei grupe de abilități sociale:

- Interacțiunea cu adulții: Răspunsuri afective pentru adulți familiari, Interacțiunea cu un adult familiar, Comunicarea cu un adult familiar;
- Interacțiunea cu mediul: Satisfacerea nevoilor fizice, Răspuns la rutină;
- Interacțiunea cu copii din grupul de vârstă: Interacțiunea cu alți copii, Comunicarea cu alți copii.

Participarea familiei la evaluare se realizează prin completarea de către aceasta a unui formular în care sunt descrise abilități specifice fiecărui domeniu de dezvoltare. Fiecare dintre itemii din acest formular destinat părinților corespunde unuia din Testul SIEP, destinat aplicării de către profesionist. Fiecare dintre itemii instrumentului destinat profesioniștilor sunt evaluați pe o scală cu trei trepte, de la 0 (nu reușește) la 2 (reușește în mod constant). Pentru fiecare item se specifică modul în care a fost cotelat/efectuat de către copil: A – cu asistență, C – interferență comportamentală (ex., o tulburare comportamentală), R – din raportări, M – modificări/adaptări necesare; D – testare directă. *Proprietățile psihometrice ale instrumentului* sunt foarte bune

(Bricker, 1993), iar cele obținute în studiul de față au fost de la acceptabile (alpha de 0,60 pentru „Interacțiunea cu mediul”) până la foarte bune (alpha 0,85 pentru „Interacțiunea cu adulții”).

Pentru stabilirea non-independenței datelor obținute (necesară în cercetarea diadică) și pentru validarea instrumentului utilizat în vederea evaluării dezvoltării sociale a copilului s-au analizat valorile intercorelațiilor dintre subscale. În general, datele obținute sunt semnificativ asociate atât pentru scala aplicată de cercetător copilului ($p < 0,05$), cât și pentru scala aplicată de mame ($p < 0,01$), ceea ce este un indiciu pentru faptul că acestea sunt non-independente, respectiv diadele selectate și măsurătorile efectuate pe acestea sunt adecvate. În privința corelațiilor dintre scala completată de observator și cea completată de mame pentru evaluarea domeniului social al copilului, acestea sunt puternic semnificative statistic ($p < 0,01$) între toate subscalele echivalente din cele două scale, respectiv subscalele echivalente pentru mamă și observator. Prin urmare, evaluarea observatorului și evaluarea mamei au fost concordante.

Interacțiunea mamă-copil a fost evaluată într-o situație semi-structurată de joc cu durata de aproximativ 30 minute, procedură care a fost adaptată după McPherson (2006), Cox (1997, după McPherson, 2006, Paley, Cox, Kanoy, 2001) și evaluată conform sistemului dezvoltat de pentru NICHD Study of Early Child Care (1992, 1999), Paley, Cox și Canoy (2001). Scenariul situației a fost centrat asupra aspectelor care țin de reglarea emoțională, autonomie, pentru a furniza informații asupra calității emoționale a interacțiunilor, abordării sarcinii de către părinte. Interacțiunea a cuprins trei secvențe de joc cu durata de 5–15 minute fiecare. Materialele utilizate au fost selectate astfel încât să fie interesante pentru copil, adecvate intervalului de vârstă 1–3 ani, să fie stimulativă, să permită efectuarea unei largi varietăți de activități și să poată fi utilizate diferit de către copil și de către mamă (Costea-Bărluțiu, 2011).

Prima secvență a constat în jocul liber, utilizând un set de jucării potrivite vârstei copilului (păpuși de lemn, joc de construcție din Lego). Mamele au fost rugate să se joace așa cum fac de obicei cu copilul lor, alegând din jucăriile puse la dispoziție cele pe care le doresc.

Al doilea segment a constat în strângerea jucăriilor utilizate la primul pas, mama fiind rugată să implice copilul în adunarea acestora și plasarea în cutia din care au fost scoase.

Al treilea segment a constat într-o sarcină de tip „învățare–frustrare”, în care copilului i s-a cerut să realizeze două puzzle-uri/incastre, de complexitate mai mare decât nivelul său, primul constând într-un joc tip incastre cu animale și al doilea dintr-un puzzle cu șase piese. Mama este rugată să ajute copilul, însă fără a atinge piesele puzzle-ului/incastrului. Incastrul cu animale oferă copilului feedback sonor de fiecare dată când plasează piese la locul ei.

Structurarea jocului și a interacțiunii dintre mamă și copil este lăsată total la dispoziția mamei. Scopul procedurii adaptate și completate pentru studiul de față a fost surprinderea unei secvențe de interacțiune diadică, a capacității mamei de a interacționa în manieră sensibilă, caldă și stimulativă cu copilul ei. Nu se specifică clar pentru mamă obligativitatea de a interacționa cu copilul, instrucțiunile date fiind intenționat ambigue, pentru a se putea urmări mai bine sensibilitatea maternă la nevoile și interesele copilului, fără ca aceasta să fie constrânsă de către cercetător să interacționeze în vreun fel. În fața ambiguității, unele mame devin detașate/neimplicate, altele intruzive, ceea ce este un alt aspect important de urmărit în interacțiune (NICHD, 1992). De asemenea, tranziția de la o jucărie la alta și modul în care mama gestionează începutul și finalul jocului sunt foarte relevante.

Interacțiunea mamă-copil a fost evaluată din perspectiva reacțiilor mamei la activitatea cu copilul și la persoana copilului, respectiv afectivitatea maternă, sensibilitatea, implicarea, intruzivitatea, atitudinea față de copil.

Scalele calitative după care se realizează cotarea interacțiunii părinte-copil

Scalele reprezintă cotați calitative ale interacțiunii dintre părinte și copil, adaptate după Cox (1997), Paley, Cox și Panoy, 2001, NICHD (1992, 1999) pentru observarea comportamentului părintelui față de copilul mic, fiind posibilă adaptarea pentru diade în care copilul este de vârstă mai mare. Scalele sunt utilizate pentru cotarea comportamentelor din șase categorii, specifice interacțiunii: Sensibilitate, Intruzivitate, Detașare/Angajament, Atenția pozitivă față de copil („Positive regard for the child”), Atenția negativă față de copil („Negative regard for the child”) și Afectul monoton („Flat affect”). Aceste scale sunt cotate utilizând o scală Likert cu șapte trepte. Aspectele funcționării diadei evaluate pot fi urmărite și pentru alte tipuri de diade (ex., copil-tată), inclusiv pentru alte perioade de vârstă ale copilului (Paley, Cox și Panoy, 2001, Costea-Bărluțiu, 2011). Pe întreg parcursul cercetării, observatorul trebuie să urmărească aceeași procedură de cotare, deoarece în acest mod se asigură validitatea instrumentului utilizat.

Procesul acordării scorurilor a parcurs două etape: (1) determinarea dacă dimensiunea este caracteristică, necaracteristică sau indiferentă; (2) stabilirea nivelului la care dimensiunea este caracteristică sau necaracteristică. Scorurile pentru fiecare scală trebuie să fie bazate pe calitatea și cantitatea comportamentului, respectiv calitatea comportamentelor observate, în relație cu proporția timpului în care au fost observate.

Instrumentul de evaluare a interacțiunii a dovedit un nivel ridicat al *consistenței interne* ($\alpha = 0,724$), respectiv corelația dintre două părți ale acestuia este ridicată (0,82), la fel valoarea coeficientului Guttman (0,80), ceea ce înseamnă că putem considera

instrumentul ca având proprietăți psihometrice adecvate pentru a putea fi utilizat în studiul de față.

Evaluarea atașamentului în copilăria timpurie a fost mult timp bazată pe Situația străină, o procedură de evaluare în laborator dezvoltată de Mary Ainsworth. Ca alternativă mai puțin costisitoare a acesteia, a fost dezvoltat Attachment Q-Sort, după care a fost adaptat Sortarea Atașamentului Copilului mic (Toddler Attachment Sort 45, Andreassen, Fletcher, 2007), instrumentul utilizat în cadrul cercetării de față. Acesta descrie securitatea atașamentului, dependența și sociabilitatea, pe baza observațiilor realizate la domiciliul copilului, respectiv observații desfășurate în medii naturale, familiare copilului.

Instrumentul utilizează procedura de sortare a itemilor Q-sort, care a fost utilizată în multiple domenii ale cercetării psihologice (Block, 1961) și implică listarea fiecărui item al instrumentului pe un card, urmată de sortarea cardurilor în trei stive (itemi caracteristici, itemi necaracteristici și itemi neutri), iar apoi sortarea din nou a acestora în itemi puternic caracteristici, caracteristici, oarecum caracteristici, neutri, oarecum necaracteristici, necaracteristici și puternic necaracteristici, de regulă distribuția numărului de carduri în sortarea finală fiind reglementată.

Itemii instrumentului sunt grupați de-a lungul a opt dimensiuni, care sunt specifice comportamentelor de atașament: confort când este alintat, cooperare, plăcerea companiei, independență, căutarea atenției, supărare/distres la separare, evitarea altora/nesociabil, provocare/solicitare. Pe baza configurației specifice a celor opt dimensiuni pentru fiecare copil în parte se poate stabili stilul de atașament. Șase itemi adiționali au fost formulați pentru descrierea tipului dezorganizat de atașament (grupați într-o nouă dimensiune a scalei), cel mai frecvent asociat cu rezultate negative în privința dezvoltării copilului și cel mai adesea fiind stilul de atașament care necesită intervenție timpurie specializată, motiv pentru care este important să fie evidențiat cât mai timpuriu (Andreassen și Fletcher, 2007).

Scorurile obținute pentru cele nouă dimensiuni oferă informații detaliate referitoare la repertoriul de comportamente de atașament ale copilului și pot fi utilizate pentru stabilirea unor asocieri dintre acestea și rezultate ale copiilor, ca funcționarea socială sau adaptarea. Dimensiunea 9 are importanță diagnostică pentru indicarea unor probleme posibile în cadrul sistemului de atașament al părintelui și copilului.

Pentru fiecare dintre cele nouă dimensiuni s-au obținut valori ale consistenței interne cuprinse între 0,60 (acceptabilă) și 0,95 (excelentă), cea mai redusă valoare fiind obținută pentru dimensiunea nouă.

Procedura de lucru a respectat principiile eticii cercetării și a debutat prin obținerea consimțământului informat al mamei. Un interval de timp de 30–45 minute a fost dedicat observării copilului. Dată fiind vârsta copiilor, aceștia nu aduc în situația

urmărită biasarea dezirabilității sociale, motiv pentru care s-a considerat că o perioadă de timp mai scurtă poate fi adecvată pentru obținerea unor date de calitate. Evaluarea s-a desfășurat fie la creșa la care copilul era înscris (pentru 61,33% dintre cazuri), fie într-un alt mediu familiar diadei (20% dintre participanți) sau la domiciliul diadelor (pentru 18,67% dintre participanți). A avut loc o întâlnire între cercetător și diada mamă-copil, în care s-a realizat observația în vederea evaluării atașamentului copilului, interacțiunii mamă-copil și a domeniului social al copilului. De asemenea, mama a primit un chestionar auto-administrat sub formă creion-hârtie, care în partea I a conținut o serie de itemi referitori la copil, la propria persoană și la relațiile sale cu alți membri ai familiei, iar în cea de-a doua parte a chestionarului a fost inclusă scala de evaluare a dezvoltării sociale a copilului. Cercetătorul a completat instrumentele de evaluare a copilului (dezvoltarea socială și atașamentul) și a interacțiunii copil-mamă.

Rezultate și discuții

Stilul de atașament al copilului a fost stabilit individual pentru cei 75 de copii participanți, pe baza configurației dimensiunilor comportamentelor de atașament evaluate. Pentru fiecare copil în parte au fost reprezentate grafic cele nouă dimensiuni, iar pe baza graficului s-a stabilit stilul de atașament.

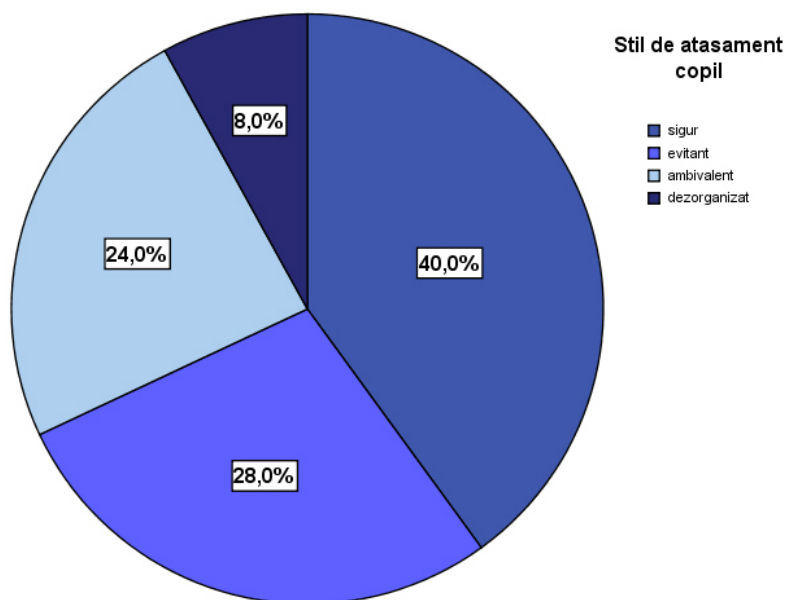


Figura 1. Distribuția diferitelor stiluri de atașament în lotul studiat

Majoritatea copiilor au avut stil nesigur de atașament (60% din numărul total), procent care depășește așteptările, deoarece în alte studii care au analizat distribuția stilurilor de atașament la nivelul altor populații (de ex., populația americană, precum NICHD, Andreassen și Fletcher, 2007) procentul copiilor cu atașament sigur a depășit procentul celor cu atașament nesigur (61,12% din totalul copiilor au avut atașament sigur). Procentul copiilor cu atașament evitant a fost de 28% (față de 16,27% în studiul menționat), a celor cu atașament ambivalent de 24% (comparativ cu 8,91% în studiul pe populația americană) și a celor cu atașament dezorganizat de 8% (ceva mai mic decât cel constatat în studiul NICHD, care a fost de 13,46%). Prin urmare, rata atașamentului nesigur a fost foarte ridicată la nivelul lotului și ar fi interesant (dar totodată foarte dificil de realizat, datorită costurilor imense) de stabilit dacă această rată se regăsește la un nivel mai general, al întregii populații românești.

Frecvențele diferitelor stiluri de atașament au fost semnificativ diferite în funcție de genul copilului participant ($\chi^2 = 13,26$, $p < 0,01$), copiii de gen feminin au prezentat în număr mult mai mare atașament sigur, comparativ cu cei de gen masculin, în număr mult mai mic atașament evitant și în număr ceva mai mic atașament ambivalent, în timp ce atașamentul dezorganizat a fost prezent numai la copiii de gen masculin în lotul de față.

În privința asocierilor dintre dimensiunile atașamentului copilului, ale interacțiunii mamă-copil și dezvoltarea socio-emoțională a copilului, s-a constatat că între acestea există corelații semnificative statistic ($p < 0,05$).

Pe baza semnificației corelațiilor și a intensității acestora, independent de direcția corelației, observăm că dimensiunile atașamentului se grupează cu dimensiunile interacțiunii mamă copil în două grupe: (1) formată din dimensiunile atașamentului: plăcerea companiei, căutarea atenției, distres față de separare, căutarea proximității, independență, aflată în interacțiune cu intruzivitatea și controlul; (2) formată din dimensiunile atașamentului: alintare, cooperare, evitarea altora, neîncredere, aflată în interacțiune cu atenția pozitivă, atenția negativă, sensibilitate, dezangajare, implicare. Dimensiunile „solicitare, provocare” și „capricios” se pot încadra în ambele grupe, fiind asociate cu aproape toate dimensiunile stilului de interacțiune al mamei cu copilul.

În condițiile în care copilul primește de la mamă încurajări, întăriri pozitive (laudă, recompensă socială) în cadrul jocului, acesta tinde să ofere sprijin sensibil și orientat pe nevoile și interesele copilului, respectiv demonstrează implicare, respect și înțelegerea „lumii” sale, copilul are tendința de a-și dezvolta încrederea în mamă, în disponibilitatea acesteia și capacitatea sa de a răspunde la emoțiile sale, precum și tendința de a coopera cu mama și a forma o echipă cu aceasta în activitate, fiind receptiv la semnalele ei, îndeplinind benevol și fără presiune exercitată solicitările

mamei, în același timp având încredere în mamă și alte persoane. De asemenea, cu cât atenția pozitivă a mamei față de copilul este mai pronunțată, cu atât acesta tinde să dezvolte în mai mică măsură comportamente indezirabile, care denotă nesiguranță, capricii, provocare.

În condițiile în care mama arată, însă, atenție negativă, este critică și severă, neimplicată în joc, se dezangajează rapid din activitate cu copilul, este neimplicată, „spectator” la jocul copilului, manifestă lipsă de sensibilitate față de copil, respectiv este centrată asupra propriilor nevoi și interese, copilul tinde să devină necooperant cu aceasta, să dezvolte o profundă neîncredere atât în mamă, cât și în alții și chiar să dezvolte comportamente atipice, capricii exagerate. În acest caz, unii copii prezintă tendința de a manifesta independență, însă această independență a copilului este una care mai degrabă denotă evitarea contactului, atât cu mama, cât și cu alte persoane adulte.

Copilul a cărui mamă este intruzivă, „sufocantă”, controlatoare, fie chiar și din dorința de protecție a acestuia (bazată, ipotetic, pe propria anxietate, respectiv centrarea pe propria persoană, nu pe copil, sau este lipsită de sensibilitate), dezangajată în joc, tinde să evite compania altor persoane, să devină „lipicios”, dornic de atenție maternă exagerată, solicitant și capricios, să manifeste proteste puternice când nu i se face pe plac, este provocator și manifestă distres puternic în condițiile în care se produce separarea de mamă. Un astfel de copil tinde să devină dependent de mamă, fiind expus la dezvoltarea neajutorării învățate, care îi reduce foarte mult șansa de explorare a mediului și lărgire a câmpului cunoștințelor, dar și a contactelor sociale.

În privința asocierii dintre stilul de atașament și interacțiunea mamă–copil, s-au constatat diferențe semnificative în privința atenției pozitive, a sensibilității materne, dezangajării, intruzivității și nesemnificative în cazul atenției negative și monotoniei afectelor (tabel 1).

Tabel 1. Diferențe între diferite stiluri de atașament ale copilului, în funcție de dimensiuni ale interacțiunii mamă–copil

Dimens. Test	Atenția pozitivă	Atenția negativă	Sensibilitate/ sprijin	Dezangajare	Intruzivitate	Monotonia afectelor
H (Kruskal- Wallis)	12,562	5,528	28,237	22,012	16,289	0,307
gl	3	3	3	3	3	3
Semnif.	0,006	0,137	0,000	0,000	0,001	0,959

Astfel, interacțiunea mamă – copil este un aspect relevant în determinarea și explicarea stilului de atașament al copilului, în materie de asociere a stilului de atașament cu anumite subcomponente ale interacțiunii, chiar dacă nu la un nivel

cauzal (însă inclusiv acest aspect merită investigat în cadrul unor cercetări viitoare, datele noastre nu au permis testarea acestei ipoteze).

Asocierile dintre dimensiuni ale atașamentului copilului și dezvoltarea socială a acestuia sunt semnificative ($p < 0,05$). Rezultatele arată că, în condițiile în care copilul demonstrează afecțiune față de adulți, abilități de interacțiune și comunicare cu adultul, acesta tinde să resimtă confort atunci când este alintat de mamă, respectiv să se liniștească dacă primește alintarea mamei când este agitat sau supărat, să coopereze cu mama și să răspundă cerințelor acesteia, să aibă încredere în mamă și alte persoane și în redusă măsură să evite persoanele necunoscute, prietenoase. Cu cât abilitățile sociale ale copilului, în general, sunt mai bine dezvoltate, cu atât acesta tinde să fie mai puțin solicitant și provocator atunci când nu i se face pe plac, respectiv acesta deține alte modalități de exprimare a nevoilor, iar, prin încredere în mamă și alte persoane, poate tolera o doză mai mare de frustrare, știind că limitele pe care adultul le pune sau refuzurile acestuia nu înseamnă o lipsă de considerație pentru nevoile copilului și că acesta în continuare poate fi disponibil, chiar dacă a pus copilul în fața unui refuz.

Pe de altă parte, copilul care demonstrează abilități de interacțiune și comunicare cu copiii din grupul de vârstă manifestă în mai mare măsură tendința de a resimți plăcere atunci când are companie, este mai independent, manifestă în mică măsură distress la separarea de mamă și dorește în mai mică măsură să mențină proximitatea de aceasta. Căutarea atenției mamei (dorința de a fi în centrul atenției acesteia, solicitarea permanentă a ajutorului din partea mamei etc.) nu a fost asociată cu abilitățile sociale ale copilului, iar dimensiunea comportamentală a atașamentului „capricios, nesigur, neobișnuit” a fost asociată atât cu interacțiunea/comunicarea cu adultul, cât și cu interacțiunea/comunicarea cu alți copii, respectiv cu cât comunicarea cu alții (copii și/sau adulți) este mai eficientă, cu atât severitatea comportamentelor atipice este mai redusă. Acestea din urmă par să fie legate fie de izolare, fie de mult prea accentuată dependență a copilului de mamă.

Interacțiunea mamă-copil a fost semnificativ asociată cu dezvoltarea socială a copilului ($p < 0,05$). Pe măsură ce atenția pozitivă a mamei față de copil în interacțiune, sensibilitatea maternă și implicarea mamei în activitatea copilului, respectiv contrarea pe copil, responsivitatea și disponibilitatea materne sunt mai crescute și dezangajarea mamei din activitatea cu copilul mai scăzută, interacțiunea, contactul și comunicarea copilului cu adulți familiari sunt mai eficiente și pronunțate. Asocierile dintre dimensiunile interacțiunii mamei cu copilul și interacțiunea/comunicarea copilului cu copii din grupul de vârstă relevă că pe măsură ce intruzivitatea maternă și controlul marcat de afecte negative sunt mai crescute, copilul tinde să devină în mai mică măsură dornic și eficient în a interacționa cu alți copii.

În general, rezultatele arată că dezvoltarea socială a copilului este inhibată de dezangajarea maternă, controlul excesiv, marcat de afectivitate negativă și stimulată

de sensibilitatea maternă, implicarea mamei în lumea subiectivă a copilului, respectiv în activitățile acestuia, marcate de afectivitate pozitivă față de copil și interesele lui.

Modelarea structurală a relațiilor complexe dintre atașament, interacțiunea mamă–copil și dezvoltarea socială a copilului

În ecuația structurală prezentată în figura 2, interacțiunea mamă–copil (operaționalizată prin „implicare, afecte pozitive” și „control excesiv, afecte negative”) este variabilă exogenă, iar cele două subconstructe covariază. Dezvoltarea socială a copilului (operaționalizată prin „interacțiunea cu adulții” și „interacțiunea cu copiii”) este variabilă endogenă, iar dimensiunile comportamentale complexe ale atașamentului („neîncredere” și „menținerea proximității”) sunt atât variabile exogene pentru dezvoltarea socială, cât și variabile endogene pentru interacțiunea cu mama. Niciuna dintre variabilele incluse nu se abat sever de la condiția de normalitate (raportul critic are valori mai mici decât 1,96 pentru majoritatea variabilelor și mai mic decât 2,58 pentru 2 dintre acestea; distanța Mahalanobis nu are nicio probabilitate cu valoare foarte mică, respectiv nu există cazuri atipice, aberante). Pentru analiză am utilizat matricea de covarianță a variabilelor, iar parametrii au fost estimați pe baza metodei probabilității maxime („maximum likelihood”). Pentru modelul obținut, programul AMOS nu a sugerat nicio modificare.

Tabelul 2 prezintă principalii indicatori absoluți și comparativi pentru model și valorile acestora arată că modelul este unul potrivit pentru datele noastre. Prin urmare, deși unii dintre coeficienții de regresie au valori scăzute (ceea ce probabil se datorează și modului în care au fost culese datele), modelul este unul adecvat și merită să fie testat în studii viitoare, în vederea generalizării.

Tabel 2. Valorile indicatorilor pentru gradul de potrivire al modelului structural

χ^2		RFI	IFI	RMSEA (interval încredere)	NFI	CFI	PNFI	PCFI	
val. (gl)	semnif.								
6,54	(7)	0,48	0,82	1	0,00 [0,00; 0,14]	0,92	1	0,43	0,47

Coeficienții de regresie standardizați arată că efectul variabilelor care operaționalizează interacțiunea mamă–copil asupra dimensiunilor atașamentului sunt ridicate, în timp ce efectele directe asupra dezvoltării sociale sunt reduse, chiar nesemnificative. Efectele dimensiunilor comportamentelor de atașament asupra dezvoltării sociale sunt mai reduse, însă semnificative sau foarte apropiate de pragul de semnificație de 0,05.

Dintre variabilele endogene, „lipsa încrederii în mamă și ceilalți” este în cea mai mare măsură explicată de variabilele exogene incluse în model (în proporție de

29%, ceea ce este un procent foarte bun), urmată de „interacțiunea cu adulții”, în proporție de 19% și „menținerea proximității față de mamă” în proporție de 18%. Prin urmare, modul în care mama interacționează cu copilul influențează în măsură ridicată comportamentele de atașament ale acestuia și, se pare, raportarea copilului la adult, însă în mai mică măsură interacțiunea cu copiii din grupul de vârstă. Considerăm că o direcție de cercetare viitoare interesantă ar fi tocmai aceea de a determina factorii de natură relațională și emoțională care au impact asupra interacțiunii copilului cu alți copii din grupul de vârstă. De asemenea, ar fi interesant de investigat dacă modelul este în vreun fel diferit la copiii cu diferite stiluri de atașament (în studiul de față, numărul participanților este prea redus pentru această investigație).

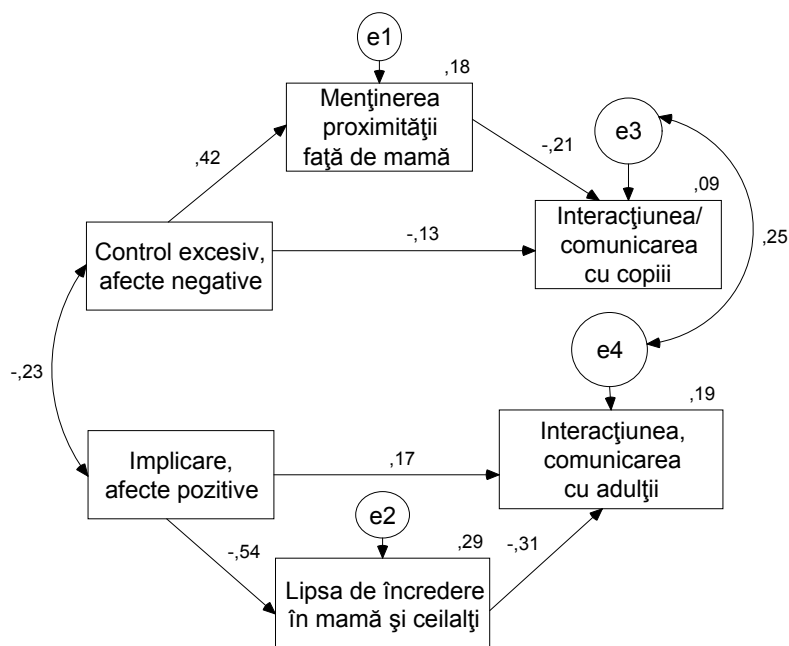


Figura 2. Modelul structural al influenței interacțiunii mamă-copil asupra atașamentului și dezvoltării sociale a copilului

Deschiderea copilului spre exterior (spre interacțiune, comunicare cu alte persoane, fie adulte, fie de aceeași vârstă cu el) este influențată, pe lângă atașament și modul în care mama se raportează la copil, și de alți factori, care par să fie semnificativ relaționați între ei. Trăsături temperamentale, factori care țin de sănătatea mentală a copilului, precum și factori de mediu pot fi la originea acestor abilități sau le pot nuanța. Studiul de față a fost axat doar asupra interacțiunii cu mama și asupra atașamentului copilului, urmând ca studii viitoare să abordeze și alte variabile implicate.

Concluzii, limite și direcții viitoare de cercetare

Instrumentele utilizate pentru evaluarea *dezvoltării sociale* a copilului (respectiv SIEP, cotate de mama copilului și observator), evaluarea interacțiunii mamă-copil și atașamentului copilului au constituit instrumente utile pentru operaționalizarea constructelor urmărite, așa cum arată indicii pentru consistența internă și corelațiile inter-dimensiuni.

Interacțiunea mamă-copil, atașamentul și dezvoltarea socială a copilului sunt semnificativ corelate. Astfel, din rezultatele obținute în studiul de față reiese că sensibilitatea maternă față de copil, implicarea mamei în lumea subiectivă a copilului îi transmite acestuia mesajul implicit că mediul familiar este unul sigur, ceea ce îl determină să ia contact cu stimuli și persoane din proximitate, din medii familiare. Pe de altă parte, însă, în condițiile în care mama, cel mai probabil din dorința de a ghida copilul, de a-l proteja de eșec și stimuli adversivi, potențial periculoși, devine excesiv de controlatoare atunci când copilul este expus unor situații și stimuli noi, acest fapt are ca și consecință creșterea dorinței copilului de menținere a proximității față de mamă, care determină inhibarea dorinței de interacțiune, comunicare cu exteriorul, de exemplu, copiii din grupul de vârstă (până la dobândirea unei neajutorări învățate a copilului). Astfel, rolul adultului semnificativ, care oferă copilului îngrijirea și protecția atât de necesare dezvoltării, are rolul foarte complicat și solicitant de a asigura un echilibru, de altfel foarte fragil, între implicarea în lumea copilului, însă lăsând copilului și libertate, autonomie, motivându-l să extrapoleze încrederea în sine și lumea familiară înspre exterior.

Raportat la stilul de atașament al copilului, acesta a fost asociat cu dimensiunile interacțiunii mamă-copil și cu dezvoltarea socială a copilului. Stilul sigur de atașament a fost asociat cu atenția pozitivă, sensibilitatea și implicarea maternă. Stilul ambivalent a fost asociat atât cu atenția pozitivă, cât și cu atenția negativă (se evidențiază aici efectul comunicării double bind al mamei asupra atașamentului copilului), cu o oarecare sensibilitate maternă, dar dublată și de intruzivitate și varietate crescută a afectelor. Stilul evitant a fost asociat cu atenția negativă și foarte evident cu dezangajarea maternă, iar stilul dezorganizat de atașament a fost asociat cu atenția negativă, cu dezangajarea și cu intruzivitatea. Atenția negativă maternă nu se asociază cu stilul nesigur de atașament, decât în măsura în care aceasta este dublată de dezangajare, un anumit nivel al acesteia fiind prezent și la mamele copiilor cu atașament sigur. Prin urmare, se evidențiază ideea că mama este nevoie să fie suficient de bună, astfel încât să ofere copilului atât experiențe pozitive, de stimulare și învățare, cât și experiențe negative, care să îl pregătească pentru a face față frustrărilor pe care le va întâlni în lumea din exteriorul mediului sigur, familiar. Datele obținute în studiul de față sunt în consens

cu ceea ce alte studii au raportat pe diferite populații și cu rezultatele studiilor din domeniul atașamentului în copilăria timpurie.

Deși apreciem că studiul de față este unul inedit în spațiul românesc, considerăm că rezultatele acestuia trebuie să fie replicate în alte studii, în vederea testării posibilității de generalizare și extrapolare la nivelul populației generale. De asemenea, o serie întregă de limite, în special legate de modul în care au fost culese datele (un singur observator, timp limitat) trebuie menționate, pentru ca rezultatele să fie tratate cu precauție atunci când sunt aplicate în context terapeutic și/sau clinic, dincolo de faptul că modul unic în care dimensiunile urmărite se manifestă și se interconectează la fiecare persoană și diadă în parte nu poate fi reprezentat de niciun model teoretic general, oricât de complex.

Bibliografie

- Andreassen, C., Fletcher, P. (2007). *Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort (ECLS-B) Psychometric Report for the 2-Year Data Collection (NCES 2007-084)*. National Center for Education Statistics, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education. Washington, DC.
- Block, J. (1961). *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*, Charles C. Thomas, Springfield;
- Bornstein, M.H., Tamis-LeMonda, C.S. (2004). *Mother-Infant Interaction*, în Bremner, G. și Fogel, A. (eds.), *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing, Ltd.;
- Bragin, M., Pierrepointe, M. (2004). *Complex Attachments: Exploring the Relation Between Mother and Child when Economic Necessity Requires Migration to the North*, în *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 3(1), p. 28–46;
- Bricker, D. (1993). *Assessment, Evaluation and Programing System for Infants and Children*, vol I: AEPS Measurement for Birth to Three Years, Paul H. Brookes Publishing, Co., Inc., Baltimore;
- Carvajal, F., Iglesias, J. (2002). *Face-to-face emotion interaction studies in Down syndrome infants*, în *International Journal of Behavioral Development*, 26(2), p. 104–112;
- Cooper, P.J., Tomlinson, M., Swartz, L., Landman, M., Molteno, C., Stein, A., McPherson, K., Murray, L. (2009). *Improving quality of mother-infant relationship and infant attachment in socioeconomically deprived community in South Africa: randomised controlled trial*, în *BMJ* 338, b974;
- Costea-Bărluțiu, C. (2011). *The relationship between mother-child interaction, maternal attachment and positive/negative affect*, în 15th European Conference on Developmental Psychology, 23–27 august, Bergen, Norway, Medimond International Proceedings, Bologna;
- Curtner-Smith, M.E., Middlemiss, W., Green, K., Murray, A.D., Barone, M., Stolzer, J., Parker, L., Nicholson, B. (2006). *An Elaboration on the Distinction Between Controversial Parenting and Therapeutic Practices Versus Developmentally Appropriate Attachment Parenting: A Comment on the APSAC Task Force Report*, în *Child Maltreatment*, 11, p. 373
- Friedlmeier, W., Trommsdorff, G. (1999). *Emotion Regulation in Early Childhood: A Cross-Cultural Comparison between German and Japanese Toddlers*, în *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30(6), p. 684–711;

- McPherson, A.V. (2006). *Parental Warmth and Socioeconomic Status as Predictors of Social Competence among Abused Children*, Master Degree Thesis, unpublished manuscript, North Carolina State University;
- Morales, M., Mundy, P., Crowson, M.M., Neal, R., Delgado, C.E.F. (2005). *Individual differences in infant attention skills, joint attention and emotional regulation behavior*, în *International Journal of Behavioral Development*, 29(3), p. 259–263
- NICHD Study of Early Child Care (1992). *Chapter 23.5. Procedures for videotaping mother-child interaction at 24-months in the 3 – boxes paradigm*, publicat online <http://www.nichd.nih.gov/>;
- NICHD Study of Early Child Care (1999). *Phase I. Instrument Document*, publicat online <http://www.nichd.nih.gov/>;
- Oleksiak, C. (2002). *Risk and Resiliency: Failure to Thrive in the First Year of Life*, în Shirilla, J.J., Weatherston, D.J. (eds.). *Case Studies in Infant Mental Health, Zero to Three*, Washington;
- Paley, B., Cox, M.J., Kanoy, K.W. (2001). *The Young Family Interaction Coding System*, în Kerig, P.K., Lindahl, K.M. (eds.). *Family Observational Coding Systems: Resources for Systemic Research*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah;
- Parke, R.D. (1992). *The Emergence of New Themes Shifts in Content-Free Dimensions of Infant Social Development*, în Suci, G.J. Robertson, S.S. (eds.), *Future Directions in Infant Development Research*, Springer-Verlag, New York;
- Sorensen, P. (2005). *Transition Facilitating Behavior: Bridging Attachment Theory and British Object Relations*, în *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 4(2), p. 119–133;
- Sosna, T., Mastergeorge, A. (2005). *Compendium of Screening Tools for Early Childhood Socio-Emotional Development*, California Institute for Mental Health, www.cimh.org;
- Stack, D.M. (2004). *The Salience of Touch and Physical Contact During Infancy: Unraveling Some of the Mysteries of the Somesthetic Sense*, în Bremner, G. și Fogel, A. (eds.), *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing, Ltd.;
- Tavris, C., Wade, C. (1997). *Psychology in Perspective*, Addison-Wesley Educational Publishers Inc., New-York;
- Taylor, M. (1996). *A Theory of Mind Perspective on Social Cognitive Development*, în Gelman, R., Au, T.K. (eds.). *Perceptual and Cognitive Development*, Academic Press, San Diego;
- Trevarthen, C. (1979). *Communication and Cooperation in Early Infancy: A Description of Primary Intersubjectivity*, în Bullowa, M. (ed.), *Before Speech: The Beginning of Interpersonal Communication* Cambridge: CUP;
- Trevarthen, C. (1993). *The Self Born in Intersubjectivity: The Psychology of an Infant Communicating*, în Neisser, U. (ed.) *The Perceived Self*. Cambridge University Press;
- Veneziano, E. (2000). *Interaction, conversation et acquisition du langage dans les trois premières années*, în Kail, M. și Fayol, M. (coord.). *L'acquisition du langage. Le langage en emergence. De la naissance a 3 ans*, Presses Universitaires de France, Paris;
- Weger, H., Jr., Polcar, L. E. (2000). *Attachment style and the cognitive representation of communication situations*, în *Communication Studies*, 51(2), 1–13.
- Youngblade, L.M., Park, K.A., Belsky, J. (1993). *Measurement of young children's close friendship: a comparison of two independent assessment systems and their associations with attachment security*, în *International Journal of Behavioral Development*, 16(4), p. 563–587

Rolul temperamentului copilului, depresiei și anxietății de separare maternelă în dezvoltarea comportamentelor preverbale în copilăria timpurie

*Oltean Maria Roxana**

ABSTRACT

The present paper addresses a topic less developed in Romanian specialized literature, the investigation of the relationship between infants and young children and their mothers. The first part was focused on the summary of the main themes – language development, child temperament, mother–child interaction, maternal factors – postpartum depression, maternal separation anxiety, based on the literature in the field. The second part of the study includes a study that aims to: investigate mother–infant relationship and implications for child language development, as well as the child’s temperamental factors, the relationships between maternal factors (postpartum depression, maternal separation anxiety) and child temperament.

Keywords: *infants and young children, temperament, maternal depression, separation anxiety, preverbal behaviors*

Cadrul teoretic

Definit de către Brown ca fiind un „sistem arbitrar de simboluri” (Brown, 1965, după Schaffer, 2005) limbajul reprezintă un instrument prin care o persoană comunică cu ceilalți. Primele forme de comunicare a ființei umane sunt expresiile faciale și gesturile, prin care emoțiile sunt transmise direct. Aceste forme de comunicare mai au rolul de creare a unei stări de siguranță și evitare de pericole, motiv pentru care mimica mamei sau a îngrijitorului primar al copilului este foarte importantă în vederea construirii sentimentului de securitate al acestuia (Muntean, 2006).

Gesturile reprezintă debutul comunicării intenționale a sugarului și de asemenea prezic și facilitează achiziția limbajului. Multitudinea și diversitatea gesturilor prezic dezvoltarea vocabularului, iar combinația dintre gesturi și vorbire (fiecare transmite idei diferite) este un bun predictor pentru utilizarea de către copii a structurilor lingvistice de câte două cuvinte (Meguerditchian, Cochet, Vauclair, 2011). Este aproape general acceptat faptul că înainte de a înțelege cuvintele copiii înțeleg gesturile, iar înainte de a utiliza propriu-zis limbajul ei utilizează gesturile.

* Profesor educator – Liceul Special pentru Deficienți de Vedere, Cluj-Napoca.

Gesturile îndreptate către adult au cel puțin două funcții diferite; utilizarea *imperativă* a gesturilor de către sugar se realizează cu scopul de a obține un obiect atractiv prin intermediul celorlalți care sunt „agenții cauzali” (Camaioni, 1997, după Meguerditchian, Cochet, Vauclair, 2011). Funcția *declarativă* implică utilizarea obiectelor pentru a atrage atenția adultului. Această intenție declarativă este utilizată de către copil atunci când dorește un eveniment sau un obiect și dorește să împărtășească acest interes cu adultul, sau atunci când el/ea caută să-i ofere adultului informațiile cu privire la referent (Meguerditchian, Cochet, Vauclair, 2011).

Primele sunete pe care copilul le emite sunt sunetele fiziologice, reflexe care preced achiziția limbajului propriu-zis și care sunt asemănătoare sunetelor vorbirii specific umane. Este cunoscut faptul că primul sistem de comunicare al sugarului este reprezentat de: emoții, gesturi și vocalizări non-verbale, expresii faciale, iar comunicarea verbală se dezvoltă în relație cu acest sistem de comunicare inițial (Muntean, 2006).

Dezvoltarea comunicării preverbale suferă trei mari pași în timpul primului an de viață. Primul pas este realizat în jurul vârstei de două luni, atunci când sugarii încep să se angajeze într-un comportament de comunicare cu adulții, moment corelat cu schimbări în alte arii ale dezvoltării copilului (Lock, 2002).

În jurul vârstei de 5 luni, sugarul trece printr-o nouă etapă a dezvoltării comunicării preverbale, devenind interesat de obiectele din jurul lui pe care le poate manipula, aparent pierzându-și interesul pentru interacțiunea cu adultul (Lamb, Morrison & Malkin, 1987, după Lock, 2002).

A treia tranziție, mai puțin clară, apare în jurul vârstei de 9–10 luni și implică conectarea interesului sugarului pentru obiecte cu debutul înțelegerii capacităților de agenți ale altor persoane. La această etapă de vârstă începe să se observe limbajul cu intenție de comunicare la sugari, care este în curs de dezvoltare, precum și un comportament de interacțiune cu partenerii pentru a-și atinge scopurile (Lock, 2002). Începând din această perioadă a vieții lor, sugarii încep să acționeze asupra mediului în mod intenționat cu scopul de a produce schimbări în acesta. Schimbările care se petrec în viața sugarului, din punctul de vedere al achiziției abilităților sunt importante; apar schimbări în numeroase arii: imitație (Meltzoff, 1988, după Lock, 2002), gesturi convenționale (Bates et al., 1979, după Lock, 2002), legături sociale (Feinman, 1992, după Lock, 2002), abilitatea de a da și a lua obiecte (Clark, 1978, după Lock, 2002).

Această perioadă este asociată cu formarea unor abilități care par să aibă o bază de dezvoltare comună – o înțelegere a propriei persoane și a celuilalt, precum și parcursul particular al sugarului de avansare spre comunicarea verbală. Această dezvoltare depinde de dezvoltarea abilităților reprezentative, dar și de feed-back-ul primit de către sugar în perioada de construire a abilităților specifice (Trevarthen & Hubley, 1978, după Lock, 2002).

Începând cu al doilea an de viață, copiii încep să utilizeze cuvinte în pronunție izolată; spre sfârșitul celui de al doilea an, copiii utilizează în comunicare combinații de mai multe cuvinte în mod regulat și previzibil, aceste modele putând fi incluse într-un sistem de reguli simple (Lock, 2002). Tot în această perioadă, undeva în jurul vârstei de 18 luni, copiii încep să utilizeze așa numitul *limbaj telegrafic* (Brown, 1973, după Schaffer, 2005); ei încearcă să transmită informații prin propoziții simple, scurte și de cele mai multe ori incorecte din punct de vedere gramatical – ex. „Mai lapte”, „Vaca muuu”, „Tai-tai mașina”, „Stai scaun” etc.

Există în continuare incertitudini în ceea ce privește secvențele temporale ale acestui tip de comunicare preverbală în dezvoltarea copilului și este neclar momentul în care se poate considera că această etapă este încheiată (Lock, 2002).

Vorbirea adult-copil este una care captează și menține atenția copilului, fiind adaptată la abilitatea copilului de înțelegere având unele caracteristici specifice (Muntean, 2006). Caracteristicile vorbirii specifice adulților în interacțiunea cu copiii sunt: vocea înaltă, exprimarea simplă, utilizarea verbelor cu preponderență la timpul prezent, solicitarea atenției (ex. uite, privește etc), adultul adresează copilului întrebări (Muntean, 2006); vorbirea cu copiii este simplă, scurtă, repetitivă și este considerată a fi mai demnă de atenție decât vorbirea tipică utilizată în comunicarea cu adulții („motherese”) (Schaffer, 2005). Adultul știe intuitiv cum să i se adreseze copilului (Papousek, 1990, după Muntean, 2006) și vorbirea acestora în interacțiunile cu copiii este diferită față de vorbirea adresată adulților (Schaffer, 2005).

Rolul temperamentului copilului în dezvoltarea limbajului

Temperamentul reprezintă diferențele individuale la nivelul comportamentului determinate biologic, înnăscute și relativ stabile în diferite tipuri de situații și de-a lungul timpului (Bates, 1989a, p. 4, după Wachs și Bates, 2004, p. 466). În termeni simpli, temperamentul este considerat a fi modul în care individul răspunde la provocările care vin din mediul intern sau extern și nu răspunsul sau motivul pentru care acționează într-un anumit fel (Muntean, 2006). Temperamentul copilului a fost conceptualizat în termenii uneia sau mai multor dimensiuni și anume: retragere și distres resimțite de copil în situații noi (adaptabilitatea), emoții pozitive (ex. zâmbet, râs, docilitate etc), nivelul de activitate, nivelul atenției/persistența, predictibilitate/ritmicitate, iritabilitate/distres (Rothbart și Bates, 1998, după Casanueva et al., 2010).

Factorii de mediu contribuie în mare măsură la conturarea temperamentului; în copilăria timpurie părinții reprezintă unul din acei factori care influențează dezvoltarea temperamentului copilului, ei nu pot schimba temperamentul copilului însă prin educație se pot realiza anumite modificări (Lang et al, 2010, Muntean, 2006). De asemenea, literatura de specialitate susține că simptomele psihopatologice ale mamelor

care apar ca urmare a abuzurilor din copilărie pot influența temperamentul copiilor lor (Lang et al., 2010): spre exemplu, depresia mamei și asocierea cu nivele scăzute de competență parentală (Beck, 1996, Cummings și Davis, 1994, Edhborg et al., 2000, Whiffen, 1990, după Lang et al., 2010) au fost asociate cu un „temperament dificil” – funcții biologice neregulate, adaptabilitate lentă, dispoziție negativă (Rothbart și Bates, 2006, Thomas et al., 1963, după Lang et al., 2010).

Din punct de vedere conceptual, baza biologică a temperamentului poate fi privită din două unghiuri (Bates, 1989a, după Wachs și Bates, 2004) și anume: prezența unor patternuri „individualizate neurologice”. Rezultatele unor cercetări arată rolul unor structuri specifice ale sistemului nervos central și procesul de neurotransmisie implicate în dezvoltarea și menținerea diferențelor interindividuale ale temperamentului, pe lângă factorii constituționali individuali: factori genetici, istoric biomedical, condiția alimentară (Wachs și Bates, 2004). Enumerăm cele mai relevante tipuri de diferențe interindividuale care apar la nivelul temperamentului: influențe biologice (genetice, influențe nutriționale, probleme apărute prenatal sau perinatal, sindroame biomedicale), diferențe de gen, influențele mediului, influențe psihosociale.

Interacțiunea mamă–copil

O relație este determinată atât de istoricul interacțiunilor luate separat, cât și de alte diferite caracteristici: imagini mentale, scheme, reprezentarea celeilalte persoane. Relația sugar–îngrijitor se formează prin multiplele interacțiuni dintre cele două persoane (Stern, 1997). Sugarii împreună cu mamele lor participă la interacțiuni diadice în care fiecare își aduce contribuția; fiecare dintre cei doi membri ai diadei poate schimba comportamentul celuilalt membru (Bornstein și Tamis-LeMonda, 2002).

Pe lângă funcțiile de bază ce sunt asigurate de mamă și interacțiunile dintre aceasta și sugar, există multe alte funcții ale diadei ce au rol în dezvoltarea sugarului. Dintre acestea, patru sunt remarcabile:

1. Interacțiunile mamă–copil au rolul de leagăn al înțelegerii sociale („cradle of social understanding”) (Rochat și Striano, 1999, după Bornstein și Tamis-LeMonda, 2002).
2. Interacțiunea mamă–copil are un rol important în dezvoltarea atașamentului securizant la sugar.
3. A treia funcție a interacțiunii mamă–copil este reprezentată de progresul continuu al sugarului în domeniul limbii și comunicării (Bloom, 1993, Bornstein, 2000, după Bornstein și Tamis-LeMonda, 2002).
4. Interacțiunile mamă–sugar joacă rol important în dezvoltarea emoțională a copilului; aceste interacțiuni între mamă și sugar contribuie atât la intensificarea emoțiilor sugarului cât și la reglarea emoțională a acestuia.

Gewirtz (1969), Bijou și Baer (1965), după Ainsworth (1969) definesc relația mamă-copil ca o înlănțuire de comportamente ce se consolidează reciproc, în care răspunsul mamei este condiționat de răspunsul copilului, care tinde să repete comportamentul ce îl întărește pe cel al mamei. Este interesant faptul că nu doar comportamentul copilului este modelat de întăririle mamei, ci și comportamentele mamei sunt modelate de întăriri primite din partea copilului (Ainsworth, 1969).

Bowlby (2011) afirmă că legătura copilului cu mama (numită în mod tradițional „dependență”) este rezultanta unui set de tipare comportamentale distincte și parțial pre-programate. Disponibilitatea emoțională („emotional availability” – EA) este un construct ce se referă la calitatea schimburilor emoționale ce se realizează între copil și părinte și se axează pe gradul de accesibilitate reciprocă al partenerilor și abilitatea acestora de a răspunde și a înțelege mesajele transmise de celălalt partener de comunicare (Emde, 1980, Emde și Easterbrooks, 1985, Biringon și Robinson, 1991, după Bornstein et al., 2006). În relația dintre mamă și copil se observă o stare emoțională maternă ce contribuie la comunicare, la modul în care mama îi atrage atenția copilului și o menține, această stare putând fi utilizată și pentru a extinde interacțiunile sociale (Martin, Clements și Crnic, 2002, după Bornstein et al., 2006).

Atenția împărtășită reprezintă abilitatea de a coordona atenția vizuală cu un partener social, necesară pentru învățare, limbaj, competențe sociale (Mundy și Newell, 2007). O definiție operațională a conceptului de atenție vizuală împărtășită se referă la posibilitatea de a privi unde privește altcineva. În cadrul interacțiunilor care implică atenția împărtășită, copilul va monitoriza atenția celuilalt în raport cu sine și un alt obiect; aceste interacțiuni reprezintă o bază pentru numeroase domenii ale învățării la copii, în special al achiziției limbajului (Baldwin, 1995, Dunham și Moore, 1995, Tomasello, 1995, după Cleveland et al., 2007).

Paradigma Still-Face dezvoltată de către dr. Ed Tronick are o importanță deosebită în investigarea relației, a interacțiunii mamă-copil. În cadrul interacțiunilor față-n-față (face-to-face), copilul mic începe să învețe regulile sociale; de asemenea, copilul învață în cadrul acestui schimb afectiv cu îngrijitorul său: semnificația comportamentului expresiv, caracteristici ale persoanelor importante pentru ei etc. (Tronick, 2007). În cadrul situației Still-Face, copiii participă la o interacțiune față-n-față cu mama – *episodul de joc*, după care la un moment dat în timpul interacțiunii, mama va adopta o expresie facială non-responsivă – *episodul still-face*, apoi după aproximativ 3 minute mama va relua interacțiunea cu copilul – *episodul de reuniune*; în aceste situații se poate examina atât comportamentul copilului cât și al mamei (Montirosso, 2010).

Modelul MRM – acest Model de Reglare Reciprocă (Mutual Regulation Model) privește sugarul și îngrijitorul său primar (de obicei mama) ca părți ale unui sistem

de reglementare mai larg. Modelul de Reglare Reciprocă susține ideea conform căreia sugarii au capacități neuro-comportamentale auto-organizate care funcționează cu scopul de a structura diferitele situații comportamentale (ex. starea de veghe) și procese biopsihologice (ex. atenția selectivă, învățarea etc) (Tronick, 2007). Mama și copilul sunt parteneri activi în interacțiune; astfel, reacțiile emoționale ale sugarului sunt determinate de expresiile faciale și atitudinea mamei pe care el le înțelege implicit. Acesta este procesul de reglare reciprocă: capacitatea fiecărui participant la interacțiune de a înțelege starea afectivă a partenerului și de a stopa acțiunile partenerului pentru a-și atinge scopurile (Tronick et al., 1998).

Impactul unor caracteristici materne asupra dezvoltării limbajului

Depresia post-partum este identificată ca una dintre principalele caracteristici ale mamei care influențează dezvoltarea copilului. Întâlnim trei tipuri de depresie postnatală și anume (Muntean, 2006): *bluesul maternal* – reprezintă o depresie ușoară a mamei ce apare imediat după naștere și are legătură cu modificările fizice și endocrine ale mamei; se manifestă printr-o stare de iritabilitate, labilitate emoțională, anxietate; *depresia postnatală* ce prezintă majoritatea semnelor descrise în DSM IV – se declanșează în săptămâna 4 după naștere și poate dura până în săptămâna 10 după naștere; *psihoza post-partum*: „reacție psihotică acută declanșată de naștere care apare în primele două-trei săptămâni după naștere” (Wickberg, 1996, p. 4, după Muntean, 2006).

Depresia postpartum poate avea numeroase efecte negative asupra copilului ca: stagnarea în creștere, retard mental, dezvoltare emoțională precară, blocaj în dezvoltare (failure-to-thrive) (Cooper et al., 1999, Field, 1995, Murray și Cooper, 1996, Rahman et al., 2002, Stein et al., 1991, Tomlinson et al., 2006, după Hartley et al., 2010). Așa cum arată numeroase studii, se pot întâlni și alte aspecte negative care apar la copil ca urmare a depresiei materne a mamei sale și anume: prezența jocului simbolic în mai mică măsură comparativ cu copiii a căror mame nu prezintă depresia maternă, existența dificultăților de învățare și citire (Dietz et al., 2009, Jaser et al., 2008, Johnson și Flake, 2007, Sohr-Preston și Scramella, 2006, după Wu et al., 2011). De asemenea, depresia maternă este considerată a fi un factor de risc care poate afecta capacitatea mamei de a îngriji copilul – astfel mamele devin neresponsive la nevoile copilului, indiferente, ceea ce poate conduce la o dezvoltare precară a copilului (Wang et al., 2011).

Cercetătorii consideră anxietatea maternă de separare a fi o experiență neplăcută ce implică sentimentul de vinovăție al mamei, tristețe sau pierderea asociată cu o experiență de separare de copil pentru o perioadă scurtă de timp (Hock și Schirtzinger, 1989).

Anxietatea mamei ca urmare a separării acesteia de copilul ei reprezintă o variabilă psihologică importantă care contribuie la modelarea comportamentului matern (Hock et al., 1989, Hock și Schirtzinger, 1992, McBride și Belsky, 1988, după Mayselless și Scher, 2000); astfel, mamele care experimentează o anxietate crescută de separare tind să stea mai mult cu copiii în primul an de viață pentru a-i îngriji (Hock și DeMeis, 1990, McBride și Belsy, 1988, după Mayselless și Scher, 2000).

Structura de bază a personalității mamei influențează abilitatea acesteia de a echilibra gradul de apropiere și distanțarea față de copil; Benedek (1970), după Hock și Schirtzinger (1989) arată că sentimentul matern are o latură psiho-biologică, iar capacitatea de îngrijire maternă este instinctuală, intuitivă. De asemenea, Benedek consideră că anxietatea de separare maternă reprezintă un sentiment „normal” al mamelor, care apare cu o intensitate mai crescută în primele 6 luni postnatal (Hock și Schirtzinger, 1989).

Cercetarea de față își propune ca *obiective generale*:

1. Investigarea impactului temperamentului copilului asupra nivelului de dezvoltare a limbajului verbal și non-verbal în copilăria timpurie;
2. Examinarea impactului depresiei și anxietății de separare materne asupra interacțiunii mamă-copil și a limbajului.

Metodologia cercetării

Participanți

Diada mamă-copil, participantă la studiul de față, este formată din mama I. și copilul S. de gen masculin, născut la termen, în urma unei sarcini cu evoluție normală, fără probleme la naștere, fiind primul copil al familiei. La data evaluării copilul avea vârsta de 7 luni. Copilul locuiește împreună cu părinții și bunicii paterni, aceștia din urmă constituind suport pentru tinerii părinți. Mama este cea care petrece cel mai mult timp cu S.

Instrumente utilizate și procedura de lucru

Pentru *evaluarea depresiei* a fost utilizată scala Beck (Beck, 1961), construită de către A-T. Beck și colab., publicat pentru prima dată în anul 1961. Rezultatele acestei scale de evaluare arată „profundimea subiectivă a depresiei”, care indică o estimare cantitativă a intensității simptomatologiei subiective a depresiei.

Evaluarea *depresiei postnatale* a fost realizată cu scala Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS, Cox și colab., 1987), una dintre cele mai valoroase și mai eficiente scale pentru a identifica persoanele cu depresie postnatală. Scala cuprinde 10 itemi care evaluează cum s-a simțit mama în ultimele 7 zile. Itemii

scalei corespund unor variate simptome ale depresiei clinice cum ar fi: sentimente de vinovăție, tulburări de somn, lipsă de energie, ideea de suicidară etc. Această scală a fost dezvoltată la centrele de sănătate din Livingstone și Edinburgh de către Cox, J.L., Holden, J.M., și Sagovsky, R. în anul 1987.

Evaluarea *anxietății de separare maternă* a fost realizată cu Scala de evaluare a Anxietății de Separare Maternă (Maternal Separation Anxiety Scale, Hock și Schirtzinger, 1989, traducere Costea-Bărluțiu, 2010). Aceasta este un instrument de evaluare ce cuprinde 35 itemi cotați pe o scală Likert și care investighează nivelul de vinovăție sau confort al mamei în raport cu separarea de propriul sugar/copil (Hock și Schirtzinger, 1989, traducere Costea-Bărluțiu, 2010). Analiza factorială a itemilor indică trei factori independenți: Subscala 1 – Anxietatea de separare maternă evaluează nivelul de îngrijorare al mamei, tristețea sau vinovăția atunci când se desparte de propriul copil, credințe legate de îngrijirea copilului exclusiv de către mamă, idei ce susțin preferința copilului doar pentru îngrijirea din partea mamei, credințe referitoare la abilitatea copilului de a se adapta la îngrijirile primite din partea celorlalți, Subscala 2 – Percepția efectelor separării asupra copilului, reprezintă percepția mamei asupra reacțiilor copilului la separare și efectele pozitive sau negative resimțite de copil în timpul separării. Evaluează credințele legate de efectul separării mamă–copil asupra dezvoltării sociale a copilului; Subscala 3 – Îngrijorări legate de separarea datorată încadrării în muncă evaluează atitudinea mamei față de echilibrul dintre rolul matern și dezvoltarea carierei care poate fi asociată cu separarea mamei față de copil.

Temperamentul copilului a fost evaluat cu Chestionarul de evaluare a factorilor temperamental ai sugarului – Infant Behaviour Questionnaires (IBQ, Rothbart, 1981). Acesta este un instrument de evaluare a sugarilor de 3–12 luni construit de către Dr. Mary Rothbart în anul 1980 și publicat în anul 1981 într-un articol de specialitate din domeniul dezvoltării copilului. Instrumentul urmărește identificarea unor patternuri comportamentale specifice copilului pentru a stabili temperamentul acestuia. Itemii sunt împărțiți în 6 domenii: nivelul de activitate, zâmbet și râs, distres și latența de abordare a stimulilor ce apar brusc sau a celor noi, gradul de mâhnire atunci când este pus într-o situație limită (ex. așteaptă mâncarea), nivelul de liniștire al copilului/adaptabilitatea („soothability”), durata orientării. Chestionarul va fi completat de către îngrijitorul primar (mama) care este rugat să noteze frecvența cu care apar anumite comportamente relaționate specific temperamentului copilului din ultimele săptămâni. În anul 1998 Dr. Mary Rothbart împreună cu Dr. Masha Gartstein au revizuit chestionarul apărut în anul 1981; IBQ-R conține 191 itemi. În prezenta cercetare s-a utilizat varianta în limba română a scalei IBQ tradusă și adaptată de către Conf.univ.

dr. Oana Benga și Dr. Elena Geangu. Instrumentele au fost utilizate cu permisiunea Dr. Rothbart.

Grila de observație construită pentru Situația Still-Face (Anexa 1) urmărește *evaluarea comportamentelor verbale și non-verbale* ce contribuie în mod semnificativ la achiziția limbajului verbal și poate fi aplicată la sugari și copii mici cu vârsta cuprinsă între 4–18 luni. Scalele care au stat la baza construirii acestui instrument de evaluare sunt următoarele: *AEPS (Assessment, Evaluation and Programming System for Infants and Children) Measurement for Birth to Three Years vol. I* (editat de Bricker, 1993), *Testul de screening al dezvoltării Denver* (Denver Developmental Screening Test, Frankenburg, 1985), *Grilă de observație a dezvoltării limbajului și comunicării în copilăria timpurie* (Costea-Bărluțiu, 2010). Observarea comportamentelor copilului s-a realizat prin utilizarea paradigmei Still-Face; itemul era considerat atins dacă pe parcursul interacțiunii cu mama, copilul a manifestat comportamentul pe care acesta îl operaționalizează.

Paradigma Still-Face a fost utilizată în cadrul acestei cercetări pentru a crea o modalitate de observare a interacțiunii dintre mamă și copil, dar și pe perioada în care mama a adoptat fața non-responsivă la comportamentul copilului. Copilul și mama au fost filmați pe parcursul interacțiunii, iar grila de observație a fost completată pe baza materialului video; această procedură a fost realizată într-un cadru familiar participanților la studiu, respectiv la domiciliul acestora. Filmarea a durat 3 minute, din care 1 minut mama și copilul se aflau în interacțiune (inițiau diverse jocuri, purtau scurte dialoguri etc.), 1 minut mama adopta atitudinea non-responsivă „still-face”, după care 1 minut mama relua interacțiunea cu copilul.

Procedura

Mai întâi mama a primit consimțământul informat și a fost realizată filmarea interacțiunii, după care mama a completat scalele și chestionarele următoare: Scala de evaluare a temperamentului IBQ sau EBQ în funcție de vârsta copiilor, Chestionarul Beck forma scurtă, Scala Edinburgh pentru evaluarea depresiei post-natale și Scala de Evaluare a Anxietății de Separare Maternă; mama a avut aproximativ o săptămână la dispoziție pentru a completa aceste scale.

Participarea la studiu a fost voluntară, fără a avea vreo obligație de orice natură, participantul având posibilitatea să se retragă din studiu în orice moment prin revocarea consimțământului scris fără a avea de suferit vreun prejudiciu ca urmare a acestui fapt. Beneficiul participantului constă în realizarea unui rezumat referitor la evaluarea copilului într-o manieră simplă și concisă pentru a fi înțeles de mamă, care va fi primit la finalul cercetării.

Rezultate și discuții

Copilul participant este dezvoltat conform vârstei cronologice; mama nu raportează probleme sau tulburări ale dezvoltării copilului, astfel pornim de la ipoteza conform căreia copilul este sănătos din punct de vedere fizic și psihic. S-a realizat o evaluare a temperamentului copilului utilizând Scala de evaluare a temperamentului, dezvoltată de dr. M. Rothbart completată de către mamă; această scală nu vizează evaluarea copilului în vederea stabilirii unui tip de temperament specific, ci urmărește temperamentul copilului pe diferite subdomenii; acest fapt ne permite identificarea detaliată a subcomponentelor temperamentului copilului.

Din rezultatele obținute, ceea ce prezintă relevanță pentru studiul de față sunt rezultatele obținute în cadrul subdomeniilor scalei. Comportamentul observat de părinte acasă reflectă rezultatele interacțiunii dintre patternurile stimulării sociale de acasă și caracteristicile de reactivitate și auto-reglare proprii copilului. *Nivelul de activitate* caracterizat prin activitatea motorie grosieră – mișcări ale mâinilor și picioarelor, agitație motrică, activitate locomotorie se situează la un nivel peste medie (73 puncte), de asemenea *nivelul de liniștire* care arată capacitatea copilului de a se liniști din plâns, supărare atunci când îngrijitorul utilizează tehnici de liniștire este sub nivelul mediu (39 puncte); aceste două subdomenii ne arată temperamentul copilului caracterizat de un grad al activismului crescut. De asemenea, observăm scorul peste medie în cadrul subdomeniilor *distresului la limitări* (77 puncte) și la *stimuli noi* (81 puncte) ceea ce reflectă un nivel crescut al stresului copilului resimțit în special la contactul cu stimuli noi, la schimbări bruște ce apar în mediu – acest distres nu reprezintă o trăsătură negativă ci indică mai degrabă prezența unei stări naturale resimțite de copil în astfel de situații.

Un scor peste medie observăm și la domeniul *zâmbet și râs* (71 puncte), reflectând astfel o dezvoltare emoțională armonioasă și o capacitate ridicată de exprimare a emoțiilor prin zâmbet și râs. Acest comportament a fost observat de către evaluator și în cadrul interacțiunii cu mama sau în alte contexte de observare, ceea ce întărește mențiunile mamei identificate pe baza scalei de observare a temperamentului. *Durata de orientare* – vocalizările, privirea spre sau interacțiunea cu un obiect pentru o perioadă mai mare de timp fără a exista schimbări bruște în mediu se situează la un nivel peste medie (55 puncte); acest lucru arată capacitatea copilului de a-și menține atenția asupra unei activități pentru o perioadă mai mare de timp.

Prin intermediul observațiilor realizate pe baza înregistrării video a interacțiunii diadei mamă-copil s-a urmărit dezvoltarea limbajului copilului și prezența unor comportamente specifice premergătoare achiziției limbajului verbal. Astfel, observatorii au identificat ca fiind puternic caracteristice comportamente ca: zâmbetul adresat

mamei în timpul interacțiunii face-to-face, emiterea sunetelor și țipetelor ascuțite, urmărirea privirii mamei pentru a stabili atenția împărțită, lovirea unor obiecte pentru a atrage atenția mamei. De asemenea, unele comportamente nu au fost observate deloc sau au apărut într-o mică măsură: lalațiunea, imitarea unor sunete emise de mamă, utilizarea unor combinații de silabe, ascultarea vorbirii mamei fără a fi distras de zgomotele din jur. Comportamentele specifice vorbirii observăm că apar într-o mică măsură; absența unor comportamente de tipul: lalațiunii, utilizarea unor combinații de silabe etc considerăm că se datorează și faptului că interacțiunea diadei a fost urmărită pentru o perioadă scurtă de timp (aprox 3 minute) astfel menționăm că aceste comportamente pot apărea în alte contexte sau în cadrul altor tipuri de interacțiuni cu mama. Absența acestor comportamente verbale în contextul întreruperii interacțiunii cu mama și prezența comportamentelor non-verbale de tipul: urmărește privirea mamei, lovirea unui obiect pot apărea ca urmare a întreruperii vorbirii mamei în cadrul interacțiunii cu copilul; dacă în contextul interacțiunii comportamentele verbale au fost mai evidente, pe parcursul întreruperii interacțiunii s-au intensificat comportamentele non-verbale. De asemenea, absența unor comportamente de tipul: adresarea directă prin rostirea cuvântului „mama”, lalațiunea prelungită poate fi datorată și vârstei mici a copilului. În momentul evaluării, S avea vârsta de 7 luni, iar conform psihologiei dezvoltării copilul rostește primele cuvinte inteligibile spre sfârșitul primului an de viață. Zâmbetul, țipetele, plânsul, reprezintă tipuri de comportamente ce apar în decursul primului an de viață, iar absența acestora în perioada 0–1 an indică o tulburare/întârziere în dezvoltarea copilului, indicând de asemenea și posibilitatea nedezvoltării limbajului verbal fără o intervenție terapeutică specifică.

În concluzie, comportamentele premergătoare achiziției limbajului verbal sunt prezente la S într-o mare măsură ceea ce reflectă dezvoltarea sa conform vârstei cronologice; de asemenea, lipsa interacțiunii mamei cu copilul ar perturba dezvoltarea comportamentelor verbale dar și non-verbale ceea ce reflectă importanța interacțiunii diadei mamă–copil și vorbirea dintre mamă și copil, acesta din urmă învățând limbajul preponderent pe baza imitației.

Prezența activă a mamei în viața copilului este deosebit de importantă pentru dezvoltarea sănătoasă și armonioasă a acestuia; prezența unei condiții psihologice disfuncționale sau a unei patologii a mamei conduce la perturbări în sfera interacțiunii diadei mamă–copil sau la întârzierea în dezvoltare a copilului. Evaluarea mamei din punct de vedere psihologic în ceea ce privește anxietatea de separare maternă sau existența unei predispoziții depresive are rolul de a identifica unele dificultăți ce pot apărea în interacțiunea și relația mamă–copil.

Mama I. are vârsta de 24 ani, este absolventă de liceu, lucrează ca vânzătoare, în prezent fiind în concediu pentru îngrijirea copilului. Deși nu este căsătorită legal

cu partenerul, cei doi locuiesc împreună, iar în viitorul apropiat doresc să oficializeze prin căsătorie relația lor, după afirmațiile lor „pentru binele copilului”; beneficiază de sprijinul bunicilor paterni, având cu aceștia o relație bună. Copilul este foarte bine îngrijit, nevoile sale fiind prioritare pentru familie.

S-a observat în urma analizei cantitative o anxietate de separare maternă la un nivel peste medie, care considerăm că este datorată și vârstei mici a copilului, dar și conștientizării de către mamă a importanței acesteia în viața copilului. Scorul cel mai ridicat a fost obținut la subscala 1 (30 puncte din 35 puncte posibile), acest fapt indicând o anxietate de separare maternă ridicată, iar scorul puțin peste medie de 23 puncte la subscala 3 – neliniște datorată separării prin angajarea în muncă arată importanța semnificativă pentru creșterea și îngrijirea copilului în detrimentul angajării în muncă; de asemenea și lipsa unei cariere profesionale influențează scorul scăzut la subscala neliniștii cauzate de separarea de copil prin angajare. Percepția efectelor separării asupra copilului este evaluată de către mamă ca fiind anxioasă, aceasta obținând în urma completării scalei un scor de 28 puncte din 35 puncte posibile; importanța sa în viața copilului, precum și conștientizarea posibilelor consecințe negative apărute ca urmare a separării de copil sunt percepute de mamă. Această anxietate de separare maternă poate fi privită ca o reacție normală a mamei la despărțirea de copilul aflat la o vârstă fragedă (6–18 luni) astfel încât scorurile peste medie ne arată preocuparea mamei față de îngrijirea copilului. De asemenea, unii itemi ai scalei vizau evaluarea anxietății resimțite de mamă ca urmare a despărțirii de copil în condițiile în care acesta rămâne în grija unei alte persoane (ex. bona, bunici, rude apropiate); la acești itemi observăm că mama I indică un acord puternic, ceea ce arată neîncrederea mamei în alte persoane cu privire la îngrijirea copilului, precum și anxietatea resimțită de mamă atunci când altcineva se ocupă de îngrijirea copilului.

Mama a fost evaluată în vederea identificării unei predispoziții depresive prin completarea de către aceasta a Scalei de Evaluare a Depresiei Beck – forma scurtă și Scala de Evaluare a Depresiei Post-Partum Edinburgh; deși scala Edinburgh evaluează depresia post-partum a mamei în primele 6 săptămâni după nașterea copilului, s-a decis evaluarea mamei după această perioadă pentru a identifica posibilitatea persistenței unor simptome caracteristice. Mama a obținut un scor de 17 puncte la Scala Edinburgh asociat cu un scor de 6 puncte la Scala Beck; scorul peste medie de 17 puncte indică prezența unor sechele ale depresiei post-partum însă scorul de 6 puncte la Scala Beck nu are o importanță semnificativă. Considerăm că scorul la Scala Edinburgh este mai crescut decât la Scala Beck deoarece prima investighează depresia în relație cu copilul și statutul de mamă, pe când cea de a doua investighează prezența simptomelor depresive în general, și având în vedere ocupația actuală a lui I (îngrijirea copilului) se explică scorul mai crescut al depresiei asociată cu nașterea copilului și rolul de mamă.

Remarcăm anxietatea de separare maternă crescută la această mamă precum și un scor al depresiei nesemnificativ pentru stabilirea diagnosticului de depresie. Așadar, în condițiile în care anxietatea maternă de separare are un scor mai crescut decât scorul depresiei considerăm ca fiind o situație firească în prezentul caz; un nivel al anxietății de separare maternă crescut înseamnă de fapt o preocupare mai mare a mamei pentru copilul său, însă în condițiile unei depresii post-partum efectele acesteia vor fi resimțite de copil în mod direct – mama va fi neresponsivă la expresiile sugarului, declanșând sentimente de furie, tristețe exprimate prin: evitarea privirii, reducerea expresiilor emoționale pozitive, atitudine suspicioasă, disconfort etc. Comparând aceste rezultate cu observațiile din cadrul interacțiunii putem evidenția implicarea mamei în îngrijirea și educația copilului.

Tabel 1. Rezultatele obținute în urma evaluării mamei I.

NUME	CHESTIONARE			SUBSCALE ANXIETATE		
	Beck ¹	Edinburgh ²	MSAS ³	Subscala1	Subscala2	Subscala3
I.	6	17	81	30	28	23

Notă: 1 – Scala de Depresie Beck forma scurtă, 2 – Scala Edinburgh pentru evaluarea depresiei post-partum, 3 – Scala de evaluare a anxietății materne de separare, Subscala1 – Anxietatea de Separare Maternă, Subscala2 – Percepția Efectelor Separării asupra Copilului, Subscala3 – Neliniște datorată Separării prin Angajare în muncă

Observarea interacțiunii diadei mamă–copil

Diada mamă–copil a fost observată în contextul experimentului Still-face, dar și în alte contexte non-formale; din primele observații asupra filmării interacțiunii constatăm relația genuină mamă–copil precum și emoțiile pozitive citite pe fețele celor doi în momentele interacțiunii prin joc, dialog etc. Momentul întreruperii interacțiunii de către mamă este urmat de o intensificare a vocalizărilor copilului și de plans, ceea ce reflectă importanța interacțiunii diadei și distresul resimțit de S în contextul lipsei unei interacțiuni active (prin joc, dialog etc) între mamă și copil.

Deși S. a avut intenția de a privi înspre persoana care filma fiind atras de necunoscutul aflat în încăpere, mama îi recapta atenția copilului reintegrându-se din nou în interacțiune; acest fapt reflectă îndeosebi capacitatea mamei de a atrage copilul în interacțiune, dar și relația formată între mamă și copil, relație ce îi oferă încredere copilului.

S încerca să reia interacțiunea întreruptă de către mamă prin diferite comportamente – lovirea măsuței atașată scăunelului pentru copii, zâmbetul înspre mamă sau țipete. Se remarcă, deci, prezența activă a copilului în cadrul interacțiunii diadei precum și conștientizarea de către S a lipsei prezenței active a mamei în interacțiune; așadar, în lipsa unei interacțiuni mamă–copil active din punct de vedere al jocului,

dialogului, schimbului reciproc de zâmbete, copilul va simți și va acționa prin modalitățile proprii pentru a restabili legătura diadică.

Deși scorurile la scalele pentru evaluarea depresiei indică prezența unei ușoare stări depresive a mamei, relația dintre I. și S. observată prin urmărirea interacțiunii nu pare a fi o relație perturbată de diferite condiții psihologice a mamei; în contextul jocului, al dialogului cei doi prezintă emoții pozitive și par a se bucura de interacțiune.

Observăm o asociere între nivelul crescut al anxietății de separare și capacitatea de liniștire a copilului în condițiile utilizării unor tehnici specifice măsurat în cadrul evaluării temperamentului copilului; anxietatea de separare maternă implică o preocupare crescută a mamei pentru copilul său, însă scorul sub medie al capacității de liniștire a copilului poate influența anxietatea de separare maternă.

Distresul la stimuli noi și schimbări bruște al copilului evaluat de către mamă prin intermediul Scalei de evaluare a temperamentului este la un nivel peste medie (81 puncte), iar între acest domeniu și anxietatea maternă de separare crescută există o legătură – distresul copilului poate fi o cauză a anxietății de separare maternă, astfel în condițiile separării de copil mama ar resimți o stare de anxietate datorită imposibilității de a se afla lângă copil pentru a-l liniști în caz de nevoie. Mama care știe că temperamentul lui S este unul activ și este mai preocupată de faptul că altcineva nu poate îngriji, supraveghea și controla copilul la fel de bine ca și ea.

De asemenea, relația mamă-copil observată în contextul interacțiunii arată legătura stabilită între cei doi, favorizând exprimarea unor comportamente preverbale de către copil – vocalizări, zâmbet etc. Deoarece comportamentele preverbale ale copilului apar în contextul interacțiunii, nu în momentul întreruperii de către mamă a interacțiunii, subliniem importanța relației mamă-copil în achiziția limbajului verbal.

Limite și direcții viitoare de cercetare

În cadrul cercetării s-a construit o Grilă de observare a comportamentului verbal și non-verbal în contextul interacțiunii diadei mamă-copil, care cuprinde 16 itemi cotați pe o scală Likert de la 1–5; itemii grilei au fost cotați individual de către doi evaluatori, unul familiarizat cu scopul și obiectivele cercetării și un evaluator nefamiliarizat cu obiectivele și scopul cercetării, pentru a analiza acordul inter-evaluatori. Considerăm că una dintre limitele studiului este aceea că evaluatorul familiarizat a avut o oarecare subiectivitate în cotarea itemilor, cunoscând obiectivele, scopurile cercetării, dar și datorită faptului că itemii grilei au fost construiți de către acesta; de aceea, au existat discrepanțe între scorurile totale ale Grilei de observare pentru aceeași persoană observată de către cei doi evaluatori. Din acest considerent, pe viitor, grila ar putea fi cotată de către doi evaluatori „blinded” pentru a elimina

subiectivismului evaluatorului familiarizat cu obiectivele cercetării; de asemenea, grila ar putea și îmbunătăți prin dezvoltarea itemilor atât din punct de vedere calitativ cât și cantitativ. Implementarea Paradigmei Still-Face a necesitat o pregătire anterioară a mamei cu privire la modalitatea de interacțiune cu copilul pe perioada filmării acesteia. Experimentul s-a desfășurat la domiciliul participanților deoarece s-a considerat că este cel mai adecvat pentru ei; interacțiunea s-a filmat într-un spațiu familiar copilului tocmai pentru a nu fi atras de noutatea lucrurilor, însă o limită este reprezentată de lipsa unei încăperi de evaluare fără stimuli, persoane, obiecte ce ar putea distra copilul din interacțiune, ideal în cadrul acestui experiment fiind o cameră în care să fie prezenți doar mama și copilul și filmarea să fie realizată cu două camere – una îndreptată spre copil, cealaltă spre mamă. Se recomandă realizarea experimentului într-un spațiu special amenajat.

Bibliografie

- Ainsworth, M.D., (1969). *Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship*. Child Development, 40, 969–1025. Disponibil online: http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/attach_depend.pdf
- Beck, AT., Ward, CH., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., (1961). *An inventory for Measuring Depression*. Arch Gen Psychiatry 4, 561–571;
- Bornstein, M.H., Gini, M., Suwalsky, J.T.D., Putnick D.L., Haynes, O.M., (2006). *Emotional availability in mother-child dyads: short-term stability and continuity from variable-centered and person-centered perspectives*. Merrill-Pallmer Quarterly, 3(52), 547–571;
- Bornstein, M.H., Tamis Le-Monda, C.S. (2002). *Mother-Infant Interaction*. În Bremner, G. și Fogel, A. (editori) (2002). Blackwell Handbook of Infant Development (pp 269–295) Cornwall: Editura Blackwell Publishers Ltd.
- Bricker, D. (1993). *Assessment, Evaluation and Programing System for Infants and Children*, vol I: AEPS Measurement for Birth to Three Years, Paul H. Brookes Publishing, Co., Inc., Baltimore;
- Casanueva, C., Goldman-Fraser, J., Ringeisen, H., Lederman, C., Katz L., Osofsky, J.D., (2010). *Maternal Perceptions of Temperament Among Infants and Toddlers Investigated for Maltreatment: Implications for Services Need and Referral*. Journal of Family Violence, 25, 557–574;
- Cleveland, A., Schug, M., Striano, T. (2007). *Joint Attention and Object Learning in 5 and 7 Month Old Infants*. Infant and Child Development, 16, 295–306;
- Costea-Bărluțiu, C., (2009). *Tulburări clinice, factori socio-emoționali și relaționali implicați în retardul de limbaj la sugarul și copilul mic cu tulburări de nutriție*, în Anca, M. (coord și ed.) Psihopedagogia specială între practică și cercetare, Presa Universitară Clujeană, Cluj;
- Costea-Bărluțiu, C., (2010). *Implicații ale relației de atașament asupra dezvoltării și psihopatologiei în copilăria timpurie și la vârsta adultă*, Manuscris nepublicat al tezei de doctorat, UBB Cluj;
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. (1987) *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale*. Brit J Psychiatry 150: 782–86.

- Disponibil online: [https://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/8.-perinatal-documents/bw0124-edinburgh-postnatal-depression-scale-\(epds\)-and-scoring-sheet-for-health-professionals.pdf?sfvrsn=2](https://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/8.-perinatal-documents/bw0124-edinburgh-postnatal-depression-scale-(epds)-and-scoring-sheet-for-health-professionals.pdf?sfvrsn=2)
- Frankenburg, W.K. (1985). *The Denver Approach to Early Case Finding*, in Frankenburg, W.K., Emde, R.N., Sullivan, J.W. (eds.). *Early Identification of Children at Risk. An International Perspective*, Plenum Press, New York;
- Hartley, C., Pretorius, K., Mohamed, A., Laughton, B., Madhi, S., Cotton, M.F., Steyn, B., Seedat, S., (2010). *Maternal postpartum depression and infant social withdrawal among human immunodeficiency virus (HIV) positive mother-infant dyads. Psychology, Health & Medicine*, 15(3), 278–287;
- Hock, E., Schirtzinger, M.B., (1989). *Maternal Separation Anxiety: Implications for Family Functioning*. *Family Science Review*, 2(3), 267–276. Disponibil online: <http://family-scienceassociation.org/archived%20journal%20articles/volume2/FSR--Volume%202%20Number%203/Vol%202%20No%203%20Article%204.PDF>
- Lang, A.J., Gartstein M.A., Rodgers C.S., Lebeck M.M., (2010). *The Impact of Maternal Childhood Abuse on Parenting and Infant Temperament*. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(2), 100–110
- Lock, A. (2002). *Preverbal Communication*. În Bremner, G. și Fogel, A. (eds.) (2002). *Blackwell Handbook of Infant Development* (pp 379–403). Cornwall: Editura Blackwell Publishers Ltd.
- Maysseless, O., Scher, A., (2000). *Mother's Attachment Concerns Regarding Spouse and Infant's Temperament as Modulators of Maternal Separation Anxiety*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(7), 917–925
- Meguerditchian, A., Cochet, H., Vauclair, J., (2011). *From gesture to language: ontogenetic and phylogenetic perspectives on gestural communication and its cerebral lateralization*. În Vilain, A., Schwartz, J.L., Vauclair, J., (coordonatori), *Primate communication and human language: vocalization, gestures, imitation and deixis in human and non-human* (pp. 91–121). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamin Publishing Company
- Montirosso, R., Borgatti, R., Trojan, S., Zanini, R., Tronick, E., (2010). *A comparison of dyadic interactions and coping with still-face in healthy pre-term and full-term infants*. *British Journal of Developmental Psychology*, 28, 347–368
- Mundy, P., Newell, L. (2007). *Attention, Joint Attention, and Social Cognition*. *Current Directions in Psychological Science*, Association for Psychological Science, 16(5), 269–274
- Muntean, A., (2006). *Psihologia dezvoltării umane*. București: Editura Polirom
- Rothbart, M., (1981). *The Infant Behaviour Questionnaire (IBQ)*, <http://www.bowdoin.edu/~sputnam/rothbart-temperament-questionnaires/instrument-descriptions/infant-behavior-questionnaire.html>
- Schaffer, H.R., (2005). *Introducere în Psihologia copilului*. Cluj-Napoca: Editura ASCR
- Stern, N.D., (2002). *The first Relationship: Infant and mother*. Cambridge: Harvard University Press
- Tronick, E.Z., (1998) Bruschiweiler-Stern, N., Harisson, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Nahum J.P., Sander, L., Stern, D.N., (1998). *Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change*. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290–299
- Tronick, E.Z., (2007). *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*. New York: Editura W.W. Norton&Company
- Wachs, T.D., Bates, J.E. (2004). *Temperament*, în Bremner, G. și Fogel, A. (eds.), *Blackwell Handbook of Infant Development*, Blackwell Publishing, Ltd.;

- Wang, L., Tiejian, Wu., Anderson, J.L., Florence, J.R., (2011). *Prevalence and Risk Factors of Maternal Depression During the First Three Years of Child Rearing*. Journal of Women's Health, 20(5), 711–718
- Wu, Y.P., Selig, J.P., Roberts, M.C., Steele, R.G., (2011). *Trajectories of Postpartum Maternal Depressive Symptoms and Children's Social Skills*. Journal of Child and Families Studies, 20, 414–423.

ANEXA 1. Grila de observare a sugariilor și copiilor mici

Numele evaluatorului

Numele copilului Data nașterii

Vârsta (luni) Sex M F

Observații referitoare la mediul social (nivel cultural, condiții de locuit, situație materială etc.)

Mai jos vor fi enumerate o serie de comportamente specifice care vor fi cotate pe o scală de la 1 la 5, unde 1 reprezintă comportamentul ca fiind deloc caracteristic, 2 – puțin caracteristic, 3 – nu s-a observat, 4 – caracteristic, 5 – puternic caracteristic.

COMPORTAMENT / ITEM	EVALUARE				
Zâmbește mamei în timpul interacțiunii face-to-face	1	2	3	4	5
Plânge atunci când mama oprește interacțiunea	1	2	3	4	5
Vocalizează prelungit	1	2	3	4	5
Se angajează în comunicare prin gângurit	1	2	3	4	5
Scoate țipete și sunete ascuțite	1	2	3	4	5
Vocalizează atunci când i se vorbește	1	2	3	4	5
Apare lalațiunea (ex. mamama, bababa, tatata)	1	2	3	4	5
Urmărește privirea mamei pentru a stabili atenția împărțită	1	2	3	4	5
Indică diferite obiecte/lucruri pentru a-i recapta atenția mamei	1	2	3	4	5
Utilizează gesturi (ex. bate cu palma măsuta) pentru a-i recapta atenția mamei	1	2	3	4	5
Își întoarce privirea spre o altă persoană care vorbește	1	2	3	4	5
Răspunde prin vocalizări și gesturi la întrebări simple (ex. unde-i mama?, ai terminat?)	1	2	3	4	5
Participă la dialog	1	2	3	4	5
Imită sunete vorbite de mamă	1	2	3	4	5
Utilizează combinații de silabe	1	2	3	4	5
Se adresează mamei direct („mama”)	1	2	3	4	5
Utilizează un gest non-verbal pentru a obține un obiect dorit	1	2	3	4	5
Ascultă vorbirea mamei fără a fi distras de zgomote din jur	1	2	3	4	5

Relația dintre nivelul competențelor socio-emoționale ale preșcolarilor și tipul de atașament al părinților

*Doboș Ioana Ancuța**

ABSTRACT

The association between preschool children's social-emotional competences and their parents' attachment style. The paper investigates the complex relationship between the attachment style of the parent and the preschool child's development of social-emotional competences. The research was based on the identification of the adult's attachment style, as well as the components of attachment in adulthood: anxiety and avoidance, as well as the identification of the developmental level of the social and emotional competences of preschoolers aged between 4 and 5 years and the association between the two aspects. Also, the efficacy of an intervention program for the development of social-emotional competences in preschoolers was tested.

Keywords: preschoolers, social and emotional competences, attachment style, parents

Cadrul teoretic

Perioada preșcolară reprezintă, pentru cei mai mulți dintre copii, o perioadă încărcată de schimbări majore: intrarea în colectivitate, separarea de figurile lor de atașament, familiarizarea cu personalitatea educatorilor, necesitatea interacțiunii permanente cu copii de aceeași vârstă, dar diferiți, cu adulți necunoscuți până atunci, etc. Aceste schimbări pot fi percepute ca fiind dramatice de către unii copii, pe când alții se adaptează foarte ușor. Ce anume îi determină pe unii copii să inițieze interacțiunile cu alți copii, să mențină relații de prietenie, să manifeste un comportament prosocial, să se adapteze mai ușor și într-un timp scurt la mediul grădiniței? Desigur, personalitatea, însă și achizițiile lor în materie de competențe sociale și emoționale. Din aceste motive și pornind de la ipoteza că un copil petrece cel mai mult din timpul său cu părinții și în cadrul restrâns al familiei, s-au ridicat următoarele întrebări: Tipul sau relația de atașament a părintelui poate avea vreun impact asupra dezvoltării sociale și emoționale a copilului său? Există posibilitatea îmbunătățirii competențelor sociale și emoționale, astfel încât copilul să treacă de la un nivel deficitar al achiziției acestor competențe, la un nivel adecvat vârstei?

* Prof. Psihopedagog, absolvent Master Management, Consiliere și Asistență Psihopedagogică în Instituțiile Incluzive, Psihopedagogie Specială, Cluj-Napoca.

Teoria atașamentului

Conceptul de atașament a fost introdus de Bowlby, considerându-l un proces înăscut: nou născutul vine pe lume cu predispoziția de a participa activ la interacțiunea cu adultul (Bowlby, 1953, citat de Dima, 2008). În opinia lui Schaffer, atașamentul poate fi definit ca legătură emoțională de lungă durată cu un anumit individ. Astfel de legături sunt de obicei, selective, centrate pe indivizi specifici care solicită comportamentul de atașament într-o manieră și într-o măsură care nu se regăsesc în interacțiunile cu alți indivizi. De asemenea, presupun căutarea proximității fizice, adică se depune efort pentru a menține apropierea de obiectul atașamentului. Relația de atașament oferă confort și securitate, iar atunci când legătura e amenințată și nu se poate obține proximitatea produce supărare la separare (Schaffer, 2010).

Teoria atașamentului s-a dezvoltat prin propunerea ipotezei psihologului John Bowlby (1973), privind activarea atașamentului de către „indicatorii naturali ai pericolului” – stimuli care nu sunt în mod inerent periculoși, dar care sporesc probabilitatea pericolului (întineric, zgomote puternice, izolare); precum și de către amenințările privind posibila sau chiar separarea de figura de atașament/ (pierderea persoanei). În situația în care o persoană are nevoie de protecție și sprijin, căutarea proximității este o strategie primară și naturală a sistemului comportamental de atașament. Strategia constă într-o mare varietate de comportamente cu funcții similare (stabilirea și menținerea proximității pentru o figură de atașament protectoare), și care servesc funcții adaptative analoage (protecția împotriva pericolului, a injuriilor sau a demoralizării) (Mikulincer și Shaver, 2007).

Cei mai importanți dintre cei care au contribuit la dezvoltarea teoriei au fost: Robert Hinde (1974) și Mary Ainsworth. Aceasta din urmă a întreprins pentru prima dată studii empirice asupra comportamentului de atașament, în Africa (1963, 1967) și în Statele Unite ale Americii. Activitatea ei a făcut ca teoria atașamentului să fie considerată o teorie foarte bine susținută, în ceea ce privește dezvoltarea socio-emoțională (Bowlby, 2011).

Conceptul de „stil de atașament” a fost propus pentru prima dată de Ainsworth (1967, citat de Bowlby, 2011) pentru a descrie paternurile de răspuns ale copiilor mici la separarea de mamele lor, precum și la reîntâlnirea lor cu acestea, în cadrul procedurii de evaluare a Situațiilor Străine în laborator. După Ainsworth (1967, citat de Schaffer, 2010) enumerăm: (1) Atașament Securizant – subiectul manifestă un nivel moderat de căutare a proximității cu figura de atașament; (2) Atașament Anxios: Evitativ – subiectul evită contactul cu figura de atașament, mai ales la reuniunea după separare; (3) Atașament Anxios: Rezistent – este foarte supărat din cauza separării de figura de atașament, la întoarcerea ei este dificil de consolată; (4) Atașament Dezorganizat – subiectul prezintă comportamente contradictorii față de figura de

atașament, de ex. căutarea proximității urmată de evitare, indicând confuzie și teamă în privința relației.

Primul tip de atașament este unul securizant, iar următoarele trei sunt considerate insecurizante. Conform teoriei atașamentului, individul cu atașament de tip securizant prezintă un potențial ridicat în dezvoltarea aptitudinilor de auto-liniștire, utilizând strategii de reglare emoțională implicite și explicite, învățate de la figurile de atașament care reprezentau siguranță. Pe plan opus, atașamentul de tip insecurizant este considerat ca fiind un factor de risc al problemelor emoționale, semnificative din punct de vedere clinic și al adaptării deficitare (Bowlby, 1988 citat de Bowlby, 2011).

Sistemul comportamental de atașament din copilărie rămâne activ pe parcursul întregii vieți și se manifestă în gânduri și comportamente de căutare a proximității figurilor de atașament, în situațiile în care se simt amenințați sau în nevoie (Bowlby 1973, 1988, citat de Mikulincer și Shaver, 2009). Reprezentările mentale ale sinelui și ale celorlalți explică modul în care „reziduurile mentale” ale acelor experiențe timpurii devin structură pentru gândurile, sentimentele și acțiunile viitoare ale unei persoane. Acestea au un efect decisiv asupra reglării emoționale, a relațiilor interpersonale și a sănătății mentale la adulți.

Bowlby menționează că dezvoltarea patternurilor de atașament la vârsta adultă este controlată de două tipuri de forțe: „forțe homeotetice” și „forțe destabilizatoare”. Forțele homeotetice acționează precum un „tampon” la schimbările patternurilor de atașament din copilăria mică până la vârsta adultă. În acest caz, devierea de la modelele de lucru inițiale este puțin probabilă. Forțele destabilizatoare, în schimb încurajează această deviere, date fiind experiențele puternice care solicită revizuirea și actualizarea reprezentărilor de atașament (Mikulincer et al., 2009). Modelele de lucru, ale sinelui și ale figurii de atașament, sunt utilizate în cadrul sistemului nervos central, unde prin intermediul unui sistem cibernetic se controlează formarea și menținerea legăturilor de atașament. Legăturile de atașament se mențin și la vârsta adultă, dar sunt însoțite și de legături noi, în cazul unei vieți sănătoase.

Relațiile apropiate pe care un individ le formează pe parcursul vieții cu alți indivizi, pot fi, adesea, caracterizate prin prisma caracteristicilor relațiilor de atașament (Denham, 2005). În perspectiva lui Weiss (1991, după Denham, 2005), relațiile de atașament prezintă caracteristici precum: (a) Căutarea proximității: încercarea de a rămâne în zona considerată protectivă, care în situații amenințătoare se restrânge; (b) Bază sigură: prezența figurii de atașament furnizează securitate și conduce la explorare; (c) Protest la separare: accesibilitatea figurii de atașament este amenințată, ceea ce generează protest și tentative de evitare a separării; (d) Activarea de către amenințare: când sunt anxioși, indivizii manifestă sentimente de atașament și caută apropierea figurilor de atașament; (e) Specificitate: încercările de înlocuirea figura

de atașament nu se încheie cu succes, chiar dacă grija și atenția oferită sunt echivalente, din punct de vedere calitativ; (f) Inaccesibilitate în ceea ce privește controlul conștient: emoțiile legate de atașament și protestul la separare persistă, chiar și după separarea permanentă (ex. pierderea prin deces); (g) Persistență: atașamentul nu scade în intensitate odată cu acomodarea; (h) Insensibilitate la comportamentul figurii de atașament: atașamentul persistă chiar și acolo unde figura de atașament manifestă comportament abuziv.

Relațiile de atașament se definesc prin căutarea unui confort și a unui sprijin, a unei baze de siguranță, așa cum o numește Bowlby (2011), în situații de stres și anxietate.

Competențele socio-emoționale

„Competența emoțională reprezintă abilitatea indivizilor de a se adapta, atât la propriile emoții, cât și la emoțiile celorlalți, pe când Competența socială se referă la abilitatea copiilor de a forma relații sociale funcționale cu ceilalți copii și cu adulții din viața lor” (Ștefan, Kállay, 2010, pag. 13).

Ștefan și Kállay (2010) împart competențele sociale în două categorii: abilități interpersonale (abilitățile de relaționare socială și abilitățile de rezolvare de probleme) și abilități intrapersonale. Abilitățile de relaționare socială se exemplifică prin comportamente precum: interacțiune cu ceilalți copii prin jocuri adecvate vârstei, inițierea interacțiunii cu ceilalți copii, oferirea și solicitarea ajutorului/ a jucăriilor; manifestarea răbdării într-o situație dată, utilizarea formulelor de politețe. În contextul abilităților de rezolvare de probleme sociale, amintim competența de a rezolva conflictele utilizând strategii adecvate vârstei. Respectarea regulilor și tolerarea situațiilor care provoacă frustrare reprezintă competențe specifice abilităților intrapersonale.

Inițierea și menținerea unor relații sociale adecvate este influențată de abilitățile intrapersonale ale copilului. Însă, unii autori sunt de părere că dezvoltarea emoțională este componenta esențială a adaptării sociale, cu influență în dezvoltarea și menținerea relațiilor (Petrovai, D., Preda, V., Petrică, S., Brănișteanu, R., 2012). Astfel, autocontrolul și reglarea propriilor comportamente și emoții conduc la o adaptare eficientă la contextul social. Capacitatea copilului de a se supune unor reguli, de a și le asuma și de a fi conștient de consecințe reprezintă premisa oricărei forme de interacțiune socială (Ștefan et al., 2010). Schaffer (2010) consideră că experiențele sociale modelează cursul dezvoltării emoționale. De aceea, dezvoltarea competenței sociale va determina un control emoțional mai eficient.

„Ceea ce numim noi emoție este, de fapt, combinația mai multor modificări survenite la nivel subiectiv, cognitiv, biologic și comportamental. Emoțiile modulează comportamentele noastre direcționate spre noi înșine (intrapersonal), cât și comportamentele noastre direcționate spre ceilalți (interpersonal)” (Ștefan et al., 2010, pag. 10).

Exprimarea emoțiilor reprezintă una dintre calitățile importante în viața socială, cu accent pe modalitatea de exprimare. Goleman (2008) numește această capacitate de a exprima emoțiile inteligență emoțională. La copii, însă, Ștefan și Kállay (2010) introduc conceptul de competență emoțională, propunând trei categorii în dezvoltarea acesteia: experiențierea și exprimarea emoțiilor; înțelegerea și recunoașterea emoțiilor; reglarea emoțională. Exprimarea emoțiilor este, împreună cu experiențierea și conștientizarea lor, un factor esențial în adaptare. Modalitatea prin care sunt transmise mesajele afective, momentul, intensitatea emoției, toate acestea sunt extrem de importante în adaptarea socială a copilului și participă în mod activ la dezvoltarea competenței emoționale. Capacitatea de a înțelege ceea ce simte celălalt sau empatia reprezintă o ușă deschisă spre prietenie, relații sociale sănătoase. Iar manifestarea empatiei este direct proporțională cu dezvoltarea capacității de identificare a emoțiilor.

Conștientizarea trăirilor emoționale este cel mai important aspect, aflându-se în strânsă legătură cu capacitatea de gestionare adecvată a emoțiilor, numită și reglare emoțională. Nerecunoașterea emoțiilor conduce la o exprimare inadecvată a emoțiilor, ceea ce înseamnă, în mod implicit, o reglare emoțională deficitară, formând în timp strategii de relaționare socială dezadaptativă și adaptare socială precară (Ștefan et al., 2010).

Vârsta preșcolară este o perioadă de achiziții fundamentale atât pe plan cognitiv, cât și socio-emoțional. Dezvoltarea competențelor socio-emoționale în această perioadă influențează puternic inteligența emoțională din viața adultă, o dezvoltare inadecvată afectând sănătatea mentală pe termen scurt și/sau pe termen lung. La vârsta preșcolară, dezvoltarea competențelor socio-emoționale este influențată, în mod direct, de două serii de factori: intrapersonali (factori biologici, cognitivi, de temperament) și interpersonalii (interacțiuni cu alți copii, părinți etc.). Modul în care acești factori interacționează poate asigura o sursă de protecție și o adaptare eficientă la cerințele mediului sau dimpotrivă, o sursă de tulburări mentale și o dezvoltare deficitară a competențelor socio-emoționale (Ștefan et al., 2010).

Temperamentul copilului (predispoziția către o modalitate de a reacționa emoțional și comportamental), theory of mind (capacitatea de a înțelege faptul că alte persoane pot avea gânduri, emoții diferite de cele proprii) și limbajul copilului (în special cel despre emoții) joacă un rol major în dezvoltarea competențelor socio-emoționale. Dezvoltarea inadecvată, insuficientă a acestora reprezintă factori de risc în dezvoltarea competențelor sociale și emoționale, afectând inițierea și menținerea interacțiunilor cu ceilalți, prin lipsa cooperării, a comunicării, afectarea exprimării (Ionescu, 2010).

Schaffer (2010) amintește că interacțiunile sociale sunt influențate de modul în care copilul își gestionează emoțiile, de exemplu copiii care își controlează furia

într-un mod non-agresiv sunt mai plăcuți, au succes ca lideri și sunt mai competenți din punct de vedere social. O emoționalitate intensă și un control slab al exprimării emoțiilor afectează în mod disruptiv relațiile sociale ale copilului, prezentând un risc crescut de a fi respins de grup. Prin urmare, citând-o pe Rose-Krasnors (1997): „competențele emoționale și cele sociale sunt strâns legate între ele, deși par două „imagini” separate” (Denham et al., 2003, p. 238).

Impactul relației de atașament cu părintele asupra dezvoltării competențelor socio-emoționale ale copilului

Mikulincer și Shaver (2005, citat de Costea-Bărluțiu, 2010) observă că în funcție de stilul de atașament, indivizii au anumite reacții emoționale la diferite evenimente relaționale. Persoanele cu un atașament sigur vor demonstra emoții diferențiate pentru a menține relația și starea de bine a partenerului la un standard ridicat al calității. Spre deosebire de indivizii cu atașament nesigur, care vor demonstra o paletă restrânsă a emoțiilor, biasate de defensele sistemului de atașament sau de strategiile de hiperactivare, respectiv dezactivare (Costea-Bărluțiu, 2010).

Studiile arată că indivizii cu atașament securizant manifestă expectanțe în a corecta greșelile, în a schimba răul în bine, fără a afecta relația cu partenerii. De exemplu, o persoană cu atașament de tip securizant poate experimenta și recunoaște mânia ca un semnal în sensul schimbării și reevaluării unui comportament al partenerului. Cât despre adulții cu atașament anxios, teama lor de respingere și abandon, îi determină să intensifice experiențierea și expresia distresului (și a altor emoții negative) pentru a atrage atenția semenilor, compasiunea și grija lor. Adulții cu atașament anxios tind să exprime afectivitate negativă, să prezinte mai multe simptome fizice și să manifeste temeri puternice privind eșecul, boala sau moartea. În schimb, adulții evitativi sunt mai puțin înclinați spre a-și dezvălui propriile sentimente altora sau a-și exprima emoțiile în mod spontan (fie ele pozitive sau negative) (Mikulincer et al., 2007).

Din perspectiva lui Bowlby, atașamentul de tip insecurizant reprezintă un factor de risc al problemelor emoționale, semnificative din punct de vedere clinic și al adaptării deficitare (Mikulincer et al., 2007).

Wallin (2010) observa că, deși funcția biologică a comportamentului de atașament este asigurarea protecției și a securității, copiii au nevoie și de asigurarea supraieuirii emoționale. Același autor consideră că pentru a trăi „siguranța resimțită” (care este, de fapt scopul atașamentului), copiii depind de figura de atașament pentru a-și putea modela propriile afecte copleșitoare. Părinții care reușesc să devină un exemplu pozitiv de reglare emoțională, recunoscând și acceptând emoțiile copiilor, oferind mai apoi răspunsuri care transmit atât empatie, cât și capacitatea de a face

față, precum și aprecierea față de atitudinea intențională a copilului, sunt implicați într-un proces de reglare afectivă interactivă. Prin acest proces ei reîntăresc încrederea copilului în relația de atașament văzută ca un sanctuar sigur și ca o bază de siguranță (Wallin, 2010, p. 72–73).

Reglarea emoțională dezvoltă copiilor capacitatea de a preveni apariția emoțiilor negative disfuncționale și a comportamentelor dezadaptative (Sănduleac, 2010). Strategiile de reglare emoțională, și implicit strategiile adaptative de atașament, modelează în mod fundamental sinele copilului. O dezvoltare armonioasă a sinelui, atât din punct de vedere al personalității, cât și emoțional, este premisa unei adaptări sociale reușite. Prin urmare, relațiile de atașament sunt cruciale în procesul de integrare socială. Iar ceea ce este integrat se poate bucura de o traiectorie sănătoasă de maturizare (Wallin, 2010).

Legătura dintre reglarea emoțională, respectiv adaptarea socială și relația de atașament este demonstrată de-a lungul timpului în numeroase cercetări. Un studiu foarte cunoscut este „Situția Străină” coordonat de Ainsworth în 1963. Main a preluat acest studiu, câțiva ani mai târziu și a constatat existența unei legături între starea mentală a adultului cu privire la atașament și comportamentul copilului. A observat o corespondență incontestabilă între categoriile Interviului de Atașament al Adultului – Sigură/Autonomă (F), De respingere (Ds), – și comportamentul copiilor, aceștia dezvoltând un anumit tipar de comportament în funcție de categoria IAA a părinților (Wallin, 2010, p 54–55).

Copiii ai căror părinți sunt caracterizați de atașament securizant, învață să rămână deschiși emoțiilor pe care le manifestă, reușesc să le comunice și să le exprime și celorlalți într-un mod liber și acurat, experimentându-le pe deplin fără distorsiuni. De asemenea, pot manifesta expectanțe în privința expresiei emoționale de a conduce la răspunsuri benefice din partea celorlalți. În mod contrastant, lipsa unei figuri de atașament disponibile și afectuoase perturbă strategiile de coping și crește frecvența și intensitatea distresului (Mikulincer și Shaver, 2007).

Pentru copiii ale căror figuri de atașament sunt disponibile și afective, exprimarea emoțiilor negative înseamnă, deseori, un sprijin în atenuarea stresului și îndrumare. Însă, interacțiunile cu figuri de atașament lipsite de sensibilitate, constanță, încredere interferează cu dezvoltarea unei baze emoționale, psihice, sigure și stabile, cu autoreglarea adecvată și cu reziliența în perioade stresante, care se traduc în vulnerabilități față de tulburări psihice (Costea-Bărluțiu, 2010, p. 63).

Indiferent de exemplele de care dispune copilul în relația sa de atașament, el va „împrumuta” atât stilul de atașament al părinților, cât și strategiile de reglare emoțională. Aceste aspecte îi vor modela personalitatea și îi vor dezvolta capacitățile de relaționare socială.

Obiective și ipoteze

În elaborarea prezentei cercetări ne-am propus următoarele **obiective**: evaluarea competențelor sociale și emoționale la preșcolari cu vârsta cuprinsă între 4 și 5 ani; planificarea activităților de dezvoltare a competențelor socio-emoționale; sondarea diferențelor dintre rezultatele obținute de către copii la evaluarea inițială și la evaluarea realizată la finele programului de intervenție; evaluarea nivelului de anxietate și evitare în relațiile apropiate ale adulților; identificarea stilului de atașament al părinților; stabilirea intensității relației dintre nivelul de dezvoltare socio-emoțională a copilului și nivelul de anxietate și evitare în relațiile apropiate ale părinților; sondarea diferențelor la nivelul competențelor socio-emoționale ale copiilor în funcție de stilul de atașament al părinților.

Ipotezele cercetării sunt:

1. Nivelul anxietății și al evitării, în relațiile apropiate ale părintelui, sunt semnificativ asociate cu nivelul dezvoltării competențelor socio-emoționale ale copilului preșcolar, cu vârsta cuprinsă între 4 și 5 ani.
2. Stilul de atașament al adultului, respectiv securizant sau insecurizant este semnificativ asociat cu nivelul dezvoltării competențelor socio-emoționale ale propriului copil.
3. Presupunem eficiența programului de intervenție și existența unor diferențe semnificative privind dezvoltarea competențelor sociale și emoționale înainte și după realizarea activităților de dezvoltare socio-emoțională.

Metodologia cercetării

Participanți

La acest studiu au participat două loturi de 15 persoane: părinți, cu vârsta cuprinsă între 28 și 35 de ani și copiii preșcolari ai acestora, cu vârsta cuprinsă între 4 și 5 ani. Toți participanții fac parte din familii legal constituite, iar copiii sunt, în opt cazuri, copii singuri la părinți.

Instrumente și procedura de lucru

Evaluarea participanților din lot a fost realizată cu un instrumentar format din două probe de evaluare a atașamentului la adult și două probe de evaluare a competențelor socio-emoționale ale copiilor (variante pentru părinți, respectiv educatori). Inițial, părinții au primit două chestionare auto-administrate sub formă creion-hârtie, unul privind tipul de atașament la adulți, iar cel de-al doilea vizând cele două dimensiuni ale relației de atașament: anxietatea și evitarea. Ulterior, s-a completat instrumentul

de evaluare a competențelor socio-emoționale ale copiilor de către autoare, precum și de către părinți, sub formă creion-hârtie.

În urma completării scalei de dezvoltare a competențelor socio-emoționale, în ambele versiuni, s-a propus un inventar de activități pentru dezvoltarea competențelor sociale și emoționale ale copiilor. Programul de intervenție a cuprins două activități pe săptămână (o activitate din sfera dezvoltării competențelor emoționale și o activitate din sfera dezvoltării competențelor sociale), timp de cinci săptămâni. Activitățile de dezvoltare a competențelor emoționale au fost „conduse” de Riciu-Piciu-Păcăliciu (o păpușă de mânuț). Personajul a fost prezentat copiilor ca fiind bufonul de la curtea regelui Mazăre, care a fost la grădinița de la palat și de acolo știe multe întâmplări și jocuri. Activitățile de dezvoltare a competențelor sociale au fost realizate cu ajutorul a două personaje: piticii Doc și Domey.

La finalul intervenției privind dezvoltarea competențelor socio-emoționale s-a completat scala de dezvoltare a competențelor sociale și emoționale, de către educatoare, sub forma creion-hârtie.

Chestionarul atașamentului adult (AAQ). Hazer și Shaver (1990) au dezvoltat chestionarul care constă în trei descriptori ai atitudinilor față de modul în care adultul se raportează la relațiile apropiate. Participanților li se pun la dispoziție 4 descriptori din care trebuie să aleagă pe cel care se potrivește cel mai bine modului în care gândesc, se comportă și simt în relațiile romantice, fără a li se spune la ce anume se referă chestionarul, pe baza experienței lor.

Cei patru descriptori descriu cele patru tipuri de atașament, similare atașamentului copilului față de mamă, însă extrapolarea pattern-urilor de atașament ale copilului la adult a fost realizată pe bază speculativă (Costea-Bărluțiu, 2010).

Prezentul chestionar AAQ reprezintă varianta adaptată a versiunii inițiale, construite în anul 1987. Aceasta a fost utilizat pe scară largă, pe loturi foarte mari de subiecți, însă o serie de cercetări au raportat o validitate scăzută pentru acest instrument. Chestionarul dezvoltat de Hazan și Shaver a fost utilizat în cadrul studiilor de specialitate, datorită faptului că este ușor de administrat și prezintă o validitate de aspect (Fraley și Philips, 2009, citat de Costea-Bărluțiu, 2010, p 452).

Inventarul experiențierii relațiilor apropiate – varianta revizuită (**ECR-R**) a fost elaborat de Fraley, Waller și Brennam în anul 2000, și are 36 de itemi, și are menirea de a evalua două dimensiuni supraordonate ale atașamentului: anxietatea (factorul e teama de rejecție, de abandon vs securitatea), respectiv evitarea (factorul e disconfortul resimțit la apropierea și la dependența de ceilalți vs confortul resimțit în cazul apropierii, dependenței de ceilalți). Primii 18 itemi compun subscala de anxietate trăită în relații de atașament („attachment related anxiety”), iar itemii cuprinși între 19 și 36 compun subscala evitării produse în relații de atașament

(„attachment related avoidance”). Modalitatea de răspuns este: 1 – dezacord puternic, 2 – dezacord moderat, 3 – dezacord slab, 4 – nici acord, nici dezacord, 5 – acord slab, 6 – acord moderat, 7 – acord puternic, iar pentru cotare se realizează media punctajelor obținute la cele două scale. Cifrele mari indică anxietate, respectiv evitare crescută, în timp ce cifrele mici anxietate, respectiv evitare reduse (Skolka, 2009).

ECR-R reprezintă un instrument care a fost derivat în urma analizei realizate pe baza teoriei răspunsului la itemi („Item Response Theory Analysis”), o analiză care are avantajul de a îmbunătăți precizia unei scale, facilitând evaluarea riguroasă nu numai în cazul persoanelor care dau răspunsuri situate la extreme, ci diferențiază și în cazul răspunsurilor oferite de persoane care se situează în zona răspunsurilor „normale”. ECR-R constituie o scală cu proprietăți psihometrice bune, cu multiple avantaje, care, în opinia autorilor poate fi încă îmbunătățită în viitor (Skolka, 2009).

Scalele pentru evaluarea competențelor sociale și emoționale la preșcolari.

Primul instrument (SCS) evaluează competențele sociale din perspectiva a trei dimensiuni: complianța la reguli, relaționare socială și comportament prosocial. Cel de-al doilea instrument (SCE) evaluează competențele emoționale din perspectiva a trei dimensiuni: înțelegerea emoțiilor, exprimarea emoțiilor și autoreglare emoțională. Scalele au fiecare câte două variante, una pentru părinți și alta pentru educatori, itemii variantelor fiind diferiți. La fiecare item, răspunsul se dă pe o scală de la 1 la 5, unde 1 înseamnă „aproape niciodată”, iar 5 înseamnă „aproape întotdeauna”. Respondentul trebuie să încercuiască un singur răspuns la fiecare item, în funcție de frecvența comportamentului observat la copil. Numărul de itemi incluși în fiecare variantă nu este același. Cotarea se realizează prin însumarea scorurilor de la itemii scalei. Scorurile pot varia la fiecare scală între un scor minim și unul maxim. De exemplu, scala pentru evaluarea competențelor emoționale: părinți – 14/70, iar educatori – 13/65. Iar scala pentru evaluarea competențelor sociale: părinți – 12/60; educatori – 15/75 (Miclea, Bălaj, Porumb, 2010).

Fidelitatea scalelor de evaluare a competențelor sociale și emoționale, vârsta 4–5 ani este exprimată pe baza consistenței interne a testului. Aceasta a fost măsurată prin α Cronbach, iar valorile obținute sunt: 0,85 (SCE-P); 0,88 (SCE-E); 0,85 (SCS-P); respectiv 0,91 (SCS-E). De asemenea, fidelitatea acestor scale este indicată și de valoarea corelațiilor Pearson dintre test-retest: $r = 0,54$ (SCE) și $r = 0,49$ (SCS) (semnificativă la $p \leq 0,05$); precum și de valorile obținute în urma testului t pentru eșantioane perechi, astfel: SCE – t (38) = 0,81 la $p = 0,42$; iar SCS – t (29) = 0,02 la $p = 0,97$. Ceea ce înseamnă că valoare lui t nu este semnificativă la $p \leq 0,05$, adică rezultatele evaluării repetate sunt stabile în timp. Există corelații semnificative între evaluatori, valorile fiind 0,36 – SCE-E corelat cu SCE-P; respectiv 0,32 – SCS-E corelat cu SCS-P (Miclea, Bălaj, Porumb, 2010).

Etica cercetării

Prezentul studiu respectă principiile eticii cercetării, asigură confidențialitatea datelor culese, anonimatul participanților și al instituțiilor în cadrul cărora s-a luat contact cu aceștia. Instrumentele utilizate și procedura de lucru sunt non-invasive și nu determină situații stresante sau frustrante pentru participanți. În ceea ce privește interpretarea rezultatelor, aceasta s-a efectuat cu atenție pentru a preveni orice formă de stigmatizare și discriminare.

Activități pentru dezvoltarea competențelor emoționale și sociale

Activitățile din cadrul programului de intervenție au fost preluate și adaptate din Ștefan și Kállay (2010).

Activitatea nr. 1: DOUĂ CUTII CU EMOȚII

Competența specifică acestei activități este conștientizarea, exprimarea și etichetarea corectă a emoțiilor; iar obiectivele urmărite sunt: să identifice emoțiile trăite; să asocieze o etichetă verbală expresiei emoționale din desen; să asocieze trăirile emoționale cu un anumit context. Materiale necesare: două cutii, cartonașe cu emoții (bucurie, furie, tristețe, teamă).

Procedura de lucru: Se așează într-o cutie toate cartonașele cu emoții pozitive, iar în cea de-a doua pe cele cu emoții negative. Se solicită fiecărui copil să scoată din ambele cutii câte un cartonaș, astfel încât acesta să țină în mână un cartonaș cu o emoție pozitivă (bucurie) și un cartonaș cu o emoție negativă (furie, tristețe sau teamă). Se identifică de către copil, denumirile emoțiilor de pe cartonașe și se numesc. Se solicită copilului să se gândească la o situație în care a simțit bucurie, respectiv o situație în care a simțit tristețe, teamă sau furie.

Durata: 15–20 minute.

Activitatea nr. 2: ÎN CĂUTAREA EMOȚIILOR

Competența specifică a acestei activități este recunoașterea și etichetarea emoțiilor proprii și ale celorlalți; iar obiectivele urmărite sunt: să eticheteze reacțiile emoționale proprii și ale celorlalți; să indice reacțiile emoționale ale celorlalți; să identifice reacțiile emoționale diferite ale celorlalți pentru același context. Materiale: harta emoțiilor, poveste, imagini din poveste (Puf Alb și Puf Gri).

Procedura de lucru: Se citește copiilor o poveste (în cazul de față, povestea „Cei doi iepurași: Puf Alb și Puf Gri”). Se prezintă imagini cu fragmente din poveste. Se constituie două echipe, pentru următoarele sarcini: prima grupă va identifica reacțiile emoționale ale personajelor (ex. Cum s-a simțit Puf Alb când a fost pedepsit în locul fratelui său?), iar cea de-a doua grupă va mima emoțiile identificate de prima grupă și le vor indica la „harta emoțiilor”. Se stabilește, împreună cu copiii, dacă Puf Gri a avut o reacție emoțională diferită față de cea a fratelui său, Puf Alb, în

momentul în care a aflat că el va merge la bălci, iar Puf Alb va rămâne acasă. Se solicită copiilor să numească reacțiile lor emoționale în situația respectivă (ex. Cum te-ai simți tu în locul lui Puf Alb/ Puf Gri?).

Durată: 15–20 minute.

Activitatea nr. 3: SCHIMBĂ FINALUL

Competențele specifice ale acestei activități sunt identificarea consecințelor emoțiilor, recunoașterea emoțiilor și etichetarea corectă a emoțiilor; iar obiectivele urmărite sunt: să identifice reacțiile emoționale din contextele descrise; să identifice consecințele reacțiilor emoționale. Materiale necesare: o păpușă de mână: Riciu-Piciu-Păcăliciu; scenarii.

Procedura de lucru: Se prezintă personajul Riciu-Piciu-Păcăliciu. Se redau pe rând situațiile descrise în scenarii. Se identifică împreună cu copiii emoțiile personajelor. Se solicită copiilor să identifice posibilele cauze ale reacțiilor emoționale (ex. De ce credeți că s-a simțit ...?). Se solicită copiilor să anticipeze cum se va comporta personajul respectiv și să se gândească la posibilele consecințe ale comportamentului acestuia (ex. Ce credeți că va face Riciu-Piciu-Păcăliciu? Ce s-ar putea întâmpla după aceea?). Durată: 10–15 minute.

Scenarii: Lui Riciu-Piciu-Păcăliciu i se întâmplă tot felul de lucruri neașteptate. El are nevoie de ajutorul vostru pentru a afla cum să se descurce: (1) Riciu-Piciu-Păcăliciu a ajuns la grădiniță. S-a tuns. Cel mai bun prieten al său a râs de el. Cum credeți că s-a simțit Riciu-Piciu-Păcăliciu? De ce a râs de el cel mai bun prieten al său? Ce credeți că se va întâmpla după aceea? (2) Este ora 11 și Riciu-Piciu-Păcăliciu merge la masă cu colegii lui. Acolo își dă seama că nu mai este loc pe băncuță ca să stea lângă prietenii lui. Cum credeți că s-a simțit Riciu-Piciu-Păcăliciu? Ce credeți că se va întâmpla după aceea? (3) Riciu-Piciu-Păcăliciu nu este atent și varsă, din greșeală, paharul cu apă pe unul dintre colegii lui. Doamna educatoare îl cheamă pentru că vrea să vorbească cu ea. Cum credeți că s-a simțit Riciu-Piciu-Păcăliciu? De ce vrea să vorbească dna educatoare cu el? Ce credeți că îi va spune dna educatoare lui Riciu-Piciu-Păcăliciu? (4) Riciu-Piciu-Păcăliciu îi spune dnei educatoare că o să șteargă apa de pe jos, iar apoi merge și își cere iertare de la colegul lui: „Îmi pare rău că am vărsat apă pe tine. Nu am vrut.” Cum credeți că s-a simțit Riciu-Piciu-Păcăliciu? De ce își cere scuze de la colegul său? Cum credeți că s-a simțit colegul lui atunci când Riciu-Piciu-Păcăliciu și-a cerut scuze? Ce credeți că va face colegul lui după ce Riciu-Piciu-Păcăliciu și-a cerut scuze?

Activitatea nr. 4: POVESTEA BROSCUȚEI ȚESTOASE

Competențele specifice ale acestei activități sunt reglarea emoțională și recunoașterea emoțiilor; iar obiectivele urmărite sunt: să coloreze personajul Broscuței Țestoase; să eticheteze corect reacțiile emoționale ale personajelor; să indice reacțiile

emoționale adecvate, respectiv inadecvate. Materiale necesare: fișă de desen, povestea broscuței țestoase, fișă cu etapele tehnicii „broscuței țestoase”, creioane colorate.

Procedura de lucru: Etapa I: Se impart copiilor fișele și creioanele colorate. Se prezintă fișă cu Broscuța Țestoasă și se discută despre modul în care aceasta se ascunde în carapace pentru a se apăra. (ex. Cine știe ce animal este acesta? Unde ați văzut astfel de animale? etc.). Se solicită copiilor să coloreze broscuța.

Etapa a II-a: Se citește copiilor povestea Broscuței Țestoase. Pe parcursul poveștii, se identifică împreună cu copiii, reacțiile emoționale ale personajelor. (ex. Cum s-a simțit ... atunci când ...?). Se solicită copiilor să indice personajul care a reacționat potrivit (într-un mod adecvat) (ex. Cine credeți că a avut un comportament potrivit?). La final, se exersează, împreună cu copii, tehnica „broscuței țestoase” și se arată imagini cu modul în care țestoasa reușește să facă față furiei.

Durata: 15–20 minute.

Activitatea nr. 5: SUPER-BROSCUȚE

Competențele specifice ale acestei activități sunt reglarea emoțională și recunoașterea emoțiilor; iar obiectivele urmărite sunt: să indice etapele „tehnicii broscuței” cu ajutorul fișei; să eticheteze corect reacțiile emoționale ale personajelor; să identifice reacțiile emoționale adecvate, respectiv inadecvate. Materiale necesare: fișă cu etapele tehnicii „Broscuței Țestoase”, scenariu, diplomă.

Procedura de lucru: Etapa I: Se reamintesc, împreună cu copiii, etapele tehnicii „broscuței țestoase”, cu ajutorul fișei. Se repetă fiecare etapă, împreună cu copiii.

Etapa II: Se descrie una dintre situațiile de mai jos și se solicită copiilor să spună ce ar face broscuța țestoasă. Pentru fiecare scenariu, se solicită unei perechi de copii să le demonstreze celorlalți copii cum procedează broscuța. La final, se acordă diplomele de „Super-Broscuțe”.

Situații: (1) Unul dintre copii râde de tine pentru că nu reușești să construiești turnul așa cum ți-ai dorit. (2) Te joci împreună cu un coleg. El nu vrea să împartă jucăria cu tine. (3) Un coleg te împinge. Cazi și te lovești. (4) Te joci împreună cu prietenul tău, dar el nu vrea să se joace nimic din ce vrei și tu. (5) Tatăl tău îți interzice să mergi cu ceilalți copii la joacă pentru că nu ți-ai adunat jucăriile după ce te-ai jucat. (6) Îți pierzi jucăria preferată. (7) Colegul tău ți-a mâzgălit cartea preferată. (8) Mama îți interzice să te uiți la desene animate pentru că este târziu și ora de culcare a trecut deja.

Durata: 10–15 minute.

Activitatea nr. 6: REGULILE LUI RICIU-PICIU-PĂCĂLICIU

Competența specifică a acestei activități este respectarea regulilor; iar obiectivele urmărite sunt: să identifice regulile grupei cu ajutorul imaginilor; să exerseze comportamentele aferente regulilor. Materiale necesare: poster cu reguli, scenariu pentru exersarea regulilor.

Procedura de lucru: Se prezintă copiilor posterul cu reguli și se reactualizează, împreună cu aceștia conținutul regulilor. Se încurajează copiii să identifice regulile pornind de la imaginile date. Se trece la etapa a II-a, în care se exersează regulile cu ajutorul personajului Riciu-Piciu-Păcăliciu. Se modelează învățarea regulilor prin jocul de rol pe baza scenariilor de mai jos. Regulile se vor repeta și în condiții diferite pentru a facilita reținerea acestora.

Scenarii pentru exersarea regulilor: (1) Regula: „Salutăm când venim și când plecăm!” – Riciu-Piciu-Păcăliciu vă aduce aminte că e frumos să salutăm dimineața când venim la grădi, dar și la plecare, după-masa când vin părinții după noi. Ne imaginăm că e dimineață și venim la grădi. Se solicită unui copil să intre în grupă. „..., te rog să intri în sala de grupă, așa cum faci dimineața când vii cu mami. Nu uita, regula e să saluți copiii și dna educatoare!” (2) Regula: „Facem rândul unul după altul și mergem ordonat!” – Riciu-Piciu-Păcăliciu le spune că e ora mesei: „Faceți rândul copii! Unul după altul în rând ne-așezăm, mergem toți la baie, pe mâini ne spălăm!” Riciu-Piciu-Păcăliciu le amintește că un rând ordonat e acela în care copiii stau unul după celălalt, fără să se îmbrânceană, și merg frumos fără să alerge. (3) Regula: „Adunăm jucăriile!” – Riciu-Piciu-Păcăliciu observă că în sală sunt jucării împrăștiate și le amintește copiilor regula: „După ce ne jucăm, așezăm jucăriile în cutiile lor, pe rafturi, fiecare la locurile lor!” Durata: 10–15 minute.

Activitatea nr. 7: LA FEL ȘI DIFERIT

Competența specifică a acestei activități este rezolvarea de probleme, iar obiectivele urmărite sunt: să identifice asemănări și deosebiri ale personajelor; să observe că în aceeași situație pot exista puncte de vedere diferite; să achiziționeze limbajul necesar rezolvării de probleme. Materiale necesare: scenariul, doi pitici din pluș.

Procedura de lucru: Se prezintă cei doi pitici: Doc și Domey. Se utilizează personajele pentru a interpreta următorul scenariu: Doc și Domey sunt pitici. Priviți-i și gândiți-vă dacă mai seamănă și prin altceva? Doc și Domey au nasul rotund. Ce altceva mai seamănă la Doc și Domey? Doc și Domey au cizmulițe maronii. Se așteaptă răspunsurile copiilor și se numesc cât mai mulți copii pentru a da răspunsuri. Se poate interveni cu exemple. Se identifică cât mai multe asemănări între cele două personaje. Să privim acum, cu și mai multă atenție. Doc și Domey sunt diferiți! Cum putem să-i deosebim? Cine este mai bătrân, Doc sau Domey? Doc este mai bătrân decât Domey, ia priviți ce barbă albă are! Prin ce altceva sunt diferiți? Domey are ochelari? Dar Doc? Domey nu are ochelari, însă Doc are! Se așteaptă răspunsurile copiilor și se numesc cât mai mulți copii la răspuns. Jocul se continuă până la epuizarea asemănarilor și deosebirilor. Se utilizează în context cotidiene de la grupă pentru a obișnui copiii cu utilizarea acestor cuvinte.

Durata: 10 minute.

Activitatea nr. 8: ACUM SAU MAI TÂRZIU?

Competențele specifice ale acestei activități sun rezolvarea de probleme și toleranța la frustrare, iar obiectivele urmărite sunt: să identifice momentul potrivit pentru rezolvarea unei probleme; să aștepte într-o situație dată; să indice posibile soluții la probleme. Materiale necesare: scenete, ilustrații, doi pitici din pluș.

Procedura de lucru: Se interpretează sceneta cu ajutorul piticilor Doc și Domey după scenariile de mai jos. Se identifică, împreună cu copiii, momentele potrivite sau nepotrivite pentru a manifesta anumite comportamente. Se prezintă copiilor ilustrații care surprind diferite momente și se stabilește împreună cu copiii în ce măsură acela este sau nu un moment potrivit pentru a rezolva problema. Se identifică posibile soluții pentru aceste situații. Se poate interveni cu exemple, dacă este nevoie. Se va pune accent pe identificarea a cât mai multe soluții, fără a critica copilul pentru răspunsurile oferite.

Scenarii: (1) Doc și Domey desenează. Domey: Acum ne putem juca? Doc: Nu, acum desenăm. Ne putem juca mai târziu. (2) Doc și Domey se joacă cu cifrele. Doc: Acum putem să mâncăm? Domey: Nu, acum ne jucăm cu cifrele. Mâncăm mai târziu. (3) Albă-ca-Zăpada citește o poveste. Domey: Pot să îți spun ceva acum? Doc: Vorbim mai târziu! Acum facem liniște să ascultăm povestea.

Ilustrații: (1) Doamna educatoare vorbește cu o mămică. Este un moment potrivit să o întrerupi acum? Ce ai putea face? (2) Unul dintre colegi îți povestește despre jucăria pe care a primit-o ieri de la bunicul său. Ceilalți colegi pot să vorbească acum cu tine? Ce ar putea face? (3) Un copil plânge, iar dna educatoare îl liniștește. Este un moment potrivit să o rugați să vă citească o poveste acum? Ce ați putea face? (4) Unul dintre colegi s-a lovit la un picior. Este un moment potrivit să îl chemați acum să se joace cu voi? Ce ați putea face?

Durata: 10–15 minute.

Activitatea nr. 9: EU ȘI PRIETENUL MEU

Competențele specifice ale acestei activități sunt cooperarea în joc și comportamentele prosociale, iar obiectivele urmărite sunt: să identifice modalități de a se juca împreună; să exerseze abilități de cooperare în joc; să indice la ceilalți comportamentele prietenoase.

Procedura de lucru: Se citește copiilor povestea. Pe parcurs, se identifică comportamentele prietenoase sau neprietenoase ale personajelor din poveste. Se discută împreună cu copiii despre cum se comportă prietenii (ex. Cum vă jucați voi cu prietenii voștri?). Se solicită copiilor să demonstreze prin joc de rol anumite comportamente. Se realizează jocul de rol pentru a oferi soluții în cazul în care este nevoie. Se pune accentul pe comportamente cum ar fi: oferirea ajutorului, cererea ajutorului, împărțirea jucăriilor, așteptarea rândului, etc. Durata: 15–20 minute.

Activitatea nr. 10: VREAU SĂ FIM PRIETENI

Competențele specifice ale acestei activități sunt cooperarea în joc și inițierea interacțiunilor cu ceilalți copii, iar obiectivele urmărite sunt: să achiziționeze strategii de implicare în joc; să exerseze strategiile de relaționare. Materiale necesare: scenarii, două broscuțe țestoase din pluș/plastic (Tobias și Turtle).

Procedura de lucru: Se interpretează scenariile cu ajutorul păpușilor Tobias și Turtle. Se solicită unuia dintre copiii din grupă să demonstreze prin jocul de rol modul în care ar putea să inițieze un joc cu ceilalți. Se urmărește ca fiecare copil din grupă să exerseze aceste abilități pe baza unuia dintre scenariile propuse. Se oferă recompense pentru efortul de a exersa strategiile de implicare în joc.

Scenarii:

1. a) Tobias se uită la Turtle care se joacă cu mașinuțele. Tobias: Pot să mă joc și eu cu tine? (arată faptul că vrea să se joace împreună); Turtle: Da. / b) Tobias se uită la Turtle care se joacă cu mașinuțele. Tobias îi întinde lui Turtle o jucărie. (oferă o jucărie pentru a iniția interacțiunea). Tobias: Vrei să ne jucăm împreună?; Turtle: Da, haide!

2. a) Tobias ar vrea să se joace și el cu mașinuțele lui Turtle. Tobias: Îmi dai te rog jucăria ta? Turtle: Și eu vreau să mă joc cu ea. Tobias: Uite îți dau în schimb robotul meu. (oferă în schimb o altă jucărie). Turtle: Ouuuuu, ce interesant e! Hai să facem schimb! / b) Tobias ar vrea să se joace și el cu mașinuțele lui Turtle. Tobias: Îmi dai, te rog, jucăria ta? Turtle: Vreau să mă joc mai întâi eu cu ea. Tobias: Atunci ne jucăm pe rând. Mai întâi tu, apoi eu. (își așteaptă rândul).

3. Turtle nu știe cum să construiască portavionul. Se gândește cine l-ar putea ajuta. Turtle: Tobias, mă ajuti să construiesc portavionul? (cere ajutor). Tobias: Da, te ajut! Uite, îmbină cuburile așa. Turtle: Să-ți dau o piesă gri sau una neagră? (oferă ajutor). Tobias: Dă-mi una gri și caută niște avioane. Turtle: Mai avem nevoie și de un elicopter.

Durata: 15–20 minute.

Rezultate obținute

În urma aplicării chestionarelor pentru determinarea stilului de atașament, s-au obținut următoarele rezultate: 46% dintre părinți au un stil de atașament securizant; 27% dintre ei au un stil de atașament preocupat; 20% manifestă un stil de atașament evitant și doar 7% un stil de atașament temător.

Distribuția celor două dimensiuni ale atașamentului, rezultată din interpretarea inventarului experiențierii relațiilor apropiate este următoarea: dimensiunea anxietății ridicate se întâlnește la 47% dintre părinții participanți, iar dimensiunea evitării ridicate la 53%.

Pentru a testa ipoteza de lucru conform căreia nivelul anxietății și evitării în relațiile apropiate ale părintelui sunt semnificativ asociate cu nivelul dezvoltării competențelor socio-emoționale ale copilului preșcolar de 4–5 ani, am corelat valorile obținute de părinți pentru fiecare subscală (anxietate, respectiv evitare) cu scorurile obținute de copii la evaluarea competențelor sociale și emoționale (evaluarea inițială, respectiv realizată de către părinți).

Pragul de semnificație obținut la corelația dintre scorurile obținute la evaluarea inițială (de către educator) a competențelor emoționale și valorile pentru anxietate este 0,769, ceea ce înseamnă că ipoteza nu se confirmă, nivelul de anxietate al părintelui nu a fost semnificativ asociat cu nivelul dezvoltării competențelor emoționale. În cazul corelării cu valorile pentru evitare, pragul de semnificație este 0,706, ceea ce înseamnă că nivelul de evitare al părintelui nu a fost semnificativ asociat cu nivelul dezvoltării competențelor emoționale.

Pentru competențele sociale, (evaluare inițială, de către educator) s-a obținut pragul de semnificație 0,445 în asocierea cu valorile pentru anxietate, respectiv 0,990 pentru evitare. Se observă că asocierea valorilor obținute de părinți, atât pentru anxietate, cât și pentru evitare, cu scorurile obținute la evaluarea competențelor sociale ale copilului nu este semnificativă. Nivelul anxietății, respectiv al evitării în relațiile apropiate ale părintelui nu a fost asociat cu nivelul dezvoltării competențelor sociale ale copilului de 4–5 ani.

În urma evaluării de către părinți a competențelor socio-emoționale ale copiilor am corelat, inițial, valorile obținute de părinți la dimensiunile relației de atașament pentru anxietate, respectiv evitare cu scorurile obținute de copii la evaluarea competențelor emoționale. S-a obținut un prag de semnificație de 0,560, iar pentru evitare 0,949. În ambele cazuri, nivelul anxietății, respectiv al evitării în relațiile apropiate ale părinților nu a fost asociat în mod semnificativ cu nivelul dezvoltării competențelor emoționale ale copiilor de 4–5 ani. Ulterior, s-au calculat corelațiile valorilor obținute de părinți la dimensiunile relației de atașament pentru anxietate, respectiv evitare cu scorurile obținute de copii la evaluarea competențelor sociale și s-a obținut pragul de semnificație pentru asocierea nivelului anxietății cu scorurile de la evaluarea competențelor sociale ale copiilor de 0,055. Această valoare se apropie de o asociere semnificativă ($p = 0,05$), însă din cauza faptului că lotul de participanți este mic, se obține doar o corelație pozitivă moderată. În ceea ce privește nivelul evitării, ipoteza nu se confirmă, pragul de semnificație fiind 0,424. Se demonstrează, așadar că nivelul evitării în relațiile apropiate ale părintelui nu pot fi semnificativ asociate cu nivelul competențelor sociale, însă nivelul anxietății în relațiile apropiate ale părintelui sunt moderat asociate cu nivelul dezvoltării competențelor sociale ale copilului de 4–5 ani.

Pentru a verifica dacă stilurile de atașament ale adulților pot fi semnificativ asociate cu dezvoltarea competențelor socio-emoționale ale copiilor, s-a calculat diferența

mediane obținute de copii la evaluarea inițială a competențelor sociale și emoționale, realizată de educator, respectiv de părinți, în funcție de stilurile de atașament ale părinților. S-au evidențiat diferențe între evaluările competențelor socio-emoționale realizate de educator și părinți, tendința generală a părinților fiind aceea de a oferi o evaluare peste nivelul evaluat de educatoare.

În cazul copiilor ai căror părinți au un stil de atașament preocupat, diferența dintre mediana pentru evaluarea inițială a competențelor emoționale de către educatoare (pretest) și cea pentru evaluarea de către părinte este 12,5. Această diferență scade în cazul competențelor sociale, unde mediana valorilor obținute la evaluarea inițială realizată de către educator este 51, iar cea pentru evaluarea de către părinți 58. Părinții cu un stil de atașament temător și-au evaluat copilul, atât social cât și emoțional mai puțin obiectiv față de evaluarea inițială a educatorului, diferențele între mediane fiind de 13 pentru competențele emoționale, respectiv 10 pentru cele sociale. Diferențele sunt la fel de mari și în cazul stilului de atașament evitant: 14, respectiv 5. Se constată că în cazul stilului de atașament securizant, mediana scorurilor obținute la evaluarea competențelor sociale de către părinți este foarte apropiată de cea obținută la evaluarea de către educator: 55, respectiv 53. Acest fapt demonstrează, că părinții cu un stil de atașament securizant își evaluează mai obiectiv copiii, spre deosebire de cei cu un stil de atașament insecurizant.

Pentru a stabili dacă programul de intervenție și-a atins obiectivele și pentru a sesiza diferențele dintre evaluarea competențelor socio-emoționale de la început și cea de la finele programului s-a utilizat testul Wilcoxon. S-a obținut o diferență semnificativă între cele două evaluări, la un prag de semnificație de 0,001, deci ipoteza formulată a fost confirmată. Evaluarea realizată la finalul programului de intervenție relevă scoruri mai ridicate. Acest fapt subliniază existența unor diferențe semnificative între nivelul dezvoltării competențelor socio-emoționale înaintea implementării programului și nivelul dezvoltării competențelor socio-emoționale după desfășurarea activităților.

Discuții

Demersul metodologic implementat evidențiază un procent ridicat pentru stilul de atașament securizant în rândul părinților copiilor preșcolari din studiul de față, rezultat care este în conformitate cu ceea ce arată literatura de specialitate, dar și o distribuție aproape egală a dimensiunilor relațiilor apropiate de atașament, anxietate și evitare.

Se constată o tendință de supraestimare în evaluarea copiilor de către părinți, ceea ce conduce la diferențe semnificative între rezultatele obținute la evaluarea competențelor socio-emoționale de către educator și cea realizată de către părinți.

S-a demonstrat că ipoteza de lucru conform căreia nivelul anxietății și evitării în relațiile apropiate ale părintelui sunt semnificativ asociate cu nivelul dezvoltării competențelor socio-emoționale ale copilului de 4–5 ani nu se confirmă. În schimb, un prag de semnificație apropiat de semnificația statistică a putut fi constatat în urma corelării nivelului de anxietate al părintelui cu nivelul dezvoltării competențelor sociale, evaluate de părinte. Acest din urmă fapt demonstrează manifestarea crescută a anxietății în relațiile apropiate poate influența dezvoltarea competențelor sociale ale copilului.

Corelația realizată între stilurile de atașament ale părinților și media scorurilor obținute la evaluările competențelor socio-emoționale de către copii a evidențiat diferențele dintre evaluarea părintelui și a educatorului, distinctiv, în funcție de atașament. După cum menționează și literatura de specialitate, există o tendință obiectivă în evaluare, în cazul părinților cu un stil de atașament securizant. Diferențe mari s-au înregistrat în cazul părintelui cu stil de atașament temător, în special, dar și în cazul părinților cu stil de atașament preocupat sau evitant, cu precădere la evaluarea competențelor emoționale.

Se pot observa diferențe semnificative între evaluarea inițială și evaluarea de la finele programului de intervenție a competențelor socio-emoționale. Programul de intervenție s-a dovedit a fi eficient în dezvoltarea de competențe precum: recunoașterea și etichetarea emoțiilor, identificarea consecințelor emoțiilor, reglarea emoțională, cooperarea în joc, inițierea interacțiunilor sociale, rezolvarea de probleme etc.

Concluziile finale ale cercetării subliniază un impact puțin semnificativ al stilului de atașament al părinților asupra competențelor socio-emoționale; însă demonstrează eficiența programului de intervenție pe dezvoltarea competențelor socio-emoționale.

Limite și direcții viitoare de cercetare

Limitele acestei cercetări pot fi concretizate în disponibilitatea redusă a tăticilor pentru completarea chestionarelor și/sau participarea la studiu, și numărul mic de participanți.

Considerăm că un studiu asemănător pentru un număr mai mare de participanți ar oferi rezultate mai semnificative și posibilitatea generalizării acestora. De asemenea, ar putea fi sondată legătura dintre stilul de atașament al părintelui și cel al copilului, și corelată ulterior cu competențele socio-emoționale ale copilului. Aplicabilitatea unui demers de acest tip pentru situația diadelor părinte – copil cu diferite dizabilități ar fi o altă posibilă direcție de cercetare. Studiul eficacității unui plan de intervenție pentru părinți în vederea îmbunătățirii relațiilor cu ceilalți, dar și în vederea însușirii și utilizării unor tehnici, metode de dezvoltare a competențelor socio-emoționale a copiilor lor, ar putea lua forma unei viitoare cercetări.

Bibliografie

- Bowlby, J. (2011), *O bază de siguranță. Aplicații clinice a teoriei atașamentului*, ed. TREI, București;
- Costea-Bărluțiu, C., (2010) *Implicații ale relației de atașament asupra dezvoltării și psihopatologiei în copilăria timpurie și la vârsta adultă*, manuscris nepublicat al tezei de doctorat, Univ. Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca;
- Denham, A.,S., Blair, A.K., DeMulder, E., Levitas, J., Sawyer, K., Auerbach-Major, S., Queenan, P., (2003) *Preschool emotional competence: pathway to social competence?*, Child Development, Volume 74, Number 1, p 238–256;
- Denham, A.,S., (2005) *Assesing socio-emotional development in children from a longitudinal perspective for the national children's study*, George Mason University;
- Dima, G. (2008), *Atașamentul și riscul asupra dezvoltării copilului și viitorului adult*, în Tatu C. (coord.), *Orientări moderne în psihologie și științele educației*, Psihomendia, Sibiu;
- Goleman, D., (2008) *Inteligența emoțională*, ed. Curtea Veche, București;
- Ionescu, T. (coord.) (2010), *Preșcolarul – dezvoltare socio-emoțională*, Laboratorul de Psihologia Dezvoltării, Universității Babeș-Bolyai, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Catedra de Psihologie, Cluj-Napoca [http://www.devpsychology.ro/wp-content/uploads/01_Prescolari-dezvoltare-socio-emotionala.pdf];
- Miclea, M., Bălaj, A., Porumb, D., (2010) *Ped-a: platformă de evaluare a dezvoltării 3–6/7 ani*, Ed. ASCR, Cluj-Napoca;
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., (2007) *Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics, and Change*, The Guilford Press New York, London;
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., (2009). *Attachment theory: II. Developmental, psychodynamic and optimal-functioning aspects*, The Cambridge Handbook of Personality Psychology, 247–262, Cambridge University Press;
- Mikulincer, M., Shaver, P., (2005) *Attachment theory and emotions in close relationships: Exploring the attachment-related dynamics of emotional reactions to relational events*, Bar-Ilan University and University of California, p 149–168;
- Petrovai, D., Preda, V., Petrica, S. (2012) *Pentru un copil sanatos emotional si social: ghid practic pentru educatorul care construiește încredere*, ed. V&I Integral, București;
- Sănduleac, I., (2010), *Aspecte privind simptomatologia clinică a copiilor preșcolari care au suferit o formă de abuz. Aplicații ale unui program de creștere a competențelor socio-emoționale*, manuscris nepublicat al tezei de doctorat, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca;
- Schaffer, H. R. (2010), *Introducere în psihologia copilului*, ed. ASCR, Cluj-Napoca;
- Skolka, E., (2009) *Atitudini față de moarte și asistență psihologică în faza terminală*, manuscris nepublicat al tezei de doctorat, Univ. Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca;
- Ștefan, C.A., Kállay, E. (2010), *Dezvoltarea competențelor emoționale și sociale la preșcolari. Ghid practic pentru educatori*. Ed. ASCR, Cluj-Napoca;
- Ștefan, C.A., Kállay, E. (2010), *Dezvoltarea competențelor emoționale și sociale la preșcolari. Ghid practic pentru părinți*. Ed. ASCR, Cluj-Napoca;
- Wallin, J.D., (2010), *Atașamentul în psihoterapie*, Ed. Trei, București. [<http://psychology.about.com/od/aindex/g/attachment.htm>].

Dezvoltarea teoriei minții, în relație cu nivelul competențelor socio-emoționale la preșcolarii cu hiperactivitate și probleme de comportament

*Paul Monica**

ABSTRACT

The development of theory of mind, in association with the level of social and emotional competencies in preschoolers with hyperactivity and behavioral disturbances. The purpose of the current paper is to investigate the relationship between the level of social-emotional competencies and theory of mind in preschoolers with hyperactivity and behavioral disturbances, as they manifest during play activities. We are discussing this relationship in the case of a preschool child identified by educators as manifesting behavioral disturbances and hyperactivity during activities and we are trying to emphasize the importance of both social-emotional competencies and theory of mind in the development of preschool children at risk for externalizing behaviors.

Keywords: social and emotional competencies, theory of mind, preschoolers, externalizing behaviors

Introducere

Abilitatea indivizilor de adaptare la propriile emoții și la emoțiile celorlalți indică o dezvoltare adecvată a competențelor emoționale. În privința competențelor sociale, dezvoltarea adecvată este indicată de formarea unor relații sociale funcționale cu cei din jur, copii sau adulți. O dezvoltare inadecvată a acestor competențe atrage după sine probleme atât în timpul copilăriei, cât și mai târziu, în adolescență și în etapa vieții adulte. Problemele care pot apărea vizează dezvoltarea cognitivă, sănătatea mentală, trecerea de la o etapă de dezvoltare la alta. La preșcolari, de cele mai multe ori competențele emoționale slab dezvoltate pot determina atitudini negative față de școală și lipsa încrederii în abilitățile de rezolvare a sarcinilor școlare (Ștefan și Kallay, 2010, p. 13). Competențele emoționale sunt în strânsă legătură cu cele sociale, întrucât gestionarea emoțiilor proprii și înțelegerea emoțiilor celorlalți are un rol semnificativ în inițierea și menținerea relațiilor sociale, cu precădere în perioada preșcolară. În

* Profesor Psihopedagog – Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă, Satu Mare; absolvent Master Management, Consiliere și Asistență Psihopedagogică, Psihopedagogie Specială, Cluj-Napoca.

această etapă, relaționarea interpersonală depinde de abilitățile copilului și de modul în care reacționează la propriile emoții și la emoțiile celor din jur.

Tot în această perioadă are loc achiziția și dezvoltarea conceptului de teorie a minții (*Theory of mind*). Acesta reprezintă abilitatea de a atribui stări mentale – credințe, intenții, emoții, dorințe, cunoștințe, propriei persoane, dar și celorlalți, și de a internaliza faptul că ceilalți pot avea emoții sau gânduri altele decât cele proprii. Această capacitate oferă posibilitatea de a face predicții asupra viitoarelor comportamente ale celorlalți. Apariția și dezvoltarea acestei abilități constituie unul din aspectele importante ale dezvoltării sociale, influențând la rândul ei dezvoltarea competențelor emoționale și sociale ale copiilor. Dezvoltarea *Theory of mind* debutează în jurul vârstei de 3–4 ani, având o evoluție treptată. Absența decodării intențiilor și comportamentelor celorlalți generează eșec în experiențele sociale, sentimente de frustrare și inadaptare (Laranjo et al, 2010).

Dezvoltarea armonioasă la vârsta preșcolară poate fi periclitată de apariția unor tulburări, precum cele hiperchinetice sau comportamente de tip opozant, ambele fiind tulburări comportamentale de externalizare. Copiii care se confruntă cu astfel de tulburări întâmpină probleme de relaționare cu ceilalți, ajungându-se până la respingere din partea celor de aceeași vârstă. În urma lor apare frustrarea și probleme privind stima de sine. Fiind ignorate, toate dificultățile se intensifică în adolescență, ceea ce poate conduce la dezvoltarea comportamentelor agresiv-antisociale.

Dezvoltarea funcțională a competențelor socio-emoționale este pusă în legătură directă cu apariția și dezvoltarea ToM și totodată cu prezența sau absența tulburărilor hiperchinetice și a comportamentelor de tip opozant la preșcolari.

Vârsta preșcolară reprezintă o etapă semnificativă în dezvoltare, atât în cea fizică, cât și în cea psiho-socială, respectiv psiho-comportamentală. Modul în care se conturează în această etapă personalitatea copilului, va influența dezvoltarea nivelului de adaptare și integrarea acestuia în etapele următoare ale evoluției și dezvoltării lui. În această etapă, se dezvoltă gândirea, memoria, limbajul, competențele emoționale, competențele sociale, se conturează identitatea copilului și se dezvoltă conceptul de gen. Se observă un progres în autoreglare și autocontrol, se dezvoltă și se îmbunătățesc abilitățile de relaționare interpersonale.

În condițiile în care în dezvoltarea copilului apar anumite probleme sau disfuncții, de tipul tulburărilor hiperchinetice, comportamente de tip opozant, dezvoltare socio-emoțională deficitară, lipsa achiziției ToM, acesta va prezenta dificultăți în ceea ce privește dezvoltarea armonioasă, în adaptarea la condițiile sociale și de mediu, și de asemenea, va prezenta dificultăți de gestionare a problemelor și de relaționare cu ceilalți.

Tulburarea hiperchinetică și de tip opozant

La vârsta copilăriei cele mai des întâlnite tulburări de natură psihică sunt problemele comportamentale hiperchinetice și opozante. Acest tip de tulburări pot apărea izolat, dar și asociate. În ambele cazuri apar sub denumirea de tulburări comportamentale de externalizare. Frecvența și intensitatea sunt caracteristici care fac diferența între copiii hiperchinetici și cei fără astfel de tulburări, comportamentele manifestate de aceștia fiind specifice vârstei.

Principalele caracteristici ale tulburării hiperchinetice sunt: *deficitul atențional, impulsivitatea și hiperactivitatea* (Dopfner et al., 2006, p. 2).

Deficitul atențional se caracterizează prin faptul că sarcina dată fie nu este dusă la final, fie este finalizată foarte repede, mai ales în cadrul activităților care presupun efort intelectual. Acest lucru se observă și în cazul activităților impuse de alții, activități care sunt realizate superficial și într-un mod dezordonat și dezorganizat. Acești copii își pierd ușor interesul față de activitatea pe care o desfășoară, oscilând de la o activitate la alta (Dopfner et al., 2006, p. 2).

În ceea ce privește impulsivitatea, sunt identificate dificultăți în a aștepta, în a amâna nevoile. Nerăbdarea și acțiunile bruște sunt alte caracteristici ale impulsivității. Acești copii îi întrerup pe ceilalți, îi deranjează, le iau lucrurile, jucăriile. Prezintă un interes crescut față de activități cu un potențial de periculozitate crescut fără a realiza, însă, posibilele consecințe (Dopfner et al., 2006, p. 3).

Hiperactivitatea este o activitate motorie dezorganizată, neregulată și explozivă, o neliniște excesivă care apare mai ales în situațiile în care copilul trebuie să stea relativ liniștit (Dopfner et al., 2006, p. 3). În momentul în care sunt implicați în activități, copiii sunt foarte neliniștiți, agitați, ies din sarcină, aleargă, se cațără. Intensitatea cu care se manifestă aceste comportamente diferă în funcție de domeniul de viață, de perioada de timp în care copilul trebuie să depună efort intelectual, să fie concentrat în sarcină, și în funcție de stimulii din jur (Kilian et al., 2009).

O altă problemă este comportamentul opozant, care apare frecvent față de regulile stabilite de către adulți. Principala caracteristică a tulburărilor de tip opozant este comportamentul negativist, îndrăzneț și neascultător. Acesta apare în mod repetat și se manifestă în raport cu persoanele care reprezintă autoritate pentru copil. Copiii se înfurie ușor, se ceartă cu adulții, se opun indicațiilor sau regulilor, sunt ușor iritabili, reacționează impulsiv, dau vina pe alții pentru propriile greșeli. Acest model comportamental are o durată de cel puțin șase luni și apare mai frecvent comparativ cu alți copii de aceeași vârstă și cu același nivel de dezvoltare. Impulsivitatea crescută duce la explozii de furie, cea dintâi fiind asociată în plan afectiv cu o toleranță scăzută la frustrare. Acești copii întâmpină probleme de dezvoltare și de performanță școlară,

ajungând mai frecvent în situația de a repeta o clasă, de a avea note mai mici și performanțe mai scăzute la testele de limbaj, citire, ortografie și calcul. Tulburările emoționale reprezintă o altă problemă cu care aceștia se confruntă. Problema este cauzată de feedback-ul negativ, de respingerile repetate, de eșec în situații sociale și de performanța scăzută. Aceștia se caracterizează printr-o încredere scăzută în propriile capacități, nesiguranță în plan social, temeri și predispoziții depresive (Dopfner et al., 2006, p. 20).

Dezvoltarea socio-emoțională la vârsta preșcolară

După Schaffer (2010, p. 125), competența emoțională reprezintă o sintagmă utilizată pentru denumirea abilităților indivizilor de adaptare, atât la propriile emoții, cât și la emoțiile celorlalți.

Competența emoțională poate fi definită ca abilitatea de a conștientiza, înțelege emoțiile proprii și ale celorlalți și de a acționa ținând cont de acestea, astfel încât o persoană să poată negocia schimburi interpersonale și să-și gestioneze emoțiile (Saarni, 1990, cit. în Denham, 2004, după Miclea et al., 2010, p. 162). Fiind un construct complex, competența emoțională include o serie de abilități ce privesc raporturile interumane.

O serie de studii s-au focalizat pe legătura dintre competența emoțională și tulburările de externalizare, în special asupra comportamentului agresiv (Cole, Michel și Teti, 1994; Cole Zahn-Waxler, 1990; Dodge și Garber, 1991, cit. în Fantuzzo, 2005, după Miclea et al., 2010, p. 164). Astfel, copiii care prezintă comportamente disruptive sau care sunt considerați ca fiind agresivi, recunosc mai greu emoțiile și cauzele acestora. În literatura de specialitate s-a mai arătat faptul că exprimarea emoțiilor este diferită în funcție de gen, iar aceste diferențe variază în funcție de situația dată. Atunci când pierde la un joc, de exemplu, fetele manifestă emoția de tristețe pentru o perioadă mai lungă de timp decât băieții (Underwood et al., 1999).

Concluzionând, abilitatea de conștientizare a emoțiilor proprii cât și ale celorlalți reprezintă un reper important în achiziționarea tuturor celorlalte competențe. Deținând această abilitate, este facilitată transmiterea și interpretarea corectă a mesajelor cu conținut emoțional. Competențele emoționale influențează dezvoltarea competențelor sociale, fără de care nu s-ar putea iniția și menține relațiile cu ceilalți (Ștefan și Kallay, 2010, p. 25).

Competențele sociale reprezintă abilitatea de a încheia relații sociale funcționale cu cei din jur, copii sau adulți (Parke, 1994; Saarni, 1990 apud. Denham et al., 2003, p. 238). Aceste competențe sociale au rolul de a facilita interacțiunile corespunzătoare normelor culturale. După Ștefan și Kallay (2010) competențele sociale sunt manifestarea unor comportamente adecvate și acceptate din punct de vedere social, permițând

atingerea unor scopuri, respectând în același timp nevoile celorlalți și totodată vizând obținerea unor consecințe pozitive asupra persoanelor implicate.

Competențele sociale ale preșcolarilor sunt împărțite în două categorii, și anume: abilități interpersonale și abilități intrapersonale (Ștefan și Kallay, 2010, p. 27). Prin dezvoltarea acestor abilități se asigură o adaptare ulterioară a preșcolarului la mediul școlar și nu numai. S-a arătat că un nivel scăzut al abilităților sociale este asociat cu o performanță academică slabă, favorizând astfel apariția unor probleme de adaptare socială sau chiar probleme de psihopatologie (Coie și Dodge, 1983; Cowen et al., 1972; Parker și Asher, 1987, cit. în Gresham și Elliott, 1990, după Miclea et al., 2010, p. 187).

Teoria minții

Theory of mind reprezintă capacitatea de înțelegere a faptului că fiecare individ are o lume interioară, distinctă de cea a persoanei în cauză. Este capacitatea de a înțelege stări mentale, interpretând afirmațiile celor din jur și înțelegând comportamentul acestora, făcând apoi predicții asupra viitoarelor comportamente.

Având o astfel de teorie, copilul poate să explice acțiunile celor din jur prin atribuirea unor idei neobservabile, cum sunt dorințele sau credințele (Geurts et al., 2010). Această capacitate este una esențială în ce privește psihismul uman, oferind copilului posibilitatea și aptitudinile necesare de a sesiza intenționalitatea psihismului altei persoane: orientare, dorințe, intenții, opinii, convingeri.

La vârsta de 3–4 ani copiii consideră că nu se cunosc atât de bine precum îi cunoaște persoana semnificativă din viața lor. Tot acum au dificultăți în discriminarea emoțiilor reale de cele aparente și interpretării informației în moduri diferite în funcție de fiecare persoană (Harris și Gross, 1988, după Harbers et al., 2012).

Jocul și dezvoltarea acestuia

Schiopu definește jocul (în *Dicționar de psihologie*, 1997) ca fiind o activitate specifică și hotărâtoare pentru copil și dezvoltarea lui.

Dezvoltarea jocului și a abilităților necesare acestuia sunt în strânsă legătură cu abilitățile senzorio-motorii, dezvoltarea cognitivă, limbaj și comunicare (Bates, Benigni, Bretherton, Camaioni, & Volterra, 1977; Casby & Della Corte, 1987; Lifter & Bloom, 1998; McCune, 1995, după Casby, 2003 p. 175). De cele mai multe ori jocul și interacțiunea cu ceilalți sunt unicele modalități prin care se pot observa, la copii, posibile probleme în dezvoltare.

De-a lungul timpului s-au realizat mai multe clasificări ale jocului, în funcție de evoluția acestuia, de numărul de participanți, de abilitățile implicate și dezvoltate, de nivelul de dezvoltare, însă dintre toate tipurile de jocuri *pretended play* (jocul

de-a sau *jocul fantezie*) are o influență considerabilă în dezvoltarea ToM la copii. Leslie (1997, după Casby, 2003) sugerează că abilitatea de a se preface este parte a ToM, care apare mai repede decât conceptul de credințe false. Această relație dintre *pretended play* și ToM a fost luată în atenție și de alți cercetători. Jocul de rol, are și el o contribuție în dezvoltarea acestei abilități. La vârsta de 3–4 ani, copiii se angajează în jocurile de rol, colaborative, adoptând diverse roluri. Aceștia dezvoltă capacitatea de înțelegere a altora într-un context social, prin reprezentare și imaginație (Cohen, 2006).

Studiul de față își propune ca obiectiv general investigarea nivelului competențelor socio-emoționale și a teoriei minții la preșcolarii cu hiperactivitate și probleme de comportament, manifestate în cadrul jocului.

Metodologia cercetării

Tipul de cercetare selectat este cel calitativ, datorită avantajelor pe care acesta le oferă în colectarea datelor. Cercetarea calitativă prezintă următoarele caracteristici: are loc în mediul natural al participanților, apelează la metode interactive de colectare a informațiilor (analiza funcțională a comportamentelor), fenomenul este văzut holistic. Principalele avantaje ale cercetărilor de tip calitativ sunt: interacțiunea față în față cu participanții, datele se adună în mediul natural, analiza materialelor care nu se pretează la o analiză cantitativă, permite investigarea modului în care experiențele particulare influențează individul, explorează percepțiile participanților, facilitează cooperarea, oferind flexibilitate și posibilitatea obținerii unor cantități mari de date în timp scurt.

Participant

Participantul la studiu este de gen masculin (C.A.), cu vârsta de 5 ani și 7 luni. Acesta prezintă comportament agresiv și noncompliant la reguli atât în cazul jocului liber, cât și în activitățile organizate. Preferă să se joace în majoritatea timpului singur, de multe ori retragându-se din sarcina formală, pentru a desena sau a face altceva decât restul grupei.

Din fișa de evaluare psihologică reies câteva informații relevante pentru studiul de față. Astfel, comportamentul agresiv manifestat asupra altor copii apare atunci când aceștia încearcă să îi ia o jucărie sau când îi întrerup jocul. C. acceptă prezența celorlalți în jocul lui atunci când aceștia îi respectă regulile. C. nu are abilități de comunicare asertivă cu ceilalți copii. Prin dezobediență în cadrul activităților formale atrage atenția educatoarei asupra lui astfel încât de multe ori primește recompensă, când și-o dorește el, fără să fie nevoit să își aștepte rândul.

Instrumente și procedura de lucru

Instrumentele utilizate în cercetare sunt: Platforma de evaluare a dezvoltării – forma A (3–6/7 ani); testul „Sally-Anne”, privind înțelegerea credințelor false și analiza funcțională a comportamentului.

Platforma de evaluare a dezvoltării – forma A (3–6/7 ani) este un sistem de evaluare psihologică, având ca principiu de bază utilizarea mai multor metode și a mai multor surse de informație.

Conține 49 de scale/ teste etalonate și validate pe populația din România. Este un instrument util în evaluarea următoarelor competențe ale copilului: cognitive, emoționale, sociale, de temperament, autonomie și nivelul pregătirii pentru școală. Pe lângă toate acestea, mai conține și scale de screening psihiatric pentru tulburările specifice copilăriei („Platforma de evaluare a dezvoltării 3–6/7 ani”, Vol. 1, Mircea Miclea et al., Editura ASCR, Cluj-Napoca, 2010). Scalele utilizate în evaluarea participantului sunt: *screening-ul competențelor emoționale* – varianta pentru educatori, *screening-ul competențelor sociale* – varianta pentru educatori și scala de evaluare a competențelor disruptive – varianta pentru educatori.

În studiul de față s-a realizat evaluarea competențelor sociale și emoționale cu ajutorul testelor din Platforma de evaluare a dezvoltării – forma A, utilizând: *Screening-ul competențelor emoționale, 5–7 ani*, forma pentru educatori și *Screening-ul competențelor sociale, 5–7ani*, forma pentru educatori, în scopul identificării nivelului dezvoltării competențelor emoționale și al competențelor sociale.

Proba „Sally-Anne”, privind înțelegerea credințelor false este o sarcină cvasi-experimentală, fiind construită de către Baron-Cohen, Leslie și Frith (Frith, 1989, după H. R. Schaffer, *Introducere în psihologia copilului*, Ed. ASCR, Cluj-Napoca, 2010). Scenariul este următorul: Sally are un coș iar Anne are o cutie. Sally are o minge pe care o pune în coșul său. Apoi, Sally iese. În timp ce Sally este plecată, Anne ia mingea și o plasează în propria cutie. Sally se întoarce și vrea să se joace cu mingea. După această povestire, cercetătorul îi adresează copilului următoarea întrebare: „Unde va căuta Sally mingea?”. În studiul de față s-au utilizat două păpuși (figura 1), dintre care una are un coș (Sally) și cealaltă o cutie (Anne).

În prima etapă a evaluării, Sally așează o buburuză în coșul ei, după care iese din cadru. Anne, rămasă singură mută buburuza din coșul lui Sally în cutia sa (figura 2).

După ce sunt martori la această mutare, copiii evaluați pentru dezvoltarea teoriei minții sunt întrebați unde va căuta Sally buburuza când se va întoarce în scenă/cameră (figura 3).

Cu ajutorul *analizei funcționale a comportamentelor* se investighează modul în care o persoană a achiziționat un comportament și ce anume determină menținerea

lui în prezent. Totodată, analiza funcțională, reprezintă un set de proceduri, având ca scop identificarea cauzelor manifestării unui comportament dezadaptativ și reducerea acestuia prin învățarea unor comportamente noi.



Fig. 1. Cele două păpuși (Sally și Anne), utilizate în cadrul procedurii de evaluare a teoriei minții



Fig. 2. Prima etapă, în care Sally așează o buburuză în coș



Fig. 3. Ultima etapă, în care copilul va decide unde este căutată buburuza

Scopul analizei funcționale este acela de a stabili factorii care determină un comportament și consecințele aceluia comportament. Realizarea unei analize funcționale presupune colectarea de informații, pentru accesarea unei baze de date informaționale, având ca scop alegerea strategiei de intervenție. Informațiile necesare analizei funcționale sunt cele care privesc comportamentul propriu-zis, situațiile în care acesta apare, sau nu apare și consecințele comportamentelor.

Datele au fost colectate în primul și în cel de-al doilea semestru al anului școlar 2013–2014, prin administrarea scalelor privind competențele socio-emoționale din PEDa, a testului Sally-Anne și prin realizarea analizelor funcționale ale comportamentului. Testele au fost completate prin aportul educatoarelor de la grupă (creion-hârtie), de către consilierul grădiniței, Ana Maria Băiescu, folosind softul PEDa. Testarea achiziției ToM s-a realizat în cabinetul consilierului, sub supravegherea acestuia. Analiza funcțională a comportamentelor s-a realizat pe baza observațiilor făcute la grupă, pe parcursul anului școlar.

Analiza rezultatelor

C. a fost evaluat cu ajutorul următoarelor instrumente: Platforma de evaluare a dezvoltării – forma A, testul „Sally-Anne” și analiza funcțională a comportamentelor.

În urma evaluării prin *Screening-ul competențelor emoționale (5–7 ani)*, C. a obținut un scor de 41 de puncte dintr-un scor maxim de 90 de puncte. Scorul obținut de C. pe fiecare dimensiune evaluată este următorul:

- *Înțelegerea emoțiilor*: 15 puncte dintr-un total de 30 de puncte (figura 4);
- *Exprimarea emoțiilor*: 10 puncte dintr-un total de 20 de puncte;
- *Autoreglare emoțională*: 12 puncte dintr-un total de 30 de puncte.

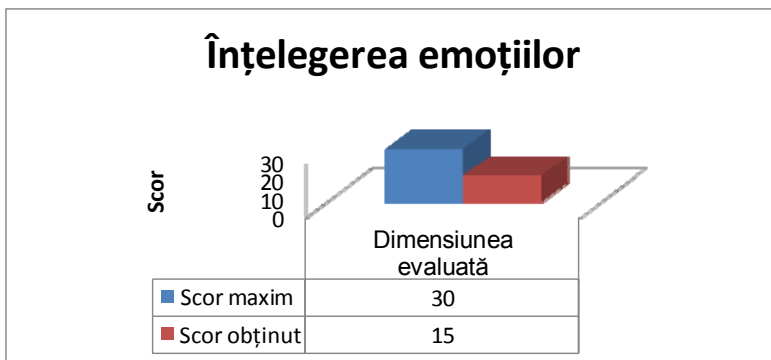


Figura 4. Rezultatele obținute la Subscala Înțelegerea emoțiilor

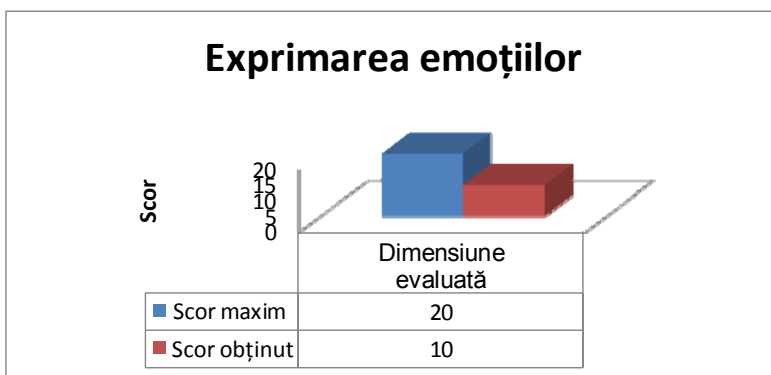


Figura 5. Rezultatele obținute la Subscala Exprimarea emoțiilor

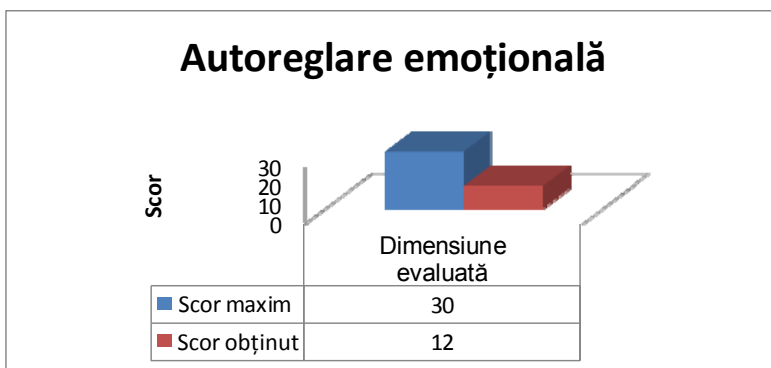


Figura 6. Rezultatele obținute la Subscala Autoreglare emoțională

Cel de-al doilea test aplicat din PEDa, a fost *Screening-ul competențelor sociale (5–7 ani)*. În urma consultării manualului de administrare a testelor s-a realizat o interpretare a datelor pentru această probă, pe baza răspunsurilor obținute în urma aplicării acesteia educatorului de la grupă.

În urma evaluării prin *Screening-ul competențelor sociale(5–7 ani)*, C. a obținut un scor total de 51 de puncte dintr-un scor maxim de 120 de puncte. Scorurile obținute de C. pentru fiecare dimensiune evaluată sunt următoarele:

- *Complianță la reguli* : 12 puncte dintr-un total de 35 de puncte;
- *Relaționare socială*: 22 de puncte dintr-un total de 35 de puncte;
- *Comportamentul prosocial*: 17 puncte dintr-un total de 50 de puncte.

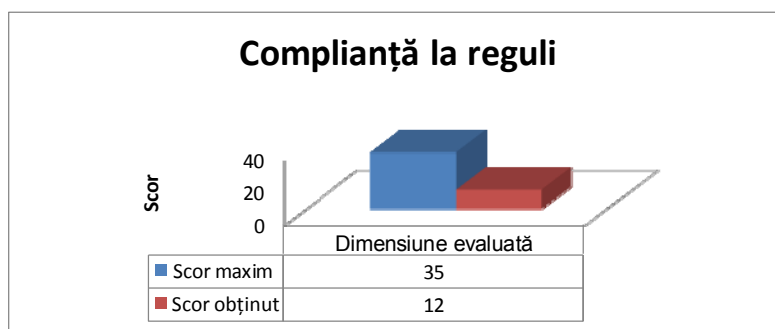


Figura 7. Rezultatele obținute la Subscala Complianță la reguli

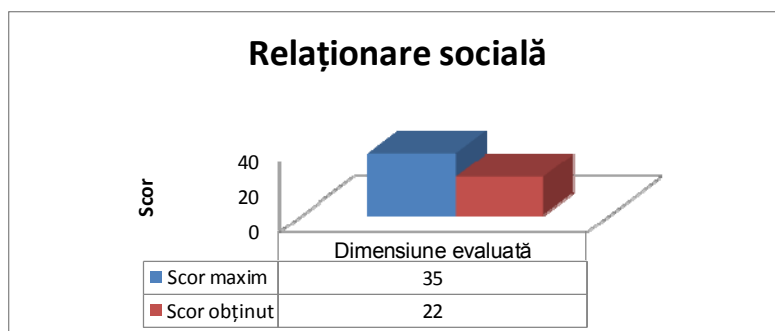


Figura 8. Rezultatele obținute la Subscala Relaționare socială

În figura 10 sunt reprezentate în paralel nivelele globale ale competențelor sociale și emoționale, atinse de C., în urma evaluării cu ajutorul celor două teste din PEDa – *sceening-ul competențelor emoționale și screening-ul competențelor sociale*.

Analizând graficul 3 se poate observa faptul că nivelul de dezvoltare al competenței emoționale pentru C. este unul foarte slab în raport cu grupul de vârstă din care face parte, la fel nivelul competențelor sociale.

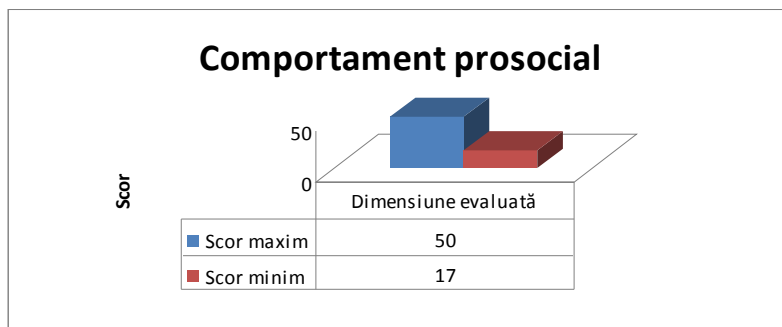


Figura 9. Rezultatele obținute la Subscala comportament prosocial

Pentru a putea identifica prezența sau absența conceptului de ToM la C., s-a utilizat sarcina „Sally-Anne”, privind înțelegerea credințelor false (Frith, 1989, după H. R. Schaffer, 2010).

Rezultatele obținute în urma realizării sarcinii „Sally-Anne” arată că achiziția și dezvoltarea conceptului de ToM la C. este deficitară. La întrebarea „Unde v-a căuta Sally buburuza?”, acesta arată cutia, nu coșul.

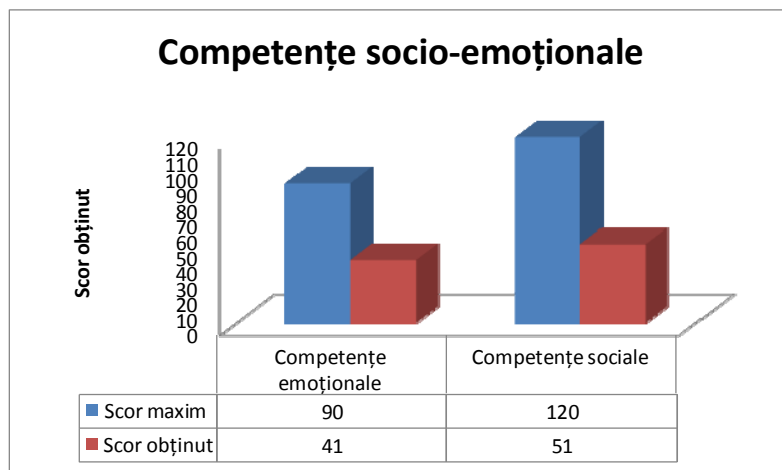


Figura 10. Nivelele globale ale competențelor sociale și emoționale

Pentru o înțelegere aprofundată a dificultăților pe care le întâmpină C., s-a realizat analiza funcțională a comportamentelor, în cadrul grupei. Analiza funcțională vizează atât comportamentele pe care C. le manifestă în activități structurate, cât și în cadrul jocului liber și implicat a interacțiunii cu ceilalți copii sau cu educatorul.

În urma corelării rezultatelor obținute prin cele trei modalități de evaluare, se poate concluziona că C. prezintă comportamente agresive în grupă, este hiperactiv, reușind cu dificultate să-și mențină concentrarea. Agitația este pronunțată atunci când sarcina nu îi captează atenția, nu îi suscită interesul. Nu prezintă complianță la reguli, abilitățile de relaționare nu îi sunt suficient dezvoltate, nu acceptă schimbările în joc, nu împarte jucăriile cu ceilalți copii. Capacitățile socio-emoționale nu sunt conforme vârstei, nu s-a dezvoltat *Theory of mind*, C. neînțelegând emoțiile celorlalți.

Neînțelegerea propriilor emoții și a emoțiilor celor din jur, absența abilităților de exprimare verbală a emoțiilor, neînțelegerea conceptului de credință falsă indică nivelul scăzut de dezvoltare a ToM. Acesta atrage după sine probleme privind dezvoltarea competențelor socio-emoționale, relații deficitare cu ceilalți, neadaptarea la mediu grupe și la cerințele acestuia.

Concluzii, limite și direcții de cercetare viitoare

Relația dintre *Theory of mind* și competențele socio-emoționale este identificată atât la preșcolarii care prezintă tulburări hiperchinetice și comportamente disfuncționale, cât și la cei care nu prezintă astfel de probleme. Diferența este dată, însă de faptul că la prima categorie problemele întâmpinate în relaționarea cu ceilalți, în înțelegerea propriilor emoții și ale celorlalți este mult mai deficitară. Prezintă comportamente opozante și agresive există posibilitatea de a fi marginalizați de către ceilalți copii sau de a fi etichetați de către adulți și astfel problemele lor se accentuează, persistând în următoarele etape de viață.

Dezvoltarea armonioasă a copilului este datorată mai multor factori, competențele socio-emoționale având un rol semnificativ. În momentul în care copilul prezintă tulburări hiperchinetice sau tulburări de tip opozant există o foarte mare probabilitate ca relaționarea cu ceilalți să fie profund marcată, atât în perioada preșcolară, cât și mai târziu când copilul întâmpină și probleme legate de performanța școlară. Respingerea venită din partea celorlalți determină intensificarea problemelor legate de relaționare, scăderea stimei de sine în cazul adolescenților. Capacitatea de adaptare a copiilor este puternic influențată de controlul comportamentelor proprii, iar pentru ca acest control să se poată realiza este necesară dobândirea abilităților de reglare emoțională, abilități a căror complexitate crește pe parcursul perioadei preșcolare.

Problemele acestor preșcolari pot fi observate cu ușurință în timpul activităților de joc, cu precădere în activitățile de joc liber. Interacțiunea este monitorizată într-o măsură mai mică, iar copiii se manifestă fără constrângeri, fiind o activitate care le creează plăcere. Pe lângă urmărirea prin joc a competențelor socio-emoționale,

se poate observa dacă apar în jocul copiilor anumite abilități necesare apariției și dezvoltării *Theory of mind*.

În final, se poate afirma că absența abilității de citire a minții influențează dezvoltarea socio-emoțională la preșcolari care, la rândul ei, are repercusiuni asupra relațiilor interpersonale. Problema se intensifică în cazul preșcolarilor care prezintă hiperactivitate și comportamente disfuncționale, fiind indicată intervenția privind reglarea emoțională, socială și comportamentală.

Limita principală a prezentei cercetări este imposibilitatea generalizării rezultatelor obținute, motiv pentru care se recomandă ca direcție de cercetare viitoare investigarea nivelului competențelor socio-emoționale, în relație cu dezvoltarea teoriei minții la preșcolari cu tulburări hiperchinetice și de tip opozant, pe loturi mai mari de subiecți. De asemenea, trebuie subliniată necesitatea dezvoltării de programe de intervenție pentru creșterea nivelului competențelor emoționale și sociale la preșcolari și testarea eficienței acestora la copiii hiperactivi și la cei cu diverse probleme comportamentale.

Bibliografie

- Casby, M. W. (2003). *Developmental Assessment of Play: A Model for Early Intervention*. Division for Communicative Disabilities and Deafness of the Council for Exceptional Children, 24.175–183.
- Cohen, D. (2006). *The Development of Play*. East Sussex: Routledge.
- Denham S.A., Blair K.A., DeMulder E., Levitas J., Sawyer K., Auerbach-Major S., Queenan P. (2003). *Preschool Emotional Competence: Pathway to Social Competence?* Child Development. 7(1), 238–256.
- Dopfner, M., Schurmann, S., Frolich, J. (2010). *Program terapeutic pentru copiii cu probleme comportamentale de tip hiperchinetice si opozant (THOP)*. Romanian Psychological Testing Services.
- Dopfner, M., Schurmann, S., Lehmkuhl G. (2006) *Copilul hiperactiv si incapatanat – Ghid de interventie pentru copiii cu tulburari hieprchinetice si opozitionale*. Asociatia de Științe Cognitive din Romania.
- Geurts, H.M., Broeders, M., Nieuwland, M.S. (2010). *Thinking outside the executive functions box: Theory of mind and pragmatic abilities in attention deficit/hyperactivity disorder*. European Journal of Developmental Psychology.7(1),135–151.
- Harbers, M., Van den Bosch, K., Meyer, J.J. (2012). *Modeling agents with a theory of mind: Theory–theory versus simulation theory*. Web Intelligence and Agent Systems: An International Journal.10:331–334.
- Kilian, C., Albulescu, I. (2009), *Copilul cu deficit de atenție și hiperactivitate: o abordare psihopedagogică*, Editura Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca;
- Laranjo J., Bernier, A., Meins, E., Carlson, S.M. (2010). *Early Manifestations of Children’s Theory of Mind: The Roles of Maternal Mind-Mindedness and Infant Security of Attachment*. *Infancy*,.15(3), 300–323.

- Miclea M., Bălaj A., Porumb M., Porumb D., Porumb S. (2010), *Platforma de evaluare a dezvoltării 3–6/7 ani, Vol. 1*. Editura ASCR, Cluj-Napoca.
- Schaffer, H.R. (2010). *Introducere în psihologia copilului*. Cluj-Napoca: ASCR.
- Stefan, C.A., Kallay, E. (2010). *Dezvoltarea competențelor emoționale și sociale la preșcolari. Ghid practic pentru educatori*. ASCR.
- Șchiopu, U. (1981). *Psihologia vârstelor*. București:Editura Didactică și pedagogică.
- Underwood M.K., Hurley J.C., Johanson C.A., Mosley, J.E. (1999). *An Experimental, Observational Investigation of Children's Responses to Peer Provocation: Developmental and Gender Differences in Middle Childhood Child Development*, 70(6), p. 1428–1446.

II. Dizabilitatea în copilărie și adolescență



Autor desen: elev clasa a IV-a, Centrul Școlar de Educație Incluzivă, Sibiu,
sub îndrumarea Psihopedagog Laura Câdea-Burnete

Interacțiunea pozitivă om–câine și intervențiile asistate de animale aplicate în programele de dezvoltare socio-emoțională a copiilor cu autism

Pop Denisa, Rusu Alina Simona***

ABSTRACT

The scientific literature regarding the therapeutic effects of animal-assisted activities keeps bringing more and more evidence of the mental and physical benefits of the positive human-animal interactions, especially of the human-dog ones. From a physiological point of view, the benefits are often explained by a decrease of the cortisol levels (i.e., a stress hormone) and an increase of the oxytocin levels, i.e. a hormone associated with attachment and development of prosocial relationships. Thereby, introducing a therapy dog in the therapeutic intervention programs for children with autism might be very useful in helping the participants become more receptive and involved in the process, but also to manifest a higher level of positive affect indicators, such as smile, laughter, relaxed posture and initiation of social interactions. In the studies discussed in this chapter, animal-assisted interventions had a higher effect than the ones without animals on certain mental and behavioral variables in children with autism.

Keywords: *human-animal interactions, animal-assisted interventions, autism*

Scurt istoric al legăturii om–câine

La nivel de relații intraspecifice (între indivizi aparținând aceleași specii), interacțiunea între indivizi este cel mai adesea bazată pe competiția pentru resurse comune (apă, hrană, spațiu, acces la parteneri sexuali), nevoile de supraviețuire și reproducere fiind similare (Odendaal, 2000). Pe lângă relațiile intraspecifice, în natură au evoluat și relații între indivizi din specii diferite, unele dintre acestea fiind de tip câștig-câștig, așa cum este cazul relațiilor dintre oameni și animalele de companie (Serpell, 1995). Dintre animalele de companie existente în jurul nostru, câinele este considerat cel mai vechi animal domesticit, răspândindu-se alături de specia umană

* Asist. Cercet. Drd. – Școala Doctorală de Științe Inginerești, Universitatea de Științe Agricole și Medicină Veterinară, Cluj-Napoca; Școala Doctorală Educație, Reflecție, Dezvoltare, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

** Conf. Univ. Dr. – Departamentul de Psihopedagogie Specială, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca; Școala Doctorală Educație, Reflecție, Dezvoltare, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

în toate zonele locuibile (Bud, 2009). Cele mai vechi dovezi de cooperare a omului cu strămoșul câinelui datează de aproximativ 15000 ani (Shannon et al., 2015), când oamenii aveau cel mai probabil un stil de viață de tip vânătoare-cules de pe jos, presupunându-se că asocierea cu câinele a dus la eficientizarea procesului de vânătoare prin ajutorul oferit la depistarea și aducerea vânatului (Serpell, 1995).

Din perspectivă evoluționistă, se presupune că, odată cu trecerea la agricultură (cultivarea terenurilor), câinele a rămas în preajma oamenilor, păzindu-le adăposturile și menținându-i fără deșeuri alimentare (Decun, 2004). Astfel, între om și câine s-a putut menține mai ușor o legătură puternică, aceștia trăind într-o relație de ajutor reciproc (mutualism), având nevoie unul de celălalt, dar nefiind într-o competiție pentru nevoi fiziologice similare și limitate legate de supraviețuire și reproducere (Serpell, 1995; Serpell & Duffy, 2014).

Fiind alături unul de celălalt și ținându-și uneori companie dincolo de aspectele funcționale (ajutor la vânătoare și apărare teritorială), între câine și om a început să se formeze o legătură bazată pe atașament, prezența umană acționând cel mai probabil ca o constantă a mediului care a favorizat selecția unor trăsături canine asociate cu abilitățile de relaționare socială. Hemmer (1990) consideră că principalul factor în procesul de domesticire pare a fi *supresia lumii perceptuale*. Altfel spus, în timp ce un grad înalt de percepție a stimulilor din jur combinat cu reacții rapide la stres sunt esențiale pentru supraviețuirea unui animal în sălbăticie, caracteristici opuse, precum docilitatea, lipsa fricii și toleranța la stres sunt mai degrabă caracteristici esențiale pentru domesticire. Domesticirea este considerată a fi rezultatul modificării frecvențelor genice asociate cu abilitățile sociale, însă, este important de precizat faptul că animalele de companie (câinii) devin sociabile față de om doar dacă sunt crescute de timpuriu într-un mediu uman favorabil socializării (Miklosi, 2007).

Despre beneficiile reciproce ale interacțiunii om-câine

Holbrook et al. (2001) sugerează șapte teme care descriu oportunitățile aduse oamenilor de interacțiunea cu animalele lor de companie: (1) oportunitatea de a aprecia natura; (2) oportunitatea de inspirație și învățare; (3) oportunitate de a se purta copilărește și de a fi jucăuși; (4) oportunitatea de a fi altruist și de a oferi grijă unei ființe, în manieră responsabilă; (5) oportunitatea de a avea companie, asociată cu confort și relaxare; (6) oportunitatea de a exersa și îmbunătăți abilitățile parentale și (7) oportunitatea de a dezvolta relații strânse și mai frecvente cu alți oameni prin intermediul animalelor. Pe lângă aceste teme, autorii afirmă că legătura cu animalele de companie se aseamănă relațiilor interumane, în sensul că deținătorii conștientizează faptul că relația cu animalul de companie este prin natura ei un scop în sine și nu

urmărește alte scopuri, precum creșterea statutului social, a ego-ului, a admirației din partea altora, o scuză pentru a face mișcare sau de a avea o ființă care să păzească casa (Holbrook et al., 2001).

Într-o meta-analiză comprehensivă realizată de Beetz et al. (2012) sunt enumerate beneficiile aduse de interacțiunea om–animal asupra oamenilor, identificate în cadrul a 69 de cercetări științifice riguroase. Pe lângă reducerea nivelului de stres și a anxietății, s-au observat și îmbunătățiri în sănătatea fizică, în special la nivel cardio-vascular. Alte beneficii includ: îmbunătățirea dispoziției, a calității percepute a interacțiunilor interpersonale, a atenției sociale și a comportamentelor prosoziale, precum abilitatea de rezolvare a conflictelor și reducerea comportamentelor agresive față de alte persoane. Dovezi limitate (susținute de prea puține cercetări) există până acum în legătură cu creșterea imunității, creșterea abilităților de management al durerii, creșterea încrederii în alte persoane, prevenția comportamentelor agresive, creșterea capacității de învățare, a iertării și a empatiei față de oameni și față de animale (Beetz et al., 2012).

Modificări fiziologice asociate interacțiunii om–animal la ambele specii

Într-o serie de experimente centrate pe analiza interacțiunilor pozitive între om și câine (plimbat, joc, scărpinat, salut prietenos, vorbit cu câinele, etc.), Odendaal (2000) a urmărit schimbările la nivelul unor indicatori fiziologici asociați cu starea de bine, cum ar fi tensiunea arterială și nivelul anumitor hormoni, atât la om, cât și la animal. Grupul de participanți a fost format din stăpâni care interacționau cu cățelei lor, iar altul din oameni care interacționau cu un cățel necunoscut, ambele grupuri fiind plasate în două situații: (1) interacțiunea cu câinele (mângâiere, joacă, vorbit cu câinele) și (2) citirea unei cărți. Rezultatele au arătat că, la oameni, interacțiunea cu câinele are efecte cel puțin la fel de relaxante precum citirea unei cărți, în plus având și alte efecte benefice rezultate din modificarea nivelelor de oxitocină, prolactină și beta-endorfine, substanțe neurochimice care sunt asociate cu formarea legăturilor emoționale și afilierea intraspecifică. De asemenea, în cazul câinilor au existat diferențe semnificative ale nivelului de oxitocină față de grupul de control, astfel sugerându-se că efectele benefice au loc și la câini. Nivelele cele mai ridicate de oxitocină s-au regăsit la diadele stăpân-câine, deci la cele care aveau un nivel crescut de familiaritate.

Odendaal și Lehmann (2000) au mai identificat un neurotransmițător care își schimbă valorile în cazul interacțiunii om–animal, la ambele specii. În luarea în considerare a acestui neurotransmițător, autorii au pornit de la studiul lui Fisher (1992, apud Odendaal și Lehmann, 2000) care susținea că procesul de atracție spre interacțiunea cu o anumită ființă (începutul interacțiunii pozitive) este asociată cu

substanța numită feniletilamină, care are efectul unei amfetamine. Feniletilamina este cunoscută ca fiind o amină excitatoare, fiind asociată cu senzații de entuziasm, bucurie și euforie, având efecte pozitive și asupra subiecților non-umani. Acest studiu (Odendaal și Lehmann, 2000) este primul până în prezent care demonstrează ca feniletilamina este un indicator al interacțiunii pozitive la nivel interspecific (om–animal). Câțiva ani mai târziu, Odendaal și Meintjes (2003) au încercat să elaboreze un model fiziologic (hormonal) al răspunsurilor fiziologice (atât ale omului, cât și ale câinelui) în interacțiunea pozitivă om–animal. Participanții au fost persoane adulte (autodeclarați ca fiind iubitori de animale) și câini adulți cu temperamente liniștite, cu nivel crescut de familiaritate cu contactul uman. O parte din câini aparțineau participanților, alții au fost aduși separat pentru a fi incluși în studiu. S-au realizat măsurători fiziologice pre- și post-interacțiune, precum și măsurători pre- și post-control (la citirea unei cărți, în altă perioadă de timp). Interacțiunea a constat în a vorbi cu câinele, mângâieri lungi și fine, dar și scărpinarea câinelui și joc de intensitate scăzută. În timpul interacțiunilor, oamenii au fost instruiți să își centreze complet atenția asupra animalului. Datele au indicat că tensiunea arterială medie a scăzut la ambele specii. Prin interacțiunea pozitivă, ambele specii au arătat creșteri semnificative ale nivelurilor de beta-endorfinele circulante (din plasmă), ale nivelurilor de oxitocină, prolactină, acid fenilacetic și dopamină. De asemenea, în cazul participanților umani, s-a înregistrat o scădere a nivelului hormonului de stres cortizol. Deși citirea unei cărți (considerată a fi o interacțiune cu sine pozitivă) a produs schimbări similare la nivelul hormonilor analizați, nivelurile de beta-endorfine, oxitocină și prolactină au fost semnificativ mai înalte în interacțiunea cu câinele (Odendaal & Meintjes, 2003).

Beta-endorfinele sunt substanțe implicate în învățare și memorie, reglarea tensiunii arteriale, termoreglare și reproducere. O creștere în concentrația plasmatică a beta-endorfinelor a fost de asemenea asociată cu stări euforice, efecte anelgezice și situații de reducere a stresului la oameni (apud Odendaal și Meintjes, 2003). Experimentul lui Odendaal și Meintjes (2003) confirmă creșterea semnificativă a beta-endorfinelor atât la oameni, cât și la câini, prin interacțiunea pozitivă dintre aceștia, contribuind astfel la identificarea unui indicator fiziologic valoros al calității relațiilor om–animal de companie.

Oxitocina este un hormon care promovează legăturile intime, concentrațiile de oxitocină plasmatică crescând de obicei prin formarea legăturilor emoționale, atașament și situații care reduc stresul (IsHak et al., 2011). Receptorii localizați în complexul amigdalian și hipotalamus au fost asociați cu comportamentul sexual, dar și cu stările de bucurie și afecțiune (Neumann, 2008). În experimentul lui Odendaal și Meintjes (2003), concentrațiile de oxitocină au fost aproape duble atât la oameni,

cât și la câini, după interacțiunea de tip pozitiv. Astfel, oxitocina poate fi plasată alături de beta-endorfine în categoria indicatorilor fiziologici ai calității relațiilor pozitive om-câine.

În general, prolactina inhibă comportamentul sexual și promovează formarea legăturilor emoționale, fiind asociată cu comportamentul parental (Horseman, 2012). Astfel, atât la oameni cât și la alte animale, contactul fizic al părinților cu copiii/puii lor este asociat cu o creștere a secreției de prolactină plasmatică, același efect avându-l și expunerea la situații de reducere a stresului. În experiment, concentrațiile plasmatică au crescut la ambele specii prin interacțiunea pozitivă.

Concentrațiile de feniletilamină din urină sunt mai ridicate la persoanele care au o legătură de atașament fericită (apud Odendaal și Meintjes, 2003). În experiment, concentrațiile plasmatică de acid fenilacetic (metabolitul feniletilaminei) au crescut semnificativ la ambele specii.

La persoanele cu simptomatologie depresivă, s-a constatat o scădere a nivelurilor de noradrenalină și dopamină la nivel de creier (Lambert et al., 2000, apud Odendaal și Meintjes, 2003), iar concentrațiile de dopamină din plasmă cresc în asociere cu senzații plăcute, bucurie, episoade sexuale și consumul de băuturi alcoolice (Mitchell & Gratton, 1994). Creșterea nivelului dopaminei în urma interacțiunii pozitive om-câine denotă că acest tip de interacțiune este asociată cu plăcere, în ceea ce privește substratul neurochimic.

Scăderi ale nivelului cortizolului plasmatic au fost observate în întâlnirea persoanelor necunoscute de sex opus, în formarea legăturilor emoționale și în situații de reducere a stresului (Pietromonaco et al., 2013). În cazul experimentului lui Odendaal și Meintjes (2003), scăderea nivelului de cortizol circulant a fost semnificativă doar în cazul subiecților umani, nu și la cei canini. O potențială explicație ar putea fi că mediul experimental a fost perceput de către câini ca fiind unul stresant datorită lipsei de familiaritate față de acesta.

Factori mediatori și moderatori ai efectelor pozitive ale interacțiunii om-câine

După cum s-a menționat anterior, există numeroase studii care arată atât beneficiile fizice, cât și cele psihice pe care interacțiunea cu animalele le aduce asupra calității vieții umane. Există însă câteva studii care nu au găsit beneficii semnificative ale interacțiunii om-câine. De exemplu, Beck și Katcher (2003) raportează doar o scădere modestă în tensiunea arterială la nivelul subiecților umani care interacționează cu câinii. Printre motivele pentru care nu s-au evidențiat beneficii, autorii au inclus lipsa unei interacțiuni optime reciproce între om și animal. Ory și Goldberg (1983) au concluzionat că simpla prezență a animalelor de companie nu este întotdeauna

asociată cu fericirea subiectivă umană, relația dintre prezența animalului și fericire fiind una complexă și dependentă de natura și contextul interacțiunii. Watson și Weinstein (1993) au realizat un studiu privind percepția relației cu animalul de companie la femeile cu niveluri diferite de ocupare în muncă. S-a constatat că femeile cu statut socio-economic crescut și cu orar de muncă solicitant percepeau relația cu animalul de companie ca fiind una stresantă, ca urmare a posibilității scăzute de a aloca timp suficient interacțiunii cu animalul.

În studiul realizat de Marinelli et al. (2007) s-a urmărit relația dintre caracteristicile psiho-sociale ale stăpânului și calitatea vieții câinelui. Câinii au fost examinați fizic pentru a se oferi un scor privind bunăstarea acestora, iar stăpânii au fost rugați să completeze două chestionare, unul care viza evaluarea atașamentului câinelui față de stăpân și unul care viza evaluarea nivelului și a tipului de atașament al stăpânului față de câine. În studiu au fost incluse 104 diade stăpân-câine. Rezultatele au arătat că acele caracteristici ale stăpânului care influențează cel mai puternic condiția câinelui sunt viața socială, experiența în deținerea unui animal și dorința de a deține un câine ca animal de companie. Printre aspectele sociale se numără statutul marital, studiul indicând că participanții neimplicați într-o relație au raportat un nivel mai crescut de atenție față de câine, comparativ cu participanții căsătoriți sau aflați în relație de parteneriat/cohabitare. O posibilă explicație pentru acest rezultat ar fi cantitatea de timp liber și atenție suplimentară pe care au oamenii neimplicați într-o relație o pot aloca spre animalele de companie. Studiul a mai indicat că împărțirea proprietății cu alți oameni compromite nivelul de formare a legăturilor emoționale ale câinelui cu stăpânul, acest lucru fiind reflectat în frecvența și intensitatea comportamentelor de tip anxios ale câinelui (anxietate de separare, nesiguranță, agresivitate la întâlnirea stăpânului cu alte persoane, nivel scăzut de inițiere a contactului cu alți oameni, etc.).

Autorii punctează că exclusivitatea în relația om-animal este asociată cu un nivel mai crescut al îngrijirii animalului și cu relații securizante de atașament din partea câinelui (Marinelli et al., 2007). Aceste rezultate relaționate cu exclusivitatea în relație și impactul caracteristicilor psiho-sociale ale stăpânului asupra calității vieții animale nu au fost însă evidențiate în cazul pisicilor (Adamelli et al., 2005). Pisicile deținute de familii relativ numeroase erau mai sociabile cu stăpânul decât acelea care aparțineau oamenilor care locuiau singuri, iar stăpânii erau mai atașați de animal dacă aveau mai puțin de zece legături de tip prietenie/rudenie. Mai mult, absența copiilor a fost asociată cu un nivel crescut al atașamentului stăpânului față de câine, pe când această condiție nu a fost semnificativ relaționată cu atașamentul pisică-stăpân. Calitatea relației câine-stăpân pare să depindă atât de caracteristicile omului, cât și de cele ale câinelui, iar la pisici pare să depindă mai mult de alegerile pe care

trebuie să le facă stăpânul în raport cu animalul, precum și de o serie de caracteristici contextuale (sterilizare, vârsta la care e adoptată pisica, coabitarea cu alte pisici).

Dotson și Hyatt (2008) au examinat aspectele adaptative ale interacțiunii om-câine, încercând să determine cantitativ dimensiunile interacțiunii om-câine și factorii care intervin în aceasta. Dimensiunile identificate au fost: relația de mutualism (câștig-câștig), auto-conceptul de orientare spre câine (câinele este perceput ca o extensie a propriei persoane), antropomorfizarea (atribuirea de trăsături umane animalului și activităților acestuia), nivelul de activitate/vârstă și limitele impuse câinelui. Participanții au completat un chestionar cu 56 de itemi, rezultatele arătând că diferențele de gen sunt considerabile privind toate dimensiunile studiate, femeile având scoruri mai ridicate decât bărbații. Alți factori care au un impact asupra dimensiunilor identificate au fost: vârsta (oamenii tineri fiind mai deschiși și mai flexibili în raport cu interacțiunea cu animalele de companie), timpul de calitate petrecut cu câinele (stăpânii care petreceau mai mult de două ore timp de calitate/zi cu câinele au avut scoruri mai ridicate la aproape toate dimensiunile). În acest studiu, oamenii singuri au raportat o relație de simbioză mai puternică cu animalul de companie, stabilind totodată mai puține limite în ceea ce privește activitățile acestuia. Participanții fără copii au avut scoruri mai ridicate la auto-conceptul de orientare spre câine, dar și la limitele impuse animalului, aceștia considerând câinii mai mult ca fiind animale de companie decât ca fiind niște copii (această percepție a fost susținută și de scorurile mai scăzute la dimensiunea antropomorfizare în comparație cu participanții la studiu care aveau copii).

Dotson și Hyatt (2008) indică de asemenea că educația pare să fie o variabilă relaționată pozitiv cu o serie de dimensiuni ale relației om-câine. Astfel, persoanele cu studii superioare (universitare) au raportat scoruri mai mari la itemii privind antropomorfizarea, activitatea alocată animalului și percepția simbiotică a relației. De asemenea, lungimea perioadei de deținere a animalului de companie a fost asociată cu valori crescute ale tuturor dimensiunilor investigate. În interpretarea acestor dimensiuni, este important să se țină cont și de interacțiunile de tip educațional (dresaj) oferite câinelui (Miklosi, 2007). Miklosi (2007) susține că mulți oameni percep antrenarea (dresajul) câinilor ca pe un proces mecanic, de tip condiționare, el sugerând o revalorificare a dresajului din perspectiva calității relației om-animal, punctând valoarea de modelare reciprocă a acestui tip de interacțiune: *„Antrenamentul/dresajul ar trebui să facă parte din interacțiunea zilnică și să fie bazat pe setul bogat de resurse sociale disponibile atât pentru om, cât și pentru câine”*.

O serie de autori în domeniul interacțiunii om-animal atrag atenția asupra importanței motivelor pentru care a fost achiziționat animalul de companie și impactul acestora asupra construirii unei relații optime cu acesta. Fox (1981) sugerează că

relația om–câine se poate încadra în una din patru categorii: orientare spre obiect (câinele este perceput ca un bun, ca o posesiune), utilitară/ de exploatare (câinele poate să aducă beneficii omului), nevoie-dependență (câinele este perceput ca un companion, prieten sau copil), sau realizare (câinele este perceput ca o ființă respectată și semnificativă). Hirschman (1994) identifică șase motive pentru deținerea unui animal de companie: (1) animalele ca obiecte din mediul consumatorului, acestea reprezentând o extensie a stăpânului; (2) animalele ca ornamente, fiind ținute pentru valoarea lor estetică; (3) animalele ca simboluri ale statutului; (4) animalele ca preocupare, pasiune pentru a le expune și prezenta altora; (5) animalele ca echipament care facilitează executarea unor funcții precum protecție, ghidaj, salvare sau implicare în programe de terapie; (6) animalele ca prieteni – cel mai des întâlnit motiv, unde animalul are rolul unui companion, prieten, membru al familiei, copil.

Intervențiile asistate de animale (IAA)

În prezent, două forme de interacțiune om–animal se bucură de cel mai mult suport științific în ceea ce privește beneficiile asupra sănătății fizice și mentale umane: (1) deținerea unui animal de companie și (2) intervențiile asistate de animale (IAA; terapia și activitățile asistate de animale). Kruger & Serpell (2010) susțin că de multe ori se face o confuzie între activitățile asistate de animale (AAA), care vizează îmbunătățirea generală a calității vieții umane, fără să existe un plan structurat și fără să se măsoare variabile specifice înainte și după activitate și terapia asistată de animale (TAA), care presupune obiective clare, măsurători specifice și un plan structurat al activităților cu animale, având ca scop modificarea cursului unei afecțiuni, prin includerea unui animal într-un program de terapie standard. TAA se realizează cu ajutorul unui specialist, pe când AAA, deși pot căpăta valență terapeutică, nu sunt practicate neapărat de către un specialist (Rusu, 2012).

Definițiile de lucru date de Asociația Pet Partners (cunoscută înainte ca Societatea Delta, SUA), cea mai recunoscută organizație internațională din domeniul IAA, sunt următoarele: „TAA e o intervenție direcționată, deci cu un scop bine definit, în care un animal ce întrunește anumite criterii este parte integrantă a unui proces de tratament. TAA e realizată sau coordonată doar de către personal instruit în domeniu. TAA poate fi realizată într-o varietate de medii și poate fi individuală sau de grup. Procesul de realizare a TAA trebuie documentat și evaluat, necesitând întotdeauna supervizarea unui profesionist. AAA aduc oportunități pentru beneficii motivaționale, educaționale și recreaționale de a crește calitatea vieții, caracteristicile-cheie fiind absența scopurilor de tratament specifice, nu trebuie luate notițe detaliate, conținutul vizitelor poate fi spontan” (www.petpartners.org).

Câinii sunt cele mai întâlnite animale în IAA, aceștia având mai multe șanse de a fi incluși în astfel de intervenții datorită caracteristicilor acestora: predictibilitate comportamentală, posibilitatea de a fi dresați cu ușurință și abilități crescute de socializare și comunicare cu oamenii, cel mai probabil ca urmare a istoriei relativ îndelungate de coexistență evolutivă cu specia umană (Nimer și Lundahl, 2007). Beneficiile intervențiilor asistate de animale au fost riguros documentate și susținute științific în ultimele două decenii, acestea adresându-se domeniilor fizic, cognitiv, emoțional și social, la toate categoriile de vârstă (copii, adolescenți, adulți, persoane de vârsta a treia), populații clinice și non-clinice, instituționalizate sau nu (Chandler, 2007; Chitic, Rusu & Szamoskozi, 2012; Morrison, 2007). În ultimii ani, atenția cercetătorilor a început să fie îndreptată și asupra indicatorilor stărilor afective pozitive ale animalelor implicate în IAA. Astfel, au fost identificate o serie de condiții care se recomandă să fie respectate pentru prevenția instalării stresului la animalele de terapie și facilitarea unor interacțiuni pozitive între om și animal, de exemplu: lăsarea câinelui să se miște liber din când în când pe parcursul intervențiilor, să nu fie supus frecvent la oameni și locuri noi, iar orele de lucru să nu fie multe sau intense (pentru detalii, a se vedea Pop et al., 2014).

Intervențiile asistate de animale în tulburările din spectrul autist

Tulburările din spectrul autist (TSA) sunt un grup de afecțiuni complexe la nivelul dezvoltării creierului, fiind asociate cu deficite severe la nivelul interacțiunii sociale, ale abilităților de comunicare verbală și nonverbală și cu un comportament stereotip (American Psychiatric Association, 2013).

Martin și Farnum (2002) au evaluat cantitativ beneficiile aduse de intervențiile asistate de animale în cazul copiilor, susținând că animalele acționează cel mai probabil ca obiecte de tranziție. Astfel, copiii stabilesc legături primare cu animalele, după care acestea pot fi transferate oamenilor. Deoarece copiii cu TSA au dificultăți în formarea legăturilor de acest tip, IAA ar putea contribui la inserția unui stimul natural heterospecific (animalul de terapie) în contextul terapiilor standard, în direcția îmbunătățirii eficienței și eficacității acestora. Rezultatele obținute de Redeker și Goodman (1989) arată că terapia asistată de animale în contextul programelor de terapie pentru copiii diagnosticați cu TSA este asociată cu creșterea frecvenței comportamentele prosociale și scăderea frecvenței și intensității comportamentele stereotipe. Martin și Farnum (2002) s-au așteptat ca frecvența și durata de manifestare a comportamentele prosociale la copiii să fie semnificativ mai mari în prezența unui terapeut asistat de un câine versus a) un terapeut cu o jucărie non-socială (o minge) sau b) un terapeut cu un câine de pluș. Comportamentele prosociale au fost acele comportamente care indicau un interes și captau atenția, cum ar fi recompensarea câinelui cu mâncare,

râsete sau vorbitul cu obiectul experimental (fie minge, câine sau câine de pluș). S-a presupus că interacțiunea cu animalul de terapie va produce mai puține comportamente non-sociale decât în celelalte condiții, printre acestea numărându-se ignorarea întrebărilor sau bătutul din palme. Copiii au trecut prin toate trei condițiile experimentale, condiția cu terapeut fiind grupul de control. Rezultatele au arătat că o frecvență crescută a râsului și zâmbetelor în condiția cu câine de terapie, având o dispoziție bună și o creștere a motivației implicării în activități, concentrându-și atenția spre câine și nu pe alți factori distractori. De asemenea, copiii au inițiat conversații cu câinele, iar apoi cu terapeutul, cele mai multe dintre conversațiile inițiate cu terapeutul fiind despre câine, mai puțin despre jucăria de pluș sau despre minge. În concluzie, prezența câinelui de terapie a fost asociată cu o serie de exprimări comportamentale ale stărilor afective pozitive și o motivație crescută de participare la activitățile planificate în contextul programului de terapie (Martin și Farnum, 2002).

Prezentăm în continuare în formă sumarizată un exemplu de proiect de cercetare a efectelor psiho-sociale ale interacțiunii om-animal asupra dezvoltării abilităților socio-emoționale ale copiilor cu autism. Titlul proiectului prezentat este *Mecanisme psiho-sociale și fiziologice ale efectelor interacțiunii om-animal asupra abilităților socio-emoționale ale copiilor cu autism*. Acesta s-a desfășurat în perioada 2011–2014, în cadrul Facultății de Psihologie și Științele Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, în colaborare cu Asociația Autism Transilvania, România. Scopul acestui proiect de cercetare a fost de dezvoltare și de a testa o combinație de metode validate științific care se adresează îmbunătățirii abilităților sociale ale copiilor cu autism (metoda Poveștilor Sociale) cu elemente naturale, cum ar fi prezența unui animal de companie (câine de terapie), care au relevanță socială pentru această categorie de participanți.

Ipoteza de bază a acestei cercetări este că un mediu îmbogățit heterospecific prin prezența unui câine de terapie va crește eficiența metodei Povești Sociale în ceea ce privește dezvoltarea abilităților sociale ale copiilor diagnosticați cu autism.

O serie de studii indică faptul că animalele pot să funcționeze ca agenți motivaționali în contextul programelor de terapie adresate copiilor cu diagnostic din spectrul autist – animalele sunt considerate stimuli naturali, permițând terapeuților să planifice jocuri funcționale care stimulează interacțiunea socială și cooperarea între copii, instructori, terapeuți și/sau membri ai familiilor copiilor. Prin identificarea unor oportunități de învățare prin interacțiunea cu mediul (ex. metode standard de intervenții comportamentale combinate cu activități asistate de animale), copii cu diagnostic din spectrul autist ar putea fi stimulați/motivați să învețe mai rapid și mai eficient anumite comportamente dorite (țintă) și să generalizeze corect abilitățile învățate în afara în mediului terapeutic (mai ales în contextul mediului familial).

În ultimii ani, procedurile bazate pe intervenții asistate de animale au început să fie abordate de specialiști în procesul de planificare a intervențiilor terapeutice pentru copii cu deficite sociale, cum ar fi copiii cu diagnostic din tulburările din spectru autist (TSA). Astfel, există studii care arată că acești copii (cu diagnostic din TSA) par să proceseze și să înțeleagă mai ușor comunicarea cu animalele de companie, decât cu indivizi umani (Prothmann, Ettrich, & Prothmann, 2010). Acest lucru ar putea indica faptul că animalele (câinii) comunică intențiile lor la un nivel relativ ușor de procesat de către copiii cu autism. Această inferență este adesea susținută de ideea că animalele sunt considerate *agenți de acțiune*, iar oamenii sunt considerați *agenți atitudinali*, însemnând că acțiunile lor sunt în mare parte motivate de meta-reprezentări (Lesslie, 1994). Prothmann, Ettrich și Prothmann (2010) sugerează că utilizarea tuturor elementelor din mediul social, inclusiv a animalelor de companie (stimuli naturali), ar trebui luată în considerare când se planifică intervenții terapeutice pentru copiii cu autism.

Având în vedere că studiile recente în psihologia dezvoltării sugerează că atât copiii cu dezvoltare tipică (Melson, 2003), cât și copiii cu TSA (Martin & Farnum, 2002) manifestă un interes natural față de animale și alte aspecte non-umane ale mediului, încorporarea animalelor în programele de terapie ar putea fi văzută ca o extensie naturală a intervenției terapeutice. O astfel de extensie a unor metode des utilizate în tratamentul copiilor cu autism, cum este metoda Poveștilor Sociale, este susținută de date din literatura de specialitate privind importanța utilizării elementelor motivatoare naturale, pentru a încuraja copiii cu autism să devină parteneri activi în procesele de terapie și educaționale (Koegel, Carter, & Brookman, 2005).

Studiul 1: Investigarea efectelor prezenței unui câine de terapie în contextul Poveștilor Sociale (studiu explorativ)

Scopul acestui studiu a fost de a realiza o investigație explorativă a combinației dintre două metode care s-au dovedit a fi eficiente în îmbunătățirea abilităților sociale ale copiilor cu autism: Poveștile Sociale (Gray, 2000) și Terapia Asistată de Animale (TAA). Ipoteza de bază a investigației a fost că un mediu îmbogățit natural (prin prezența unui animal de companie – câine de terapie) va crește eficiența metodei Poveștilor Sociale. Cele două abilități sociale-țintă au fost: (1) abilitatea de a saluta un partener social și (2) abilitatea de a se prezenta unui partener social. S-a utilizat un design de tip experiment cu un singur subiect. Studiul a inclus trei copii diagnosticați cu autism (din cadrul Asociației Autism Transilvania, Cluj-Napoca, România). Variabilele dependente au fost: frecvența interacțiunilor sociale adecvate în raport cu comportamentul țintă, nivelul de prompt necesar pentru obținerea răspunsului social așteptat și frecvența inițierilor sociale. Prezența câinelui în sesiunile de terapie

a fost asociată semnificativ cu frecvența crescută a inițierilor sociale și o scădere a nivelului de prompt necesar răspunsului în sarcina oferită de terapeut (pentru detalii, a se vedea Grigore & Rusu, 2014). Rezultatele promițătoare ale acestui studiu explorativ au stimulat investigațiile din următorul studiu, sub forma unui plan experimental de tip grup experimental și grup de control.

Studiul 2: Testarea includerii unui câine de terapie în contextul jocului funcțional din cadrul metodei Poveștilor Sociale

Studiile din literatura de specialitate privind beneficiile terapiei asistate de animale asupra copiilor cu autism relevă creșterea semnificativă a comportamentului social adecvat, descreșterea numărului de angajări în comportamente stereotipe, creșterea frecvenței și a probabilității de apariție a comportamentelor sociale (Redefer & Goodman, 1989). În consens cu literatura de specialitate, obiectivul lucrării de față a fost de a investiga măsura în care sesiunile de terapie asistată de animale îmbunătățesc performanța în sarcină a copiilor cu autism în conextul metodei Poveștilor Sociale. Specific, s-a urmărit nivelul de performanță în executarea sarcinilor de instrucție în contextul jocului funcțional din cadrul metodei Poveștilor Sociale, imitație și răspuns din cadrul sesiunilor, dar și promptitudinea executării acestora. *Participanți:* 20 de copii au fost incluși în studiu în urma unor criterii: diagnostic medical de tulburare pervazivă de dezvoltare și scrisoare medicală din partea Clinicii de Psihiatrie Infantilă din Cluj-Napoca, care să ateste diagnosticul, vârstă cronologică între 3 ani și 9 ani, vârstă mentală medie de 3 ani, subscor social la scala CARS (*Childhood Autism Rating Scale*, Schopler et al., 1980) de minim 2, unde scorul 1 semnifică funcționare normală, iar scorul 4, funcționare sever perturbată. Printre criteriile de includere menționăm și un subscor comunicare verbală la scala CARS de minim 2,5, un subscor socializare la Fișa de dezvoltare psihomotrică Portage de minim 2,5 ani, precum și consimțământ scris din partea părinților pentru participarea la studiu. În ceea ce privește limbajul, toți participanții la studiu au fost verbali, în stadiul de formare propoziții simple.

Studiul a constat într-un număr de 8 sesiuni de joc pentru fiecare copil în parte, a căror durată a fluctuat în funcție de particularitățile comportamentale și de performanță a fiecărui copil, acesta situându-se între 4 și 18 minute. Primele două sesiuni au fost realizate pentru măsurarea nivelului de bază în cadrul cărora s-a urmărit performanța și motivația în joc prin folosirea unui câine de jucărie în cadrul jocului deja stabilit de a face baie păpușii, respectiv cățelului. În funcție de variabilele menționate anterior, cei 20 de copii au fost randomizați aleator în 2 grupuri, cel de control cuprinzând 10 copii, respectiv grupul experimental, care a inclus tot 10 copii. Primul grup a beneficiat în cadrul sesiunilor de joc de interacțiunea cu

terapeutul și o poveste socială, iar cei din grupul de intervenție au avut ca partener de joacă terapeuta, dar și un câine de terapie, Loki (Figura 1). *Sumar al rezultatelor:* S-a observat o creștere a numărului comportamentelor de imitație, a răspunsurilor verbale la întrebările terapeutului și executării comenzilor la sarcina de joacă în cazul copiilor din grupul de intervenție, care au beneficiat de prezența unui câinel în sala de joacă, spre deosebire de copiii din grupul de control care s-au jucat cu un câine de jucărie și au ascultat o poveste socială. În cazul copiilor din primul grup, s-a observat o creștere a motivației printr-un timp de răspuns mai scurt și o mai mare frecvență a atenției împărțite. De asemenea, analiza statistică a datelor evidențiază în cazul grupului experimental (AAT) o creștere semnificativă a variabilei zâmbet, atât durata, cât și frecvența, cât și o reducere semnificativă a comportamentelor disruptive. Astfel, între grupul experimental și grupul de control se observă diferențe semnificative în ceea ce privește durata și frecvența zâmbetelor și frecvența de apariție a comportamentelor disruptive.

Rezultatele celor două studii realizate în cadrul acestui proiect de cercetare oferit aici ca exemplu, susțin faptul că activitățile asistate de animale reprezintă un candidat optim de a crește eficiența metodei Poveștilor Sociale în direcția îmbunătățirii abilităților sociale ale copiilor cu diagnostic TSA. De asemenea, având în vedere că autismul, fiind o tulburare asociată cu deficiențe la nivel de comunicare socială, afectează nu doar persoana diagnosticată, ci și familia persoanei respective (părinți, frați), pe viitor ne propunem să includem activitățile asistate de animale în programe de intervenție care vizează și familiile copiilor cu autism.

Chiar dacă există părinți care raportează experiențe pozitive în ceea ce privește creșterea copiilor cu TSA, cele mai multe studii indică faptul că părinții copiilor cu autism experimentează un nivel crescut de stres și manifestă adesea simptomatologie depresivă, comparativ cu părinții copiilor cu dezvoltare tipică (Olsson & Hwang, 2002). Riscul problemelor socio-emoționale este mai mare pentru copiii cu TSA ai căror părinți au un nivel crescut de stres sau simptome depresive, având în vedere că nevoile speciale ale acestor copii sunt deja asociate cu propriile deficiențe de natură interpersonală, comunicațională și necesită o grijă specială la nivel educațional și de integrare socială (Falvo, 2005). Frații și surorile copiilor cu autism par de asemenea să fie afectați de prezența unei dizabilități, iar efectul familiarizării cu dizabilitatea nu apare întotdeauna pe măsură ce copiii cu nevoi speciale trec spre perioada de adolescență/adult (Seligman, 2000). Familiile copiilor cu TSA (părinți și frați) se confruntă adesea cu provocări mari în procesul de asigurare a mediului adecvat de dezvoltare emoțională și educațional pentru copiii cu TSA. De aceea, este necesar ca sistemul familial (nevoi, percepții, dinamică) să fie luat cu atenție în considerare când se planifică, implementează sau se îmbunătățesc servicii de sănătate, educație și incluziune socială pentru copiii cu autism.

Ținând cont de aceste nevoi, ne propunem să planificăm și să implementăm programe de educare a abilităților parentale (părinți ai copiilor cu autism sau alte tulburări pervasive de dezvoltare) combinate cu activități asistate de animale (de exemplu, tabere terapeutice de terapie ocupațională centrate pe familie). Astfel de programe combinate cu IAA vor permite îmbunătățirea abilităților de comunicare în interiorul familiei într-un context ecologic, care să faciliteze generalizarea optimă a abilităților dezvoltate: contextual familial combinat cu stimuli naturali (animalele de terapie). În timpul acestor programe, ne propunem să realizăm o serie de măsuri pre- și post-test a unor variabile asociate cu dinamica familială (pentru părinți și frați – pe bază de consimțământ informat), cum ar fi: tendința de a-i ajuta pe ceilalți, abilități de reglare emoțională, stil de atașament, empatia față de oameni și față de animale, satisfacția față de viață și nivelul de fericire subiectivă. Aceste variabile vor permite planificarea unor intervenții viitoare în contextul optimizării calității vieții (și a mediului social) a copiilor cu TSA și a familiilor lor. Elaborarea de programe centrate-pe-familie combinate cu activități asistate de animale se aliază la tendințele ecologice-comportamentale actuale, care capătă tot mai mare atenție în literatura de specialitate ca și cadru de oferire a serviciilor educaționale și de training a indivizilor în sensul creșterii calității vieții familiilor persoanelor cu nevoi speciale, prin oferirea de susținere comportamentală pozitivă.



Figura 1. Câinele de terapie, Loki, implicat în studiul privind efectele prezenței unui animal de terapie în contextul jocului funcțional din cadrul metodei Povestilor Sociale

Bibliografie

- Adamelli, S., Marinelli, L., Normando, S., & Bono, G. (2005). Owner and cat features influence the quality of life of the cat. *Appl. Anim. Behav. Sci.*, 94:89–98.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A.M., & Katcher, A.H. (2003). Future directions in human-animal bond research. *American Behavioral Scientist*, 47:79–93.
- Beetz, A., Uvnäs-Moberg, K., Julius, H., & Kotrschal, K. (2012). Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: the possible role of oxytocin. *Front Psychol.*, 3:1–15.
- Bud, I. & Vlădău, V.V. (2009). Cockerii. Creștere, înmulțire și dresaj. Ed. Risoprint, Cluj-Napoca.
- Chandler, C. (2007). Animal Assisted Therapy in Counselling. Routledge, New York.
- Chitic, V., Rusu, A.S., & Szamoskozi, S. (2012). The Effects of Animal-Assisted Therapy on Communication and Social Skills. *Transylvanian Journal of Psychology*, 1:2–13.
- Decun, M. (2004). Etologia, bunăstarea și protecția animalelor. Ed. Mirton, Timișoara.
- Dotson, M.J., & Hyatt E. (2008). Understanding dog–human companionship. *Journal of Business Research*, 6: 457–466.
- Falvo, D. (2005). Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publisher.
- Fox, M. (1981). Relationships between human and non-human animals in interrelations between people and pets. In: Fogle Bruce, editor. *A symposium on the human–companion animal bond*, London, England.
- Gray, C. (2000). The new Social Story book. (Illustrated edition). Arlington, TX: Future Horizons, Inc.
- Hemmer, H. (1990). Domestication: The Decline of Environmental Appreciation. Cambridge University Press, Cambridge.
- Hirschman, E. (1994). Consumers and their animal companions. *J Consum Res*, 4, 616–632.
- Holbrook, M., Stephens, D., Day, E., Holbrook, S., & Strazar G. (2001). A collective stereographic photo essay on key aspects of animal companionship: the truth about cats and dogs. *Acad Market Sci Rev*, 1:1–17.
- Horseman, N.D. (Ed.). (2012). *Prolactin* (Vol. 12). Springer Science & Business Media.
- IsHak, W.W., Kahloon, M., & Fakhry, H. (2011). Oxytocin role in enhancing well-being: a literature review. *Journal of Affective Disorders*, 130:1–9.
- Koegel, L.K., Koegel, R.L., & Brookman, L.I. (2005). Child initiated interactions that are pivotal in intervention for children with autism. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), Washington, DC: American Psychological Association.
- Kruger, K.A. & Serpell, J.A. (2010). Animal-assisted interventions in mental health: definitions and theoretical foundations. In HA Fine (Ed.). *Handbook of animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice* (3rd Ed.) (pp. 33–48). London: Academic Press.
- Leslie, A.M. (1994). ToMM, ToBy and Agency: Core architecture and domain specificity. In L.A. Hirschfeld and S.A. Gelman (Eds.), *Mapping the Mind. Domain Specificity in Cognition and Culture* (pp. 119–148). Cambridge: Cambridge University Press.

- Marinelli, L., Adamelli, S., Normando, S. and Bono, G. (2007). Quality of life of the pet dog: Influence of owner and dog's characteristics. *Applied Animal Behaviour Science*, 108:143–156.
- Martin, F., Farnum, J. (2002). Animal-Assisted Therapy for Children With Pervasive Developmental Disorders, *Western Journal of Nursing Research*, 24:657–670.
- Miklosi, A. (2007). Dog Behaviour, Evolution, and Cognition. Oxford University Press, New York.
- Morrison, M.L. (2007). Health benefits of animal-assisted interventions. *Complementary health practice review*, 12:51–62.
- Neumann, I. D. (2008). Brain oxytocin: a key regulator of emotional and social behaviours in both females and males. *Journal of neuroendocrinology*, 20:858–865.
- Nimer, J., Lundahl, B. (2007). Animal-assisted therapy: a meta-analysis.(Report). *Anthrozoos*, 20:225–239.
- Odendaal, J.S.J. (2000). Animal-assisted therapy – magic or medicine? *Journal of Psychosomatic Research*, 48:275–80.
- Odendaal, J.S.J., Lehmann, S.M.C., (2000). The role of phenylethylamine during positive human–dog interaction. *Acta Vet Brno*, 69:183–188.
- Odendaal, J.S.J., Meintjes, R.A. (2003). Neurophysiological correlates of affiliative behavior between humans and dogs. *The Veterinary Journal*, 165:296–301.
- Olsson, M.B., & Hwang, C.P. (2002). Sense of Coherence in parents of children with different developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46:548–559.
- Pet Partners Society. About animal-assisted activities & animal-assisted therapy. <http://www.petpartners.org/>.
- Pietromonaco, P.R., DeBuse, C.J., & Powers, S. I. (2013). Does attachment get under the skin? Adult romantic attachment and cortisol responses to stress. *Current directions in psychological science*, 22:63–68.
- Pop, D., Rusu, A.S., Pop-Vancia, V., Papuc, I., Constantinescu, R., & Mireșan, V. (2014). Physiological Effects of Human-Animal Positive Interaction in Dogs – Review of the Literature, *Bulletin of UASVM*, 71:102–110.
- Prothmann, A., Ettrich, C., & Prothmann, S. (2010). Preference for, and Responsiveness to, People, Dogs and Objects in Children with Autism. *Anthrozoos*, 22:161–171.
- Redefer, L.A., & Goodman, J.F. (1989). Brief report: Pet-facilitated therapy with autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19:461–467.
- Rusu, A.S. (2012). Interacțiunea om-animal: elemente de etologie aplicată și terapie asistată de animale, Ed. Bibliotek, Cluj-Napoca.
- Schopler, E., Reichler, R.J., DeVellis, R.F., & Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Disord*, 10: 91–103.
- Seligman, M. (2000). Conducting effective conferences with parents of children with disabilities: A guide for teachers. New York: Guilford Press.
- Serpell, J. (1995). The Domestic Dog: Its Evolution, Behaviour and Interactions with People. Cambridge University Press, Cambridge.
- Serpell, J.A., & Duffy, D.L. (2014). Dog Breeds and Their Behavior. In *Domestic Dog Cognition and Behavior*. Springer Berlin Heidelberg.
- Shannon, L.M., Boyko, R.H., Castelhana, M., Corey, E., Hayward, J.J., McLean, C., White, M.E., Said, M.A., Anita, B.A., Bondjengo, N.I., Calero, J., Galov, A., Hedimbi, M., Imam, B., Khalap, R., Lally, D., Masta, A., Oliveira, K.C., Perez, L., Randall, J., Tam, N.M., Trujillo-

- Cornejo, F.J., Valeriano, C., Sutter, N.B., Todhunter, R.J., Bustamante, C.D., & Boyko, A.R. (2015). Genetic structure in village dogs reveals a Central Asian domestication origin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112:1–6.
- Watson, N.L., Weinstein, M. (1993). Pet ownership in relation to depression, anxiety, and anger in working women. *Anthrozoos*, 6:135–138.

Profilul de dezvoltare al abilităților verbale la elevii cu ADHD. Implicații asupra performanței școlare

*Cucicea Tabita Natașa**

ABSTRACT

Besides difficult-to-manage behavior, ADHD includes impairment in several cognitive processes that are key for learning, impairments that impact school performance. Recent longitudinal research has shown that children with ADHD are at high risk for academic failure, grade repetition, placement in special education, and school drop-out. A critical factor for academic success is represented by an optimal language functioning within all its main aspects: phonological, morphological, lexical and pragmatic. This paper presents the profile of language functioning in the case of a student with ADHD and argues that interventions aimed at improving school performance of students with ADHD should address both executive functioning deficits and language dysfunctions.

Keywords: *ADHD, language abilities, school performance, personalised intervention plan.*

Introducere

Limbajul și comunicarea reclamă dezvoltarea unui spectru larg de abilități verbale. O parte a acestor abilități sunt dobândite devreme în ontogeneză, în timp ce abilitățile verbale mai complexe sunt dezvoltate, cu precădere, în cadrul învățământului formal. Însă, rafinarea limbajului și comunicării, în special în sfera laturilor limbajului, poate fi limitată de prezența unor particularități de dezvoltare în cazul unor elevi. Dificultățile de limbaj și comunicare întâmpinate de elevi în context școlar au un impact negativ asupra performanței școlare.

Tulburarea hiperactivitate/ deficit de atenție (ADHD) este o condiție neurobiologică caracterizată prin simptome severe și pervazive de hiperactivitate, neatenție și impulsivitate, ce afectează un număr semnificativ de copii din întreaga lume, a cărei simptome pot să persiste în adolescență și la vârstă adultă.

Dezvoltarea limbajului și a comunicării este în strânsă legătură cu dezvoltarea neuropsihologică. Atât procesarea limbajului, cât și producerea vorbirii implică o serie de procese neuropsihologice care sunt condiționate de integritatea structurală și funcțională a componentelor și circuitelor neuronale. Dificultățile întâlnite la copiii cu ADHD sunt mai mult legate de anumite deficiențe la nivelul procesării

* Psihopedagog, Liceul Tehnologic Special „SAMUS”, Cluj-Napoca.

informației. Pe lângă simptomele comportamentale de neatenție, hiperactivitate și impulsivitate, tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție este caracterizată și de anumite deficite ale unor procese cognitive, în special cele din sfera funcțiilor executive – precum inhibarea răspunsului (Barkley, 1997) și memoria de lucru (Tannock, 1998) care ar putea avea implicații asupra dezvoltării abilităților verbale.

Copiii cu tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție pot întâmpina dificultăți în toate sferile limbajului. În ce privește latura semantică, au dificultăți în înțelegerea semnificației cuvintelor. Sub aspect sintactic, pot apărea dificultăți în utilizarea și/sau înțelegerea unităților sintactice, a funcțiilor și raporturilor dintre ele. Pe lângă acestea, au dificultăți în utilizarea limbajului ca mijloc de interacțiune socială sau pentru atingerea unui scop specific, și anume asupra laturii pragmatice a limbajului.

Abordarea și monitorizarea disfuncțiilor comportamentale în ADHD nu vizează numai simptomele pervazive de hiperactivitate, deficit de atenție și impulsivitatea. Fiind o tulburare cu substrat neurologic caracterizată prin deficite la nivelul funcțiilor executive, trebuie luate în considerare implicațiile pe care aceste deficite le pot avea asupra dezvoltării limbajului și comunicării, respectiv asupra performanței școlare la elevii cu ADHD.

Evaluarea funcțiilor executive și a abilităților verbale reprezintă un pas important în identificarea nivelului de dezvoltare a unor abilități ce corelează semnificativ în ceea ce privește capacitatea de învățare. Întrucât funcțiile executive sunt direct implicate în situațiile de învățare, orice deficit prezent la nivelul acestor abilități cognitive distincte poate afecta negativ atât dezvoltarea abilităților verbale, cât și performanța școlară a elevilor cu ADHD. În acest moment, și în România există o serie de instrumente de evaluare standardizate din care pot fi selectate o serie de teste menite să pună în evidență nivelul de dezvoltare a aptitudinilor cognitive și a abilităților verbale, ce pot fi utilizate și în cazul elevilor diagnosticați cu ADHD.

Cunoașterea punctelor forte și a limitelor reale pe care elevii cu ADHD le au din punct de vedere al dezvoltării abilităților verbale reprezintă punctul de pornire în stabilirea modalităților de intervenție, ce se materializează prin elaborarea planului de intervenție personalizat. Studiul de față, prin dimensiunea sa calitativ-constatativă, evidențiază profilul dezvoltării abilităților verbale în cazul unui elev diagnosticat cu ADHD predominant neatent, și oferă o privire de ansamblu asupra proiectării și implementării activităților educațional-terapeutice, pornind de la nevoile de dezvoltare ale elevului cu ADHD.

Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție (ADHD)

Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție (ADHD) este o tulburare de dezvoltare cu substrat neurobiologic care este caracterizată de prezența unor simptome severe

și pervazive de neatenție și/sau hiperactivitate-impulsivitate (DSM-V). În stabilirea diagnosticului sunt luate în considerare 6 sau mai multe din următoarele simptome, manifestate pe o perioadă de cel puțin 6 luni, într-o măsură ce este inconsistentă cu etapa de dezvoltare și care au un impact negativ în activitățile sociale, școlare sau ocupaționale:

I. Neatenție:

- a) Este incapabil adesea de a da atenția cuvenită detaliilor ori face erori din neglijență în efectuarea temelor școlare, la serviciu sau în alte activități.
- b) Adesea are dificultăți în susținerea atenției asupra sarcinilor sau activităților de joc.
- c) Adesea pare a nu asculta când i se vorbește direct.
- d) Adesea nu se conformează instrucțiunilor și este incapabil să-și termine temele pentru acasă, sarcinile casnice ori obligațiile la locul de muncă (nedatorate comportamentului opoziționist sau incapacității de a înțelege instrucțiunile).
- e) Adesea are dificultăți în organizarea sarcinilor și a activităților.
- f) Adesea evită, are aversiune, nu este dispus să se angajeze în sarcini care necesită un efort mental susținut (cum ar fi efectuarea temelor în clasă sau acasă).
- g) Adesea pierde lucruri necesare pentru diverse sarcini sau activități (de exemplu, jucării, teme pentru acasă, creioane, cărți, instrumente).
- h) Adesea este ușor distras de stimuli irelevanți.
- i) Adesea este uituc în activitățile cotidiene.

II. Hiperactivitate-impulsivitate:

- a) Adesea se joacă cu mâinile sau cu picioarele sau se „foiește” pe loc.
- b) Adesea își lasă locul în clasă sau în alte situații în care este de dorit să rămână așezat.
- c) Adesea aleargă în jur sau se cațără excesiv de mult, în situații în care acest lucru este inadecvat (la adolescenți sau la adulți poate fi limitat la sentimentul subiectiv de neliniște).
- d) Adesea are dificultăți în a se juca sau în a se angaja în activități distractive în liniște.
- e) Adesea este „în continuă mișcare” sau acționează ca și cum „ar fi împins de un motor”.
- f) Adesea vorbește excesiv de mult.
- g) Adesea răspunde înainte ca întrebările să fi fost complet formulate.
- h) Adesea are dificultăți în a-și aștepta rândul.
- i) Adesea întrerupe sau deranjează pe alții (de exemplu, intervine în conversațiile sau jocurile altora).

Pornind de la simptomatologie, pot fi identificate *trei subtipuri* ale tulburării:

- a) Subtipul predominant hiperactiv-impulsiv – în acest caz, majoritatea simptomelor (șase sau mai multe) sunt din categoria celor de hiperactivitate și impulsivitate,

cu mai puțin de șase simptome de neatenție identificate, deși, și aceste semne pot fi prezente într-o oarecare măsură.

- b) Subtipul predominant neatent – cele mai multe simptome sunt incluse în categoria celor de neatenție, fiind identificate, pe lângă acestea, șase sau mai puține simptome de hiperactivitate și impulsivitate.
- c) Subtipul combinat, în care șase sau mai multe simptome de neatenție, și șase sau mai multe simptome hiperactivitate și impulsivitate sunt prezente. Acest subtip este cel mai des întâlnit în rândul copiilor cu ADHD. Subtipul mixt întâmpină dificultăți în atenția susținută și grad ridicat de distractibilitate la stimulii din mediu.

Uneori, copiii cu ADHD pot avea alte tulburări coexistente, cum sunt tulburarea opoziționism provocator, tulburări de conduită, anxietate, depresie sau dificultăți de învățare.

Etiologie

Identificarea cauzelor unei tulburări constituie un pas important în stabilirea demersului de intervenție. Deși etiologia ADHD nu este clară, literatura de specialitate aduce în discuție factori ce pot contribui în mod semnificativ la apariția acestei condiții clinice, precum factorii ce țin de moștenirea genetică și factorii de mediu.

Datele obținute din studiile neuroimagistice evidențiază că persoanele cu ADHD prezintă unele anomalii la nivelul lobului frontal și în ganglionii bazali (Filipek și colab., 1997; Castellanos și colab., 1996). În urma studiilor realizate cu rezonanță magnetică, s-a constatat că volumul creierului în regiunile prefrontal posterior, ariile motorii de asociație, respectiv în regiunile anterioare ganglionilor bazali la subiecții cu ADHD era cu 10% mai mic decât în cazul celor din grupul de control. Aceste modificări în structura neuroanatomică a regiunilor cerebrale pot determina deficite de procesare a informației și deficit atențional.

În cazurile în care ereditatea a fost exclusă ca factor implicat în apariția tulburării, au fost incriminați o serie de factorii de mediu, precum sarcina cu risc, expunerea prenatală la consum de tutun, alcool și droguri (Linnet și colab., 2002; Mick et al., 2002), nașterea prematură sau greutatea mică la naștere. Pe lângă aceștia, traumatismele postnatale cu afectarea regiunii prefrontale a creierului s-au dovedit a crește riscul de dobândire a tulburării (Barkley și Murphy, 2006).

Modalități de intervenție

În prezent, abordările terapeutice ale ADHD se concentrează pe administrarea medicației psihostimulante, pe intervenții comportamentale și educaționale menite să reducă frecvența comportamentelor disruptive și să crească gradul de angajare în sarcină.

Medicația cel mai frecvent administrată include metilfenidatul (Concerta, Ritalin) și atomoxetina (Strattera). Deși tratamentul medicamentos pare să reducă frecvența hiperactivității, există numeroase efecte adverse care au implicații negative asupra funcționării în viața de zi cu zi, cele mai întâlnite fiind tulburările de somn și cele de alimentație. Terapie prin medicație are efecte asupra comportamentului la aproximativ 70–80% dintre copii, însă, există puține date care să susțină eficiența psihostimulantelor asupra îmbunătățirii performanței cognitive în activitățile școlare la elevii cu ADHD. Așadar, studiile arată că reducerea frecvenței comportamentelor disruptive nu influențează în mod semnificativ performanța școlară.

Adesea, comportamentele disruptive ale copiilor cu ADHD rezultă pe fondul abilităților slabe de control al furiei. Intervenția prin terapie comportamentală implică dezvoltarea unor abilități de autoreflexie și de monitorizare a propriului comportament, prin care să fie redusă frecvența comportamentelor disruptive, ceea ce poate determina creșterea gradului de implicare în activități de învățare. Un aspect benefic al terapiei comportamentale este învățarea copilului cu un sistem stabil de recompense și pedepse pentru fiecare comportament manifestat. Un alt beneficiu al acestei intervenții îl constituie posibilitatea de a-i învăța pe părinți și pe educatori să folosească un sistem unitar de recompense și pedepse, ca rezultatele obținute în terapie individuală să fie extinse și în celelalte medii sociale ale copilului.

Sondaje epidemiologice longitudinale realizate în Canada și în Statele Unite în perioada copilăriei la subiecții cu ADHD, arată că deficitul de atenție este un predictor pentru rezultate slabe în performanța la citire și matematică (Spira & Fischel, 2005; Tannok, 2003). Aceleași sondaje au evidențiat un risc crescut pentru repetenție și eșec școlar și, totodată, posibilități reduse de angajare la vârstă adultă în cazul persoanelor cu ADHD. De aceea, intervenția educațională este esențială pentru contracararea aspectelor negative pe care simptomatologia ADHD o are asupra învățării.

Intervenția educațională implică modificarea metodelor de lucru și utilizarea unor tehnici de monitorizare a comportamentului la elevii cu ADHD. Potrivit studiilor, prin acest tip de intervenție se reduce frecvența comportamentelor disruptive și ajută elevul să atingă rezultate mai bune în învățare. Principiile de bază în activitățile educaționale cu elevii cu ADHD constau în reducerea volumului sarcinii cognitive în învățare și evitarea supraîncărcării memoriei de lucru (Tannok, 2007).

Funcționarea executivă la copiii cu ADHD

Conceptul de „funcții executive” este un concept umbrelă care face referire la un set de abilități distincte, implicate în planificarea, inițierea și reglarea comportamentului orientat către un scop. Dintre abilitățile ce fac parte din această categorie menționăm: controlul atențional, flexibilitatea cognitivă, planificarea strategică,

generarea de ipoteze, controlul inhibitor, respectiv memoria de lucru. Spre exemplu, o situație nouă de învățare prin rezolvare de probleme, reclamă căutarea activă și planificată a informației în memoria de lungă durată, un efort atențional susținut, inhibarea răspunsurilor neadecvate, coordonarea simultană a două tipuri de informații, detectarea erorilor și corectarea acestora. În general, în orice tip de activitate la care o persoană participă conștient, sunt implicate două sau mai multe abilități cognitive.

Controlul atențional implică atât capacitatea de susținere a atenției în prezenta unor factori distractori, a oboselii sau plictiselii din timpul activității, cât și capacitatea de a superviza activitatea și de a comuta atenția după cerințele mediului. Concentrarea atenției asupra sarcinii și ignorarea informației irelevante din mediu este importantă în orientarea comportamentului către scop.

Flexibilitatea cognitivă se referă la abilitatea de a mobiliza cunoștințele și strategiile de lucru și permite adaptarea cunoștințelor și strategiilor de lucru în funcție de context, ea este, deci, una dintre abilitățile esențiale în activitățile complexe de învățare. (Baroody & Dowker, 2003; Rittle-Johnson & Star, 2007; Star & Seifert, 2006). Unele studii arată că, elevii care reușesc să-și mobilizeze flexibil cunoștințele pe care le au, își adaptează strategiile pe care le cunosc și le transferă în situații nefamiliare (Rittle-Johnson & Star, 2007). O modalitate eficientă de măsurare a capacității de flexibilitate constă în sarcini de comutare a atenției. Abilitatea de comutare a atenției se dezvoltă în copilăria mare, însă se rafinează în perioada școlară și în adolescență, iar, potrivit cercetărilor, comutarea atenției corelează cu abilitatea de inhibiție cognitivă (Conway, Kane și Engle, 2003) și cu abilități de scriere (Hooper, Swartz și colab., 2002).

Planificarea strategică se referă la abilitatea de luare a deciziilor asupra demersului ce trebuie parcurs pentru atingerea unui scop. Dezvoltarea abilității de planificare are loc gradual și este în strânsă legătură cu experiențele de învățare de care subiectul beneficiază. De aceea, copiii au performanțe mai scăzute decât adulții în planificarea unor sarcini mai complexe, care necesită un control ridicat de control al comportamentului și al consecințelor lui (Maier, 2012).

Memoria de lucru vizează abilitatea de stocare și procesare simultană a informației în sarcinile de lucru complexe. Prin intermediul memoriei de lucru se realizează conexiunea între informațiile deja stocate și cele noi, în timpul unei experiențe noi de învățare. Memoria de lucru este direct implicată în sarcinile de comprehensiune (Just & Carpenter, 1992), subcomponentele memoriei de lucru, verbală și vizuo-spațială contribuind la diferite aspecte ale comprehensiunii textelor scrise (Friedman & Miyake, 2000).

Controlul inhibitor desemnează procesul de control ce constă în eliminarea activă a unui răspuns prepotent în funcție de tipul de răspuns solicitat: motor sau

cognitiv. Inhibiția motorie vizează capacitatea de a controla propriul comportament, prin suprimarea comportamentelor motorii automate sau predominante. Inhibiția cognitivă implică, pe de-o parte, suprimarea unui răspuns prepotent, respectiv abilitatea de a ignora sau a de a reduce inferența generată de stimulii irelevanți din mediul exterior.

Impactul deficitelor în funcționarea executivă asupra abilităților verbale în contextul ADHD

Investigarea deficitelor la nivelul funcțiilor executive, ca trăsături implicite ale tulburării hiperactivitate/deficit de atenție a constituit subiectul unor cercetări de amploare (Alderson, Rapport și Kofler, 2007). Primele modele teoretice au explicat condiția ADHD din prisma afecțiunilor și disfuncțiilor cerebrale (Strauss și Lehtinem, 1947). Ulterior, s-au dezvoltat teorii unistrukturale care explicau disfuncțiile comportamentale ale ADHD din prisma deficitelor la nivelul atenției susținute (Douglas, 1972), dificultăților de autoreglare (Sergeant și colab., 1999), deficitelor memoriei de lucru (Rapport și colab., 2001) și în ce privește deficitul de inhibiție a comportamentului (Barkley, 1997).

Implicațiile pe care deficitul în funcționarea executivă, mai exact deficitul memoriei de lucru, le are asupra abilităților verbale în populația diagnosticată cu ADHD, a făcut subiectul a câtorva cercetări (Cohen și colab., 2000; Karatekin & Asarnow, 1998; Kempton și colab., 1999).

Comprehensiunea verbală reclamă abilități de înțelegere a detaliilor pertinente, abilitatea de a realiza inferențe, respectiv de auto-monitorizare a comprehensiunii. Acest tip de sarcină poate fi o provocare inclusiv pentru orice persoană, dat fiind că situația depinde de modalitatea în care este prezentată sarcina: expozitiv, descriptiv sau sub forma unui argument logic. Spre exemplu, textele expozitive conțin, de obicei, informații noi, sunt mai puțin predictibile în ce privește structura, au un volum mare de informație și implică activitatea intensă a memoriei de lucru (Graesser, Zinger & Trabasso, 1994; după Tannok, 2002). În continuare, sunt prezentate datele unui studiu realizat cu elevii diagnosticați cu ADHD, care a investigat natura deficitelor în sarcini de comprehensiune verbală.

Așa cum s-a evidențiat în studii precedente (Cohen, 2000), copii cu ADHD prezintă deficite la nivelul memoriei de lucru. Având în vedere că memoria de lucru este implicată în sarcini școlare complexe, un studiu realizat în anul 2002 cu elevi cu ADHD a dorit investigarea naturii deficitelor care apar în sarcinile de comprehensiune verbală (Tannok, 2002). Întrebarea de la care a pornit studiul a fost dacă elevii cu ADHD au dificultăți în sarcinile de comprehensiune verbală care implică activitatea memoriei de lucru, abilități de auto-monitorizare și procesare a informației chiar și

atunci când aceștia au un abilități verbale de bază dezvoltate. Unul dintre obiectivele studiului a vizat urmărirea relației dintre performanța abilităților de comprehensiune, pornind de la teste de limbă maternă standardizate, și cea a memoriei de lucru.

Rezultatele studiului au relevat următoarele aspecte:

1. Copiii cu ADHD din eșantionul implicat în cercetare, care aveau abilități verbale de bază dezvoltate conform vârstei cronologice, măsurate prin testele de limbă standardizate, au prezentat deficite la nivelul abilităților de comprehensiune la pasajele cu caracter expozitiv. În sarcinile bazate pe înțelegerea narațiunilor, copiii cu ADHD au avut rezultate asemănătoare cu cei din grupul de control. Totodată, copiii cu ADHD au avut dificultăți în realizarea de inferențe în cazul pasajelor cu caracter expozitiv, și în ce privește monitorizarea înțelegerii instrucțiunilor.
2. Față de grupul de control, copiii cu ADHD au prezentat deficite la nivelul abilităților memoriei de lucru verbale, în ceea ce privește manipularea informației, nu și în menținerea informației în memoria de lucru. De asemenea, comparativ cu grupul de control, aceștia au avut rezultate semnificativ mai slabe în sarcinile ce vizau abilitatea memoriei vizuo-spațiale.
3. Copiii cu ADHD au avut un nivel semnificativ mai scăzut în detectarea erorilor dintr-o secvență a instrucției, chiar dacă pasajele de text au fost scurte, simplu formulate, cu informații din activități familiare de rutină.

Particularități ale funcționării executive la copiii cu ADHD și performanța școlară

Studiile arată că deficitele la nivelul funcțiilor executive pot avea efecte nefaste în viața persoanelor în ceea ce privește realizarea activităților la locul de muncă, la școală sau acasă, și în dezvoltarea și menținerea relațiilor sociale semnificative (Grafman și colab., 1996; Braff & Mintz, 2000, după Chan și colab., 2008).

Conform unui model teoretic explicativ asupra disfuncțiilor executive în cazul copiilor cu ADHD (Barkley, 1997), există o legătură între inhibiția cognitivă și patru funcții neuropsihologice care depind preponderent de controlul inhibitor. Acestea sunt memoria de lucru, autoreglarea afectivă și motivațională, limbajul intern și reconstituirea comportamentului. Așadar, deficitul primar este identificat în ceea ce privește răspunsul inhibitor, deficitele la nivelul celorlalte abilități fiind secundare acestuia. Mai mult, deficitele secundare determină o diminuare a capacității de control al comportamentului și un nivel redus de control atențional.

De asemenea, în baza altor cercetări, elevii cu ADHD au performanță școlară slabă în comparație cu posibilitățile lor intelectuale (Loe și Feldman, 2007) ce se pot datora deficitelor la nivelul funcțiilor executive ce stau la baza procesării și

organizării informației. Datorită unui nivel semnificativ scăzut de performanță școlară, riscul ca acești elevi să fie plasați în învățământul special sau să rămână repetenți este ridicat (Biederman și colab., 2004). Totodată, comportamentele disruptive manifestate pot duce chiar la eliminare sau exmatriculare (LeFever și colab., 2002).

Cercetările mai arată că elevii cu ADHD se confruntă cu eșecul școlar datorită unei productivități reduse în activitățile de învățare. Adesea, ei obțin rezultate semnificativ mai mici în comparație cu grupurile de control, la toate materiile școlare (Barry și colab., 2002). De exemplu, acești elevi au rezultate slabe în sarcinile de citire, de ortografie și de aritmetică (Tannok, 2003) în pofida unui coeficient de inteligență încadrat în media populației.

Totuși, problemele pe care elevii cu ADHD le prezintă în învățare sunt eterogene raportat la subtipul diagnosticat, și se observă că, în mod particular, rezultatele slabe la aritmetică sunt comune în cazul celor predominant neatenți și la cei cu subtip combinat, nereușita în sarcinile aritmetice fiind asociată dificultăților de atenție, și nu hiperactivității/impulsivității.

Laturile limbajului și abilitățile verbale

Limbajul uman nu constituie doar o cale de comunicare, ci el implică reflecția ca moment pentru planificarea acțiunilor, schimbarea strategiilor și adaptarea conținutului informațional, și nu în ultimul rând, a comportamentului la situațiile date. Limbajul reprezintă, totodată, al doilea sistem de semnalizare și este organizat, la nivelul fiecărui popor, într-un sistem lingvistic. Comunicarea prin utilizarea limbajului se manifestă prin diverse abilități fonologice, morfologice, pragmatice, fiecare corespunzând unor componente ale sistemului lingvistic.

Conștientizare fonologică reperzintă abilitatea de a indentifica și de a manipula structurile fonemice ale cuvintelor. Sunt studii care arată că, un nivel dezvoltat al conștiinței fonologice este predictor pentru reușita de a citi cuvinte și de a le ortografia corect (Bryant și colab., 1990; Muter și colab., 2004). Dificultățile de procesare fonologică se manifestă în vorbire prin erori de pronunție și coarticulare, manifestate prin omisiuni sau substituirii de sunete/silabe sau prin schimbarea accentului în cadrul unui cuvânt. În ambele cazuri, este afectată semnificația conținutului, având implicații directe asupra comprehensiunii mesajului.

Morfemul este unitatea cea mai mică a sistemului lingvistic, purtătoare atât de expresie, cât și de conținut (Bodea-Hațegan, 2014). La nivel de expresie, morfemele sunt compuse din foneme, iar la nivel de conținut, morfemele sunt alcătuite din semanteme. Morfemul construiește sens numai atunci când este atașat unui lexem, făcându-se astfel trecere la nivelul lingvistic următor, și anume înspre latura semantică a limbajului. Cunoașterea morfemelor flexionare și a celor derivate se realizează din

perioada preșcolară și continuă până la vârstă adultă (Cain, 2012). Unele aspecte ale laturii morfologice pentru structuri semantice simple sunt desprinse din contexte obișnuite de viață încă de la vârste fragede. Acestea se referă la utilizarea formei de plural, conjugarea verbelor în funcție de reperele temporale și de context, respectiv acordul adjectivului cu substantivul care îl precede. Însă, rafinarea limbajului prin folosirea afixelor și utilizarea unor categorii morfologice mai complexe se realizează preponderent în activitățile formale din școală. Conform studiilor, abilitățile de procesare morfologică contribuie la dezvoltarea abilității de a citi (Deacon & Kirkby, 2004).

Latura semantică a limbajului este strâns legată de conceptul de lexic. Toate unitățile semnificative ale unei limbi sunt cuprinse în lexic. Aceste unități semnificative de bază se referă la lexeme, cuvinte sau părți a unor cuvinte (rădăcina cuvântului) care servesc ca suport minimal al semnificației. Uneori, termenii lexic și vocabular sunt puși într-o relație de sinonimie. Însă, lexicul cuprinde toate unitățile semnificative ale unei limbi ca ansamblu de cuvinte în uz în cadrul acelei limbi, în timp ce vocabularul reprezintă volumul de cuvinte cunoscute de către o persoană.

Vocabularul cuprinde cunoștințele pe care le avem despre semnificația cuvintelor, înțelegerea izolată a cuvintelor fiind esențială pentru înțelegerea propozițiilor și apoi a textului ca întreg. O modalitate de a evalua vocabularul la copiii care nu au dobândit actul citirii este acela de a solicita indicarea imaginilor care ilustrează cuvintele prezentate verbal. În acest mod, poate fi evaluat vocabularul receptiv. Abilitatea de a produce cuvinte poate fi măsurată prin formularea de propoziții cu un set de cuvinte date sau prin definirea acestora. În acest fel, poate fi evaluat volumul vocabularului expresiv.

Abilitatea de vocabular este o abilitate verbală de bază. Ceea ce interesează din acest punct de vedere este extinderea vocabularului și cunoașterea relațiilor și asocierilor dintre cuvinte. În urma unor cercetări s-a constatat că, comprehensiunea citirii este mai puternic asociată cu profunzimea cunoștințelor de vocabular, decât volumul vocabularului (Quellette, 2006; Tannenbaum, Torgesen și Wagner, 2006; după Cain, 2012). În plus, cu cât vocabularul este mai extins și cunoștințele de vocabular mai profunde, cu atât crește capacitatea de a realiza inferențe în sarcini complexe de învățare.

Stabilirea relațiilor dintre cuvinte este importantă pentru transmiterea unui mesaj. Sintagma reprezintă un ansamblu liniar de elemente ale limbii care aparțin unor clase diferite, între care există un raport de subordonare. Asemenea cuvântului, enunțul face parte din categoria unităților biplane, fiind alcătuit din foneme din punct de vedere al unității de expresie, respectiv din morfeme, lexeme și cuvinte din punct de vedere al unității de conținut.

Ordinea și succesiunea cuvintelor dintr-un enunț se realizează după reguli distincte pentru fiecare limbă vorbită. Topica unei propoziții este foarte importantă pentru a se asigura coerența mesajului ce se dorește a fi transmis. Totodată, cunoștințele despre semnificația cuvintelor sunt importante pentru a asigura sensul mesajului transmis, însă, de multe ori, semnificația cuvintelor este influențată de structuri gramaticale utile pentru generarea de sens la nivelul propoziției. Așadar, coerența unui text decurge din modalitatea de integrare a cuvintelor și a cunoștințelor sintactice la nivelul fiecărei fraze. Dificultățile de utilizare corectă a unor cuvinte, cât și folosirea eronată a categoriilor morfologice și gramaticale afectează direct comunicarea unor conținuturi precise, atât verbal, cât și în scris.

Latura pragmatică înglobează toate celelalte patru laturi ale limbajului, ce sunt structurate conform contextului în care are loc comunicarea și după principiile folosirii limbajului. Principiul fundamental de funcționare a limbajului vizează selectarea elementelor opozabile, din planul paradigmatic și îmbinarea acestora, prin contrast în planul sintagmatic (Bodea-Hațegan, 2014).

Limbajul pragmatic se referă la utilizarea limbajului ca modalitate de interacțiune socială. Termenul de context vizează identitatea participanților la actul comunicării, variabilele spațiale și temporale ai evenimentelor verbale, respectiv cunoștințele și intențiile participanților. Utilizarea limbajului este influențată de cultura în care trăiesc persoanele, de experiența de viață a acestora și de abilitățile acestora de a elabora un mesaj și de a-l transmite. La nivelul limbajului pragmatic pot fi evidențiate modalitățile de integrare a fiecărei laturi a limbajului și capacitatea de autoreglare a persoanei în funcție de context.

Implicații ale dezvoltării abilităților verbale asupra performanței școlare la elevii cu ADHD

Limbajul și comunicarea, orală sau scrisă, presupune utilizarea de conținuturi semantice ordonate după principii prestabilite. Conținuturile semantice includ cuvintele, iar principiile se referă la regulile gramaticale și topica în care este prezentat discursul. Limbajul pragmatic cuprinde, pe lângă utilizarea unui vocabular și a regulilor de elaborare a unui mesaj, sensibilitate față de context, flexibilitate cognitivă, strategii metacognitive, și nuanțe nonverbale care întregesc mesajul verbal. Aceste nuanțe vizează reglarea volumului vocii conform contextului, adaptarea mimicii feței și a gesturilor după conținutul mesajului, respectiv utilizarea unor formule specifice de adresare. Bineînțeles că, nuanțele nonverbale ale comunicării depind de contextul istoric și social, unanim acceptate în societate. Abaterile de la normele sociale de utilizare a limbajului pot evidenția întârzieri sau tulburări de vorbire și comunicare în cazul unor categorii clinice din populație.

Nivelul dezvoltării abilităților verbale și a funcțiilor executive, alături de capacitatea intelectuală fluidă, reprezintă un punct de reper în conturarea potențialului pentru învățare. Dificultățile de organizarea a informației transmise verbal și de autoreglare a limbajului sunt asociate cu ADHD (Tannock, Schachar, 1996). În ceea ce privește abilitățile instrumentale (scrisul și cititul), cercetări recente sugerează faptul că problemele comportamentale ale copiilor diagnosticați cu ADHD la vârstă preșcolară, mai ales cele care implică simptome de neatenție, sunt predictorii pentru o performanță slabă la citire (Rabiner 2000). Totodată, unele studii au evidențiat că elevii cu ADHD predominant neatenți prezintă abilități scăzute de procesare ortografică (Willcutt și colab., 2005), având dificultăți în reprezentarea vizuală a proprietăților cuvintelor în memoria de lucru.

Procesarea ortografică este implicată atât în dezvoltarea abilităților de citire, cât și în cea de scriere. Deși profilurile de citire sunt variate în cazul elevilor cu ADHD, s-a observat că aproximativ 15% până la 40% dintre aceștia prezintă o tulburare de citire coexistentă (Willcutt și colab., 2005). Așadar, tulburarea de citire coexistă cu deficite la nivelul abilităților verbale de bază (de exemplu, procesare fonologică deficitară, fluentă verbală scăzută, viteză redusă de decodare a literelor și a cuvintelor), respectiv cu deficite în funcționarea executivă (memorie de lucru slabă, control inhibitor scăzut). În sarcinile de citire și prelucrare a informației s-a observat că elevii cu ADHD prezintă următoarele particularități:

- viteză redusă de citire a cuvintelor izolate sau a pseudocuvintelor (Ghelani și colab, 2004);
- dificultăți în reactualizarea informațiilor din povestiri și în repovestirea narațiunilor într-o manieră organizată și coerentă;
- dificultăți în organizarea secvențelor din text și identificarea punctului culminant din narațiuni (Lorth, 1998);
- apar erori în realizarea inferențelor pornind de la un set de informații prezentate verbal;

Exprimarea în scris este tipul de activitate în care majoritatea elevilor cu ADHD întâmpină probleme semnificative la școală (Berninger și colab., 2002). Elaborarea enunțurilor complexe sau a compunerilor presupune utilizarea unui set complex de abilități cognitive, la care se adaugă actul grafomotor. Așadar, dificultățile care apar în elaborarea scrierii se datorează unor strategii insuficiente de planificare și organizare coerentă și logică a informațiilor, precum și celor de organizare a spațiului grafic și de manipulare a instrumentului de scris, care afectează scrierea din punct de vedere estetic.

Multe dintre dificultățile ce caracterizează activitatea de scriere la elevii cu ADHD – codare ortografică deficitară, motricitate fină scăzută, disfuncții la nivelul controlului inhibitor, atențional și a memoriei de lucru – sunt considerate ca fiind

componente de bază ale modelului neuropsihologic privind exprimarea în scris (Berniner și colab., 2002), așadar nu e surprinzător că elevii cu ADHD se simt descurajați când au de scris o compunere. Cele mai frecvente erori ce apar în actul scrierii în cazul elevilor cu ADHD, sunt:

- productivitate și fluentă scăzută a scrierii;
- strategii de lucru ce nu presupun efort, scris încet și neglijent;
- greșeli de ortografie;
- scris de mână dezordonat, neregular, ilizibil;
- planificare deficitară și dezorganizată;
- propoziții cu structură sărăcăcioasă, predominant propoziții simple, fără cuvinte de legătură;
- conținut sărăcăcios al compunerilor (enunțuri incomplete, din care lipsesc argumente și concluzii).

Principalul *obiectiv* al acestui studiu este acela de a contura profilul de dezvoltare al abilităților verbale (latura fonologică – abilități de procesare fonologică; latura morfologică – abilități morfologice; latura semantică – abilități de vocabular; latura pragmatică – abilități de comprehensiune verbală scrisă) și relația dintre profilul de dezvoltare al abilităților verbale și performanța școlară în cazul unui elev cu ADHD subtipul predominant neatent, respectiv conturarea unui plan de intervenție personalizat pe baza acestora.

Metodologia cercetării

Participant

La studiu a participat un elev din clasa a VII-a, ce frecventează o școală specială și este diagnosticat psihiatric cu ADHD subtipul predominant neatent. Acest studiu este unul calitativ-constatativ, așadar participarea unui singur elev permite o investigație amănunțită a componentelor care fac obiectul evaluării inițiale, și elaborarea unei intervenții personalizate.

Instrumentele cercetării

În etapa inițială a demersului acestui studiu au fost utilizate o serie de teste pentru evaluarea funcțiilor executive, a abilităților verbale, respectiv a strategiilor de învățare și a motivației școlare.

Din Platforma de Evaluare a dezvoltării PeDB s-au utilizat următoarele probe: testul *Inhibiție cognitivă*, testul *Comutarea atenției*, testul *Memoria de lucru*, testul *Vocabular*, testul *Înțelegerea textelor*, testul *Procesare fonologică*, testul *Înțelegerea instrucțiunilor*. Pe lângă acestea, s-au mai folosit proba *Crichton* de evaluare a abili-

tăților de vocabular, Proba de Evaluare a Abilităților Morfologice în Limba Română (PEAMRL) și chestionarul *SMALSI* de evaluare a strategiilor de învățare și a motivației școlare, varianta pentru adolescenți.

Procedura

A fost obținut acordul scris al mamei pentru participarea elevului la acest studiu, respectiv pentru culegerea și prelucrarea datelor.

Fiecare probă de evaluare a fost administrată conform protocolului de testare. Toate probele de evaluare au fost administrate în cabinetul de Terapia Tulburărilor de Limbaj din unitatea școlară pe care o frecventează. S-au asigurat condițiile propice de evaluare în ceea ce privește amenajarea sălii și eliminarea stimulilor din mediu cu potențial distractor. Totodată, s-au acordat pauze de aproximativ 10 minute între testele administrate succesiv, pentru a se evita suprasolicitarea elevului și instalarea oboșelii. În administrarea tuturor testelor s-a utilizat varianta creion-hârtie, fiind măsurat timpul necesar parcurgerii probelor în cazul următoarelor teste: Inhibiție cognitivă, Comutarea atenției, Vocabular, Înțelegerea textelor.

Etapale demersului de cercetare

1. Etapa constatativă – În cadrul acestei etape s-au analizat documente școlare pentru a identifica nivelul de performanță școlară din istoricul educațional. De asemenea, s-a observat comportamentul elevului în cadrul activităților desfășurate la orele de Limba și literatura română, respectiv la Formarea abilităților de comunicare.
2. Evaluarea inițială – În etapa de evaluare inițială participantului la studiu i s-au administrat o serie de teste în scopul de a măsura aptitudinile cognitive, abilitatea verbală, respectiv a strategiilor de învățare și a motivației școlare. Evaluarea funcțiilor executive și a competențelor verbale reprezintă un predictor pentru funcționarea optimă a individului. Un nivel dezvoltat al abilității generale de învățare este relaționat cu succesul școlar (Diamond, 2001).
3. Elaborarea unui profil de dezvoltare al abilităților verbale la elevul cu ADHD – s-a urmărit elaborarea unui profil de dezvoltare al abilităților verbale, având ca punct de plecare rezultatele obținute de către participant la testele din evaluarea inițială și prin coroborarea acestor rezultate cu informațiile din etapa constatativă. Acest profil de dezvoltare permite delimitarea aspectelor privind punctele tari și limitele pe care elevul le are în activitățile de învățare, și, totodată, stabilirea principalelor căi de acțiune din planul de intervenție personalizat.
4. Elaborarea planului de intervenție personalizat (PIP) – cunoașterea profilului de dezvoltare al abilităților verbale și a funcțiilor executive permite stabilirea domeniilor de intervenție și a activităților educațional-terapeutice luând în con-

siderare particularitățile de dezvoltare ale elevului. Domeniile de intervenție educațional-terapeutice selectate în cazul participantului la studiu sunt educațional și cognitiv. Intervenția în domeniile educațional vizează abilitățile instrumentale de scris și citit, respectiv abilitățile verbale. Domeniul cognitiv include activități în direcția îmbunătățirii aspectelor identificate ca deficitare la nivelul funcțiilor executive.

Rezultatele cercetării. Studiu de caz

I. Istoricul cazului

Date personale

M. are vârsta de 15 ani și 6 luni, este elev în clasa a VII-a într-o școală specială.

Descrierea problemei curente

M. a fost orientat spre școala specială datorită unei repetenții. După experiența cu repetenția, a fost diagnosticat cu ADHD predominant neatent și capacitate intelectuală ușor sub nivel mediu – IQ=88 (Matrici Progresive Raven Color). El manifestă unele dificultăți în înțelegerea limbajului verbal, oral și scris, și în elaborarea unor sarcini cu material verbal de complexitate medie, în pofida capacității intelectuale pe care o are. Dificultățile de a rămâne concentrat în sarcină sunt luate în considerare, însă se dorește investigarea altor aspecte care au impact în activitățile de învățare, cum sunt funcțiile executive. Totodată, este necesară evaluarea abilităților verbale și a implicațiilor pe care nivelul de dezvoltare evidențiat din acest punct de vedere îl are asupra performanței școlare.

Anamneza

M. face parte dintr-o familie care nu este legal constituită și este unicul copil al familiei. Părinții au un nivel de educație mediu, dar sunt preocupați de educația fiului lor și doresc să-și susțină fiul pentru a-și finaliza studiile în scopul obținerii unui loc de muncă pe viitor. Totodată, părinții înțeleg că fiul lor are cerințe educative speciale.

Din interviul cu mama, au fost obținute următoarele informații: nu au existat probleme în timpul sarcinii, mama a născut la termen, dar M. a avut greutate mică la naștere și un scor Apgar de 9. Dezvoltarea limbajului a avut un traseu tipic (gângurit la 3 luni; lalația la 7 luni). M. a început să umble independent la 9 luni și a spus primele cuvinte cu sens la aproximativ 14 luni. Copilul a fost înscris la grădiniță la 3 ani. Din spusele mamei, M. a fost un copil care a vorbit bine în propoziții încă de la grădiniță, dat plin de energie atât acasă, cât și la grădiniță. În clasele primare nu

au fost probleme semnificative, dar rezultatele înregistrate erau mediocre. Abia în clasa a V-a, profesorii au semnalat dificultățile lui M. de a sta în sarcină și de a finaliza activitățile. Fiind orientat spre un consult de specialitate, M. a fost diagnosticat cu ADHD subtipul predominant neatent. I s-a oferit tratament medicamentos cu Stratera, dar acesta a fost întrerupt după 7 luni de administrare datorită efectelor secundare. M. a repetat clasa a V-a datorită performanței școlare foarte slabe. În școala de masă nu a beneficiat de profesor de sprijin după ce a rămas repetent. A fost orientat spre școala specială după ce, în următorul an școlar în care repeta clasa a V-a, a acumulat 7 corigențe în primul semestru.

II. Etapa constatativă

Din analiza documentelor școlare se constată că, M. a fost promovat cu Bine la Limba și literatura română în clasa I. Din clasa a II-a până în clasa a IV-a a obținut calificativul Suficient. Pe tot parcursul ciclului primar, la matematică a obținut calificativul Suficient. A rămas repetent în clasa a V-a în anul școlar 2012–2013. În anul școlar următor, 2013–2014, în primul semestru din clasa a V-a, a rămas corigent la 7 discipline (Limba și literatura română, Limba franceză, Matematică, Biologie, Istorie, Geografie, Educație tehnologică). Ulterior, a fost orientat spre școala specială. În cadrul școlii speciale a înregistrat performanțe de nivel mediu, media de promovare din fiecare an școlar până în prezent fiind aproximativ 8 (opt).

Metoda observației utilizată la clasă a evidențiat următoarele aspecte legate de comportamentul lui M. în timpul activităților:

1. solicită repetarea cuvintelor pe parcursul unei dictări simple;
2. privește în gol în timp ce se explică ceva în fața clasei;
3. omite cuvinte din textele copiate de pe tablă;
4. la teste, începe fără a citi cerința și sare de la un item la celălalt, chiar dacă nu a finalizat răspunsurile date;
5. rămâne în urmă în sarcini relativ simple pe care trebuie să le realizeze individual;
6. nu desparte cuvintele în silabe în scris (deși reușește să despartă corect în silabe) și trece pe următorul rând, conținutul din caiet având aspect de coloană;
7. nu folosește reguli de organizare a informației în pagină (îi lipsește linia la caiet, data, titlul);
8. sare peste anumite cuvinte sau rânduri atunci când citește oral;
9. omite silabele finale din cuvinte plurisilabice și lasă propoziții nefinalizate într-o compunere sau descriere;
10. își lasă lucrurile la întâmplare pe bancă sau în clasă;
11. nu e atent la ce i se spune și trebuie să i se repete;
12. oferă detalii când i se cere să descrie obiecte sau evenimente familiare.

III. Evaluarea inițială

Analiza cantitativă a rezultatelor din evaluarea inițială

În scopul atingerii obiectivului principal al studiului, și anume de a contura profilul de dezvoltare al abilităților verbale și implicațiile pe care acest profil le are asupra performanței școlare în cazul unui elev cu ADHD subtipul predominant neatent, primul pas al demersului a vizat evaluarea unor aptitudini cognitive, precum abilități de funcționare executivă și verbale, alături de strategiile de învățare și motivația școlară.

Rezultatele evaluărilor sunt prezentate în cele ce urmează:

Tabel 1. Rezultatele la testele de evaluare a funcțiilor executive (PedB)

Nr.crt.	Funcții executive evaluate	Scor brut	Nivel obținut
1.	Inhibiție cognitivă	-0,12	Foarte slab
2.	Comutarea atenției	9	Foarte slab
3.	Memoria de lucru	7,6	Slab

Tabel 2. Rezultatele obținute la testele de evaluare a abilităților verbale – nivel de dezvoltare

Nr.crt.	Abilitatea verbală	Scor brut	Nivel obținut
1.	Procesare fonologică	30	Mediu
2.	Proba PEAMLR	69	Mediu ¹
3.	Vocabular (PedB)	10	Slab
4.	Proba Crichton (L1+L2)	63	Slab*
5.	Înțelegerea instrucțiunilor	21	Slab
6.	Înțelegerea textelor	8	Slab

¹ Etalonul testului a fost realizat pentru subiecți cu vârste cuprinse între 6 și 12 ani. În acest caz, scorul obținut de către M. a fost comparat cu performanța unui subiect de 12 ani.

Potrivit datelor din chestionarul de autoevaluare SMALSI, se constată următoarele:

- strategiile de învățare folosite sunt ineficiente pentru activități complexe;
- strategii de citire folosite sunt imature, deci ineficiente pentru a înțelege conținuturile studiate;
- abordează sarcinile de evaluare superficial și completează itemii testelor fără să fie preocupat de corectitudinea răspunsurilor;
- are abilități limitate de organizare a materialelor de studiu și a spațiului fizic pentru studiu;
- are motivație crescută pentru învățare;
- nu prezintă dificultăți majore de a rămâne atent și activ în timpul orelor de curs, reușește să își adapteze nivelul de atenție în funcție de complexitatea sarcinii;

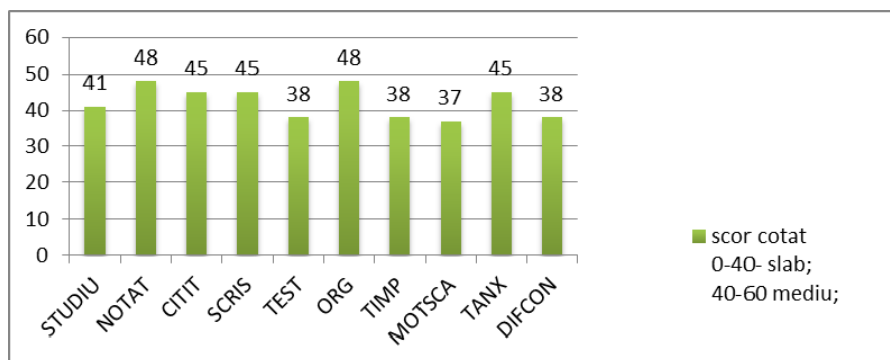


Figura1. Scorurile obținute la chestionarul de autoevaluare SMALSI

IV. Profilul de dezvoltare al abilităților verbale

M. are un nivel mediu de dezvoltare în ce privește abilitățile verbale de bază și complexe. Acestea sunt prezentate în cele ce urmează.

PUNCTE FORTE:

1. Abilități de procesare fonologică (latura fonologică a limbajului): percepe și analizează auditiv-fonologic cuvinte simple din punct de vedere al conținutului fonemic și morfologic.
2. Abilități de înțelegere și utilizare a categoriilor morfologice (latura morfologică a limbajului): număr, gen, diateză, prepoziții simple, conjuncții coordonatoare, prepoziții simple, numeralul cardinal, sesizează morfemele suprasegmentale (accentul).
3. Abilități de vocabular (latura semantică a limbajului): operează cu categorii lexicale simple, identifică apropierea sau depărtarea semantică pentru cuvinte uzuale din lexiconul său mental, folosește contextul în definirea unor noțiuni mai abstracte.
4. Abilități de comprehensiune verbală, orală și scrisă (latura sintagmatică și pragmatică a limbajului): derivă sensul adecvat pentru expresii simple folosindu-se de context, combină într-o oarecare măsură informațiile din text (generează inferențe).

LIMITE (abilități verbale de bază și abilități verbale complexe):

1. Abilități de procesare fonologică (latura fonologică a limbajului): dificultăți de segmentare auditiv-fonologică în cazul cuvintelor cu structură fonemică complexă.
2. Abilități de înțelegere și utilizare a categoriilor morfologice (latura morfologică a limbajului): dificultăți în înțelegerea morfemelor pentru exprimarea gradelor de comparație în cazul adverbilor/locuțiunilor adverbiale, utilizarea conjuncțiilor

subordonatoare, respectiv de folosire a morfemelor pentru exprimarea timpului și a modului.

3. Abilități de vocabular (latura semantică a limbajului): dificultăți în înțelegerea sensurilor cuvintelor abstracte, volum redus al vocabularului raportat la vârsta cronologică și experiențele de învățare de care beneficiază.
4. Abilități de comprehensiune verbală, orală și scrisă (latura sintagmatică și pragmatică a limbajului): folosește strategii imature de organizare a informațiilor din text, are un nivel slab de înțelegere a conținuturilor științifice, nu reușește să identifice legături între propozițiile textului pentru a asigura coerența mesajului.

V. Planul de intervenție personalizat

Observând particularitățile de funcționare executivă și natura dificultăților din sfera laturilor limbajului, și influența acestora asupra performanței școlare, prioritare intervenției sunt domeniile educațional și cognitiv. Domeniul educațional este axat pe dezvoltarea abilităților verbale, abordând și abilitățile instrumentale de scris-citit, iar cel cognitiv pe activități terapeutice de stimulare a funcțiilor executive deficitare.

Planul de intervenție personalizat este prezentat în Anexa 1.

Concluzii, limite, direcții viitoare de cercetare

Tulburarea hiperactivitate/déficit de atenție (ADHD) este o condiție neurobiologică caracterizată prin prezența unor deficite la nivelul unor procese cognitive care sunt predictorii pentru reușita școlară. Factorii inscriminați în apariția acestei tulburări sunt cu precădere biologici, însă studiile au evidențiat posibilitatea ca anumiți factori de mediu să fie implicați în dobândirea tulburării.

Obiectivul principal al studiului de față viza identificarea profilului de dezvoltare al abilităților verbale și relația acestui profil cu performanța școlară a unui elev cu ADHD. De aceea, au fost evaluate câteva funcții executive care sunt predictorii pentru reușita școlară. De asemenea, au fost utilizate probe de evaluare a laturilor limbajului prin care s-au evidențiat particularități de dezvoltare a unor abilități verbale de bază și complexe. Alături de acestea, informațiilor obținute din etapa constatativă au fost coroborate la rezultatele din evaluarea inițială.

Rezultatele din evaluările inițiale relevă prezența unor deficite la nivelul funcțiilor executive în cazul elevului cu ADHD. Totodată, performanța la téstele de evaluare a abilităților verbale corespunde unui nivel mediu de dezvoltate în ceea ce privește abilitățile de procesare fonologică și morfologică, respectiv unui nivel slab de dezvoltate al abilităților de vocabular și de comprehensiune a textelor. Așadar, performanța scăzută în sarcinile școlare complexe ce presupun comprehensiunea verbală,

orală și scrisă, poate fi explicată din prisma profilului de dezvoltare al abilităților verbale.

Evidențierea profilului de dezvoltare al abilităților verbale în cazul elevului diagnosticat cu ADHD oferă direcții de proiectare și implementare a activităților educațional-terapeutice. Aspectele identificate ca prioritare în intervenție, în cazul de față, vizează domeniul cognitiv și cel educațional. Așadar, planul de intervenție personalizat (PIP) oferă o privire de ansamblu asupra proiectării și implementării activităților educațional-terapeutice, pornind de la nevoile de dezvoltare ale elevului cu ADHD.

Limitele acestei cercetări sunt reflăcate în câteva aspecte. Întrucât la studiu a participat un singur participant, rezultatele obținute la teste nu pot fi comparate cu ale altor elevi cu ADHD. Observarea și evaluarea elevului fiind realizată doar în context școlar, nu se cunoaște influența nivelului de dezvoltare al abilităților verbale asupra funcționării în viața de zi cu zi a acestuia. Având în vedere acestea, rezultatele studiului nu pot fi extrapolate.

Ca direcții viitoare de cercetare, investigarea timpurie a particularităților de dezvoltare a abilităților verbale la copiii cu ADHD din țara noastră ar face obiectul unor cercetări ample. Pe lângă aceasta, determinarea unui profil de dezvoltare a abilităților verbale permite elaborarea de intervenții personalizate în cazul acestor elevi.

Bibliografie

- Alderson, R.M., Rapport, M., Kofler, M.J. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and behavioral inhibition: a meta-analytic review of the stop-signal paradigm. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35:745–758.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC.
- Barkley, R.A. (1997) ADHD and the Nature of Self-Control. Guilford Press, New York, NY, USA.
- Barkley, R. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, Vol. 121, No. 1, 65–94.
- Barry, T.D., Lyman, R.D. & Klinger, L.G. (2002) Academic underachievement and attention deficit/hyperactivity disorder: the negative impact of symptom severity on school performance. *Journal of School Psychology*, 40, 259–283.
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Doyle, A.E., Seidman, L.J., Wilens, T.E., Ferrero, F., Morgan, C.L. & Faraone, S.V. (2004). Impact of Executive Function Deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Academic Outcomes in Children, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 72, No. 5, 757–766.
- Breznitz, A. (2003). The speech and vocalization patterns of boys with ADHD compared with boys with dyslexia and boys without learning disabilities. *Journal of Genetic Psychology*, 164, 425–452.

- Bodea-Hațegan, C. (2014). Proba de evaluare a abilităților morfologice în limba română. Aplicații psiholingvistice. *Colecția Terapia tulburărilor de limbaj și comunicare*. Vol. III. Argonaut. E-book.
- Brock, S.E., & Knapp, P.K. (1996). Reading comprehension abilities of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 1, 173–185.
- Currie J, Stabile M. (2006). Child mental health and human capital accumulation; The case of ADHD. *Journal of Health Economics*, 25(6):1094–1118.
- Conway, A.R.A., Kane, M.J., & Engle, R.W. (2003). Working memory capacity and its relation to general intelligence. *Trends in Cognitive Science*, 7, 547–552.
- David, C., Maier, A. (2013). Provocări și perspective ale Educației Integrate/Incluzive din România: Planul de Intervenție Personalizat. *Cartea Albă a Psihopedagogiei Speciale*.
- DuPaul, G.J., Volpe, R.J., Jitendra, A.K., Lutz, J.G., Lorah, K.S. & Gruber, R. (2004). Elementary school students with AD/HD: predictors of academic achievement. *Journal of School Psychology*, 42, 285–301.
- El Sady, S.F., Nabeih, A.A.S., Mostafa, E.M., Sadek, A.A. (2013). Language impairment in attention-deficit hyperactivity disorder in preschool children. *The Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 14, 383–389.
- Faraone, S.V. (2004) Impact of executive function deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) on academic outcomes in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 757–766.
- Geurts, H.M., Embrechts, M. (2008). Language profiles in ASD, SLI, and ADHD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38:1931–1943.
- Ghelani, K., Sidhu, R., Jain, U., & Tannock, R. (2004). Reading comprehension and reading related abilities in adolescents with reading disabilities and attention deficit/hyperactivity disorder. *Dyslexia*, 10, 364–384.
- Hill, D.A., Yeo, R.A., Campbell, R.A., Hart, B., Vigill, J. & Brooks, W. (2002). Magnetic resonance imaging correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Neuropsychology*, 17, 496–506.
- Hooper, S.R., Swartz, C., Wakely, M., de Kruif, R., & Montgomery, J. (2002). Executive functions in elementary school children with and without problems in written expression. *Journal of Learning Disabilities*, 35, 57–68.
- Klingberg, T., Fernell, E., Olesen, P.J., Johnson, M., Gustafsson, P., Dahlstrom, K., Gillberg, C.G., Forssberg, H. & Westerberg, H. (2005). Computerized training of working memory in children with ADHD – a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 177–186.
- LeFever, G.B., Villers, M. S., Morrow, A.L. & Vaughan, E.S. (2002). Parental perceptions of adverse educational outcomes among children diagnosed and treated for ADHD: a call for improved school/provider collaboration. *Psychology in the Schools*, 39, 63–71.
- Leonard, M.A., Milich, R., Lorch, E.P. (2011). The role of pragmatic language use in mediating the relation between hyperactivity and inattention and social skills problems. Psychology at UKnowledge. UKnowledge@lsv.uky.edu.
- Loe, I.M. & Feldman, H.M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 643–654.
- Lorch, E.P., Milich, R., Sanchez, R.P., et al. (2000). Comprehension of televised stories in boys with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 321–330.

- Maier, A. (2012). Efectele trainingului metacognitiv asupra performanțelor matematice ale elevilor din clase inclusive. *Teză de doctorat*. Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca.
- Mahone, M. (2011). The Effects of ADHD (Beyond Decoding Accuracy) on Reading Fluency and Comprehension, accesat pe <http://education.jhu.edu/PD/newhorizons/Journals/Winter2011/Mahone>
- McInnes, A., Humphries, T., Hogg-Johnson, S., & Tannock, R. (2003). Listening comprehension and working memory are impaired in Attention Deficit Hyperactivity Disorder irrespective of language impairment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 427–443.
- Mostofsky, S.H., Cooper, K.L., Kates, W.R., Denckla, M.B. & Kaufmann, W.E. (2002). Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 52, 785–794.
- Rabiner, D., & Coie, J.D. (2000). Early attention problems and children's reading achievement: A longitudinal investigation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 859–867.
- Raggi, V.L. & Chronis, A.M. (2006). Interventions to address the academic impairment of children and adolescents with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 85–111.
- Sciberras, E., Mueller, K.L., Efron, D., Bisset, M., Anderson, V., Schilpzand, E.J., Jongeling, B., Nicholson, J.M. (2014). Language Problems in Children With ADHD: A Community-Based Study. *Pediatrics*. content/early/2014/04/16/peds.2013-3355 – accesat în 11 iunie 2016.
- Spira Greenfield, E., Fischel, J.E. (2005). The impact of preschool inattention, hypeactivity, and impulsivity on social and academic development: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46:7, pp 755–773.
- Staikova, E. Gomes, H., Tartter, V., McCabe, A., Halperin, J.M. (2013). Pragmatic deficits and social impairment in Children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(12): 1275–1283.
- Tannock, R., McInnes, A., Humphries, T., Hogg-Johnson, S. (2003). Listening Comprehension and Working Memory are impaired in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder irrespective of Language Impairment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, Vol. 31, No. 4, 427–443. <http://www.readbag.com/web-gc-cuny-speechandhearing-webdocs-cogn-lang-neurodev-diso-2010-langcomp-wm-adhd-2003>
- Tannock, R., Purvis, K.L., & Schachar, R. (1993). Narrative abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder and normal peers. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 21, 103–117.
- Tannock, R., & Brown, T.E. (2000). Attention deficit disorders with learning disorders in children and adolescents. In T.E. Brown (Ed.), *Attention Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*, (pp. 231–295) Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Vianin, P. (2011). *Ajutorul strategic pentru elevii cu dificultăți școlare*. Cluj-Napoca: Editura ASCR.
- Willcutt, E.G., Pennington, B.F., Olson, R.K., Chhabildas, N., & Hulslander, J. (2005). Neuropsychological analysis of comorbidity between reading disability and attention-deficit hyperactivity disorder: In search of the common deficit. *Developmental Neuropsychology*, 27
- Zentall, S.S. (1988). Production deficiencies in elicited language but not in the spontaneous verbalizations of hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 16, 657–673.

ANEXA 1. Planul de intervenție personalizat al elevului M.**Domeniul cognitiv.** Obiective pe termen scurt:

1. Dezvoltarea atenției auditive.
2. Îmbunătățirea abilității de concentrare a atenției.
3. Dezvoltarea memoriei de lucru.

Perioada	Obiective urmărite	Activități desfășurate	Evaluare		Observații
			Nivel de realizare	Metode și mijloace	
Septembrie– Noiembrie 2016	O1 – să identifice intrusul din categoria de elemente prezentate	Exerciții de identificare a intrusului dintr-un grup de elemente prezentate vizual sau auditiv;	O1 – în 70% din situații reușește să identifice intrusul din setul de elemente prezentate	Explicația Demonstrația	Exercițiile vor fi inserate între celelalte activități desfășurate la cabinet.
	O2 – să identifice stimulul auditiv dat în materialul verbal prezentat	Exerciții de notare în scris a prezenței unui stimul auditiv dat; Exerciții de semnalare prin bătai ritmice a prezenței unui stimul auditiv dat;	O2 – reușește să identifice în 50% din situații de câte ori apare stimulul auditiv prezentat	Exercițiul Jocul didactic Observarea sistemică Fișe de lucru	
	O3 – să așeze codurile de culoare după numărul indicat	Jocuri de ordonare a cercurilor colorate după numărul indicat;	O3 – reușește să ordoneze corect cercurile în 80% din situații	Material vizual Material audio Jocuri vizuale	
	O4 – să scrie silabele/cuvintele în ordinea auzită și invers	Exerciții de scriere în aceeași ordine și invers a unui set de silabe/cuvinte	O4 – reușește să scrie în aceeași ordine și invers silabele/cuvintele auzite 80% din situații		

Perioada	Obiective urmărite	Activități desfășurate	Evaluare		Observații
			Nivel de realizare	Metode și mijloace	
Noiembrie 2016 – Ianuarie 2017	O1 – Să identifice asemănările și deosebirile din imaginile date	Exerciții de stabilire a asemănărilor/deosebirilor între 2 imagini;	O1 – reușește în 70% din situații să identifice între 4–6 diferențe sau asemănări	Explicația Demonstrația	Exercițiile vor fi inserate între celelalte activități desfășurate la cabinet.
	O2 – să așeze în ordine inversă stimulii vizuali prezentați	Exerciții de ordonare inversă, cu material concret sau în scris a unor stimuli;	O2 – reușește în 60% din situații	Exercițiul Jocul didactic Observarea sistemică Fișe de lucru	
	O3 – să identifice modificările apărute într-o imagine observată	Exerciții de identificare a modificărilor aduse unei imagini observate, prin prezentarea verbală a modificărilor aduse	O3 – reușește în 50% din situații să identifice 3 din 5 modificări realizate	Material vizual Material audio Jocuri vizuale	

Domeniul educațional. Obiective pe termen scurt:

1. Exersarea abilităților de procesare fonologică.
2. Dezvoltarea vocabularului.
3. Îmbunătățirea nivelului de comprehensiune a lecturii.
4. Dezvoltarea abilității de elaborare a textelor în scris.

Perioada	Obiective urmărite	Activități desfășurate	Evaluare		Observații
			Nivel de realizare	Metode și mijloace	
Septembrie– Noiembrie 2016	O1 – să înlocuiască sunetul/segmentul de sunete din cuvinte cu sunetul/segment-ul dat	Exerciții de segmentare fonologică la nivel de cuvânt;	O1 – în 70% din situații reușește să înlocuiască corect	Explicația Demonstrația	În fișele de lucru se vor folosi texte studiate la clasă.
	O2 – să stabilească gradul de apropiere/ depărtare dintre cuvintele date;	Exerciții de identificare a sinonimelor și antonimelor din lista de cuvinte date; Exerciții de realizare în scris a corespondenței între coloanele de cuvinte date	O2 – reușește să identifice corect sinonime și antonime în 60% din situații	Exercițiul Jocul didactic Observarea sistemică	
	O3 – să selecteze enunțurile care se potrivesc situației date	Exerciții de alegere a enunțurilor care corespund contextului dat; Exerciții de citire individuală și de încercuire a propozițiilor care se potrivesc cu textul citit;	O3 – reușește să selecteze în 50% din situații enunțuri care se potrivesc situației date	Fișe de lucru Material vizual Material audio	
	O4 – să scrie propoziții cu cuvintele date	Exerciții de scriere de propoziții simple, dezvoltate utilizând materialul verbal dat.	O4 – reușește să scrie corect din punct de vedere ortografic și gramatical în 70% din situații	Opere literare studiate (nuvele și poezii)	

Perioada	Obiective urmărite	Activități desfășurate	Evaluare		Observații
			Nivel de realizare	Metode și mijloace	
Noiembrie 2016 – Ianuarie 2017	<p>O1 – să identifice, verbal sau în scris, cuvinte care rimează cu cele prezentate</p> <p>O2 – să stabilească gradul de apropiere/ depărtare dintre cuvintele date;</p> <p>O3 – să folosească sufixe și prefixe pentru a genera cuvinte noi</p> <p>O4 – să completeze textele date cu informația potrivită</p>	<p>Jocuri de rime; Exerciții scrise cu rime;</p> <p>Exerciții de identificare, în scris sau verbal, a sinonimelor și antonimelor;</p> <p>Exerciții de derivare a cuvintelor cu sufixe și prefixe; Exerciții de corectare a erorilor apărute în cuvintele date, prezentate în scris sau verbal.</p> <p>Exerciții de completare a propozițiilor lacunare cu forma corectă a cuvintelor; Exerciții de completare a propozițiilor lacunare folosind cuvinte noi</p>	<p>O1 – reușește în 50% din situații să identifice cuvinte care rimează cu cele date</p> <p>O2 – reușește în 60% din situații să identifice corect sinonimele și antonimele</p> <p>O3 – reușește în 50% din situații să genereze cuvinte cu afixele date</p> <p>O4 – reușește în 50% din situații să completeze textele astfel încât conținutul să fie coerent și cu fir logic</p>	<p>Explicația</p> <p>Demonstrația</p> <p>Exercițiul</p> <p>Jocul didactic</p> <p>Observarea sistemică</p> <p>Fișe de lucru</p> <p>Material vizual</p> <p>Material audio</p> <p>Opere literare studiate (nuvele și poezii)</p>	

Rolul terapiei prin artă în dezvoltarea socio-emoțională a preadolescenților cu dizabilități intelectuale

*Cândea-Burnete Laura**

ABSTRACT

The role of arttherapy in the social-emotional development of teens with intellectual disabilities. Lately, school counselors have noticed the increased need for counselling of the children in schools. Occasionally, art therapy activities are implemented in special schools in order to foster the social-emotional development of teens with intellectual disabilities. This approach is perceived by children as less invasive than many other traditional therapeutic approaches (Williams, 1976, cited in Kahn&Beverly, 1999). Also, it is easily implemented in educational settings and it is suitable for children with various developmental problems, emotional and social needs, learning difficulties (Stanley & Miller, 1993). The current paper targets the identification of the impact that art-therapy has on the social and emotional functioning, self esteem and interpersonal relationships of children with intellectual disabilities, aged 10 to 14 years. The intervention program developed and implemented has as a main objective the fostering of imagination, of self-reflective and problem-solving skills, as well as the discovery of the participants' inner wisdom.

Keywords: art-therapy, intellectual disability, social-emotional development, self esteem

Caracteristici ale copiilor cu dizabilități intelectuale: dezvoltarea socio-emoțională

Dizabilitatea intelectuală (DI) presupune limitări substanțiale ale intelectului și ale comportamentelor adaptative. Rareori este o condiție limitată în timp. Deși multe dintre persoanele cu DI reușesc să facă progrese uriașe în ceea ce privește aptitudinile de adaptare (unii reușesc să ajungă independenți și să scape de eticheta de dizabilitate), cele mai multe persoane cu DI sunt afectate de-a lungul întregii vieți (Hawkins et al., 2003, citați de Case & Haines, 2012).

Mulți dintre copiii cu DI nu sunt diagnosticați până când intră în școală, iar uneori până ajung în clasa întâi sau clasa a doua, când sarcinile academice devin mai dificile. Cei mai mulți dintre copiii cu DI moderată reușesc să achiziționeze competențele academice până la aproximativ nivelul de clasa a șasea și sunt capabili

* Profesor Psihopedagog – CSEI nr. 1 Sibiu; Consilier pentru dezvoltare personală, Art terapeut – în formare în cadrul Asociației Române de Terapii Expresive (A.R.T.E).

să deprindă aptitudinile necesare pentru un loc de muncă, reușind astfel să se întrețină într-un mod independent sau semi-independent. De asemenea, unii adulți diagnosticați în copilărie cu DI moderată își dezvoltă aptitudini sociale și de comunicare excelente, astfel încât, atunci când părăsesc școala, nu mai sunt etichetați ca având o problemă intelectuală.

Copiii cu dizabilitate intelectuală prezintă întârzieri semnificative în dezvoltarea de-a lungul anilor preșcolari. Pe măsură ce cresc mai mari, discrepanțele în dezvoltarea intelectuală și dezvoltarea funcționării adaptative devin tot mai mari între acești copii și colegii lor fără dizabilități, de aceeași vârstă. Persoanele cu DI moderată sunt mai susceptibile în a avea probleme de sănătate și comportament, decât persoanele cu DI ușoară.

Persoanele cu dizabilități intelectuale severe sau profunde sunt identificate aproape întotdeauna la naștere sau la scurt timp după. Majoritatea acestor copii au o deteriorare semnificativă a sistemului nervos central și mulți au dizabilități suplimentare și/sau a condițiilor de sănătate.

Caracteristicile deficitelor întâlnite în *funcționarea cognitivă* și stilurile de învățare ale persoanelor cu întârziere mintală includ memoria slabă, rate de învățare scăzute, probleme de atenție, dificultăți în a generaliza ceea ce au învățat și lipsă de motivație.

Elevii cu DI întâmpină probleme în a-și aminti informațiile acumulate. Așa cum ar fi de așteptat, cu cât sunt mai severe tulburările cognitive, cu atât sunt mai mari deficiturile de *memorie*. Cercetătorii au constatat că elevii cu întârziere mintală, în special, întâmpină probleme în ceea ce privește memoria de scurtă durată (Bray et al., 1997, citați de Roth & Rezaie, 2011). Memoria de scurtă durată sau memoria de lucru reprezintă abilitatea de a folosi informațiile pe care le-au achiziționat cu câteva minute sau ore înainte. De exemplu, amintirea unor secvențe specifice unui loc de muncă, pe care angajatorul le-a specificat doar cu câteva minute înainte poate fi incompletă. Merrill (1990, citat de Roth & Rezaie, 2011) raportează că elevii cu DI necesită mai mult timp decât colegii lor fără dizabilități să-și amintească, în mod automat, informațiile și întâmpină mai multe dificultăți în a utiliza/gestiona cu ușurință cantitățile mari de informații cognitive acumulate la un moment dat. Cercetări recente sugerează că, o dată ce persoanele cu deficiență intelectuală au învățat un anumit element de informație suficient de bine încât să-l înregistreze în memoria de lungă durată – informație amintită după o perioadă de câteva zile sau săptămâni – ei au reținut informația la fel de bine ca și persoanele fără DI. Studii recente în legătură cu abilitățile de memorie ale persoanelor cu dificultăți intelectuale s-au concentrat pe predarea strategiilor metacognitive sau cele de control executiv, cum ar fi repetiția și organizarea informațiilor în seturi legate, pe care copiii fără diza-

bilități învață să le facă în mod natural (Bebko & Luhaorg, 1998, citați de Switzky, 2004). Elevii cu DI nu au tendința de a folosi astfel de strategii în mod spontan, dar pot fi învățați să facă acest lucru (Hughes & Rusch, 1989, Merrill, 1990, citați de Abbeduto, 2003).

Rata la care persoanele cu DI pot dobândi cunoștințe și competențe noi este cu mult sub cea a copiilor cu dezvoltare tipică. O măsură utilizată frecvent pentru a evalua rata de învățare este reprezentată de criteriul orelor de instruire necesare, pentru ca un elev să poată răspunde în mod corect, fără suport sau asistență. De exemplu, în timp ce pentru un copil tipic sunt necesare doar două sau trei ședințe de repetiții pentru a învăța discriminarea a două forme geometrice diferite, un copil cu dificultăți intelectuale ar putea avea nevoie de 20 până la 30 sau mai multe încercări de a învăța aceeași discriminare.

Unii educatori au presupus că instruirea ar trebui să fie mai secvențializată pentru a se potrivi ratei lor mai mici de învățare, din cauză că elevii cu dizabilități intelectuale învață într-un ritm mult mai lent. Cercetările au arătat, însă, că elevii cu întârziere mintală beneficiază de oportunități prin care pot învăța "repede" (Miller, Hall & Heward, 1995, citați de Boyle & Scanlon, 2010).

Atenția. Capacitatea de a participa la caracteristicile esențiale ale unei sarcini (de exemplu, să observe conturul unei forme geometrice, în loc de dimensiune, culoare sau poziția în pagina) este o caracteristică a elevilor eficienți. Elevii cu întârziere mintală au adesea probleme în a răspunde caracteristicile relevante în cadrul unei sarcini de învățare și, în loc să se concentreze pe sarcină, sunt distrași de către stimuli irelevanți. În plus, persoanele cu DI au de multe ori dificultăți în susținerea atenției la sarcinile de învățare (Zeaman & House, 1979, citați de Emerson & Hatton, 2004). Aceste probleme compun și contribuie la dificultățile unui elev în dobândirea, amintirea și generalizarea de noi cunoștințe și competențe.

Design-ul de instruire eficientă pentru elevii cu întârziere mintală trebuie să controleze sistematic prezența și performanța stimulilor critici, precum și prezența și efectele stimulilor distractori. După ce atenția unui elev a fost canalizată asupra sarcinii relevante, prin simplificarea și consolidarea răspunsurilor corecte, complexitatea și dificultatea sarcinii poate fi crescută treptat. Atenția selectivă și susținută a elevului asupra stimulilor relevanți se va îmbunătăți prin experimentarea cu succes a acestei situații în mod repetat (Zeaman & House, 1979, citați de Emerson & Hatton, 2004).

Elevii cu dizabilități, în special cei cu întârziere mintală, au adesea probleme la utilizarea noilor cunoștințe și competențe în setări sau situații care diferă de la contextul în care au învățat, mai întâi, aceste competențe. Un astfel de transfer sau de *generalizare a învățării* are loc fără programe explicite pentru mulți copii fără dizabilități, dar nu pot fi evidente la elevii cu DI, fără programe specifice de intervenție.

Unii elevi cu DI prezintă o aparentă lipsă de interes în procesul de învățare sau de rezolvare a problemelor/sarcinilor (Switzky, 1997, citat de Switzky, 2004). Unele persoane cu dificultăți intelectuale deprind comportamente de neajutorare învățată, astfel, o persoană care a experimentat eșecul repetat, se așteaptă la eșec, indiferent de eforturile pe care le-a depus. Atunci când se dorește minimalizarea sau compensarea eșecului, persoana cu DI poate stabili așteptări extrem de mici pentru el însuși, pentru a echilibra efortul pe care îl depune pentru a atinge un anumit scop. Atunci când se confruntă cu o sarcină dificilă sau o problemă, unele persoane cu DI renunță ușor și așteaptă sprijinul celorlalți sau ca aceștia să le rezolve problema. Unii dobândesc o abordare de rezolvare a problemelor, numită direcționare exterioară („outer-directedness”), respectiv par să nu aibă încredere în propriile răspunsuri la situații și se bazează pe alții pentru asistență și soluții.

Lipsa de motivație aparentă poate fi mai degrabă produsul eșecurilor frecvente și dependenței dobândite de sprijin, ca rezultat al situațiilor în care alte persoane fac lucrurile pentru ei, decât o caracteristică inerentă a dizabilității. Luând în calcul experiențele de succes, persoanele cu dizabilități intelectuale nu diferă de persoanele fără dizabilități în ceea ce privește nivelul de direcționare exterioară (Bybee & Zigler, 1998, citați de Zigler & Gates, 1999). Accentul ce se pune în prezent pe dezvoltarea abilităților de auto-determinare a elevilor cu DI este critic în procesul de învățare a strategiilor de rezolvare a problemelor de sine-stătătoare, care acționează asupra lumii lor, mai degrabă decât să aștepte pasiv să fie rezolvate (Wehmeyer, Martin & Sands, 1998, citați de Mithaug et al., 2002).

Abilitățile sociale inadecvate ale copiilor cu DI sunt consecvent remarcate. Deși limitările cognitive ar putea explica parțial aceste deficiențe, acești copii variază foarte mult în ceea ce privește aptitudinile lor sociale. De exemplu, comparând copiii care sunt diagnosticați cu autism cu DI și cei cu Sindrom Down, cei din urmă se uită la cei din jur mai des și inițiază interacțiuni cu aceștia, chiar și atunci când abilitățile lor cognitive sunt echivalente (Kasari & Sigman, 1996, citați de Matson & Sturmey, 2011). Astfel, natura și nivelul impedimentelor sociale, pot varia în funcție de diagnosticul asociat cu dizabilitatea intelectuală. În comparație cu copiii cu dezvoltare tipică, cei cu DI sunt mai puțin eficienți în recunoașterea emoțiilor, în a răspunde la emoțiile celorlalți și în ceea ce privește comportamentele prosociale.

Relațiile interpersonale ale preadolescenților cu dizabilități intelectuale

Pe măsură ce copiii se dezvoltă, conștiința de sine are diferite perspective în relațiile cu ceilalți. Să fii popular și plăcut de către ceilalți este important, deopotrivă, pentru copii, adolescenți și adulți. Persoanele tinere sunt mult mai curioase în legătură cu părerea celorlalți despre ei. Fetele și băieții devin conștienți de atractivitatea lor față de ceilalți și de abilitățile prin care reușesc să stabilească și să mențină prieteniiile.

În această perioadă interesul sexual este mai accentuat. Echilibrarea aspectelor sociale și sexuale de viață a preadolescenților cu DI este esențială pentru a avea mai târziu relații adulte sănătoase (Kopp, Baker & Brown, 1992, citați de Castles, 1996).

Părinții pot întâmpina dificultăți în consilierea copiilor cu DI în ceea ce privește relațiile interpersonale. În timp ce părinții pot accepta și vizualiza sexualitatea ca pe un proces al vieții, acceptarea copilului lor ca fiind o persoană cu trăiri sexuale în curs de dezvoltare, poate să nu fie atât de simplă. Aceștia trebuie să-și amintească faptul că ignorarea acestui aspect al nevoilor copilului nu va diminua influența lui. Ei trebuie să vină în întâmpinarea „copilului” și să îl vadă ca pe „un adult cu conștiință”, o dilemă emoțională care confruntă atât protectivitatea naturală, cât și o inabilitate de a reconcilia diferențele percepute între dizabilitate și sexualitatea umană. Pentru o persoană care este diagnosticată cu DI și care, legal, se află în grija unui adult responsabil, părinții pot considera discuțiile legate de problemele sexuale ca fiind nerezonabile, supărătoare sau chiar ofensatoare. Adevărul este că relațiile interpersonale mature pot să nu fie un scop probabil pentru toate persoanele cu dizabilități. De exemplu, persoanele cu sindroame pervazive medicale sau cognitive pot avea așteptări scăzute în ceea ce privește relațiile sexuale, întâlnirile sau căsătoria (Guralnik, 1997, citat de Shonkoff & Meisels, 2000).

Pe măsură ce persoanele cu dizabilități intelectuale devin interesate de a face parte dintr-un grup, apar oportunități noi pentru activități în afara casei. Sunt necesare anumite abilități sociale, precum „să știi cum să te comporți în casa unor prieteni, într-un restaurant sau teatru/cinema, să știi cum să te bucuri de conversații, să faci parte dintr-un grup, să înveți lucruri despre prieteni și comportamente sociale adecvate prietenilor sau persoanelor de sex opus”. Aceste abilități ies la suprafață natural, odată cu oportunitățile în care persoanele cu DI se simt confortabil și natural în activitățile sociale (Guralnik, 1999a, citat de Shonkoff & Meisels, 2000).

Părinții își pot pregăti copiii să se bucure de aceste ocazii, prin includerea acestora în ieșirile cu familia de la o vârstă fragedă. Copiii învață despre relații privind adulții. Părinții, părinții prietenilor și ceilalți indivizi adulți acționează și comunică în anumite feluri unii cu ceilalți. Aceste indicii verbale, cât și non-verbale, sunt diferite în funcție de cultură, comunitate sau sex. De exemplu, o femeie ar putea să nu vorbească sau să se comporte cu un bărbat în același fel în care ea interacționează cu o altă femeie. De asemenea, adulții nu se comportă cu copiii la fel cum se comportă cu alți adulți. Abilitatea de a folosi indiciile sociale cu îndemănare este învățată în timp, în medii și contexte diferite cu oameni diferiți (Byrne, 1998, citat de Turner, 2010).

Pe măsură ce copiii cresc, relațiile non-familiare devin mai importante. Prieteniiile pot rezulta, eventual, în urma unor „grupări” mai selective. O persoană tânără se poate raporta la prezența dizabilității și s-ar putea să-și dorească o relație cu o persoană asemenea ei. Părinții ar trebui să fie pregătiți să le ofere copiilor consiliere în legătură

cu relațiile amoroase, cum să se comporte la o întâlnire și tipuri potrivite ale contactului fizic în locurile publice (Guralnik, 1999a, citat de Shonkoff & Meisels, 2000).

Art-terapia de grup și dizabilitatea intelectuală

Tot mai mulți cercetători sugerează că implicarea în activitatea de creație poate îmbunătăți nivelul de bunăstare mentală și fizică (Johnson & Sullivan-Marx, 2006). S-a sugerat că terapiile prin artă sunt tot mai întâlnite în cadrul serviciilor de sănătate mentală (Gallagher, 2007, citat de Cooley, 2007). Ruddy & Mines (2003) raportează utilizarea terapiei prin artă la persoanele cu schizofrenie, atât individual, cât și în grup. Acest tip de terapie este, de asemenea, un adjuvant important pe lângă medicație în a-i ajuta pe acești oameni. Johnson & Sullivan-Marx (2006) sugerează că observarea și evaluarea proceselor de creație pot fi de neprețuit în ceea ce privește tulburările de percepție și cele de dezvoltare.

Efectele pozitive ale terapiei de grup în promovarea bunăstării în ceea ce privește sănătatea mentală sunt recunoscute, totodată sugerându-se că activitățile orientate de grup facilitează niveluri mai mari de interacțiune și simptome, decât terapiile verbale (Argyle & Bolton, 2004). Johnson & Sullivan-Marx (2006) susțin că schimbul de experiențe în cadrul grupurilor poate inspira participanților să se angajeze mai ușor în discuții, ceea ce duce la mai multe conexiuni în cadrul grupului. Aceeași autori susțin că art terapia într-un format mic (5–7 participanți) poate oferi un spațiu sigur pentru schimbul de trăiri, povești și discuții. Argyle & Bolton (2004) au aflat în urma evaluării unui proiect de art terapie că terapia de grup a promovat un „sens de apartenență”, „coeziune a grupului” și „sinele colectiv”, lucru datorat în întregime muncii în grup.

Terapia de grup începe să fie folosită tot mai mult în cadrul școlilor. Un exemplu de astfel de practică este ilustrat într-un studiu realizat de către Mishna și Muskat (2004), în care cercetatorii au analizat patru grupuri formate în cadrul școlii, de 4 până la 6 membri fiecare. Copiii au participat la intervenții directe pentru îmbunătățirea abilităților sociale realizate de către asistentul social, cât și intervenții indirecte care au la bază munca în echipă a profesorilor, colegilor și părinților. În urma acestui studiu s-a constatat că terapia de grup pentru copiii cu autism îi ajută enorm în ceea ce privește formarea prietenilor prin învățarea abilităților sociale în grup și, de asemenea, are un potențial semnificativ referitor la îmbunătățirea funcționării sociale, într-o manieră ce poate fi generalizată și în alte medii din lumea copiilor.

Art-terapia este o formă de terapie care nu a fost suficient de mult explorată în ceea ce privește copiii cu autism. Potrivit autorilor Cooper și Widdows (2004), terapia prin artă, este foarte potrivită copiilor din spectrul autist, deoarece aceștia gândesc

într-o manieră concretă și vizuală. Terapia prin artă, ca și componentă a programului de dezvoltare a abilităților sociale, poate să determine creșterea dorinței copiilor de a participa la acțiune, deoarece arta este o activitate pe care ei o găsesc acceptabilă.

Terapia prin artă oferă copiilor o cale de a rezolva problemele vizuale. Îi determină pe copiii cu DI să fie mai puțin literalți în a se exprima, și, în același timp, oferă o cale neamenințătoare de a face față/ accepta respingerile.

Prin arta realizată de către copii, terapeutul poate câștiga insight în ceea ce privește trăirile copilului, informație ce nu poate fi redată fidel prin mijloacele verbale. Prin folosirea imaginilor, a simbolurilor și a poveștilor sociale profesionistul îi poate sprijini pe copii să-și amintească ceea ce au învățat. Când copiii și terapeuții colaborează în crearea acestor materiale, astfel încât ele să fie adaptate provocărilor și scopurilor fiecărui copil, copilul și le va însuși și le va integra în experiențele proprii (Gray, 1994).

O tehnică deja cunoscută și folosită de terapeuții care lucrează cu copiii cu DI, pentru dezvoltarea abilităților sociale, sunt benzile desenate. Benzile desenate sunt de regulă aduse sau desenate de către terapeut, după care, în urma unor discuții și analize, se încearcă să se portretizeze evenimentele prin replici scrise în „balonașele” de deasupra desenelor. Copiii care învață prin intermediul imaginilor lucrează aceste benzi în așa fel încât le pot purta la ei, pentru a le putea folosi la nevoie. De exemplu, este mai ușor pentru un copil cu autism să învețe despre conflictele dintre oameni cu ajutorul imaginilor, decât dacă i s-ar explica într-o manieră teoretică și mai puțin amenințător decât jocul de rol.

Echipa de intervenție a studiului menționat mai sus (Gray, 1994) a dezvoltat folosirea terapeutică a benzilor desenate într-o aplicație conversă, în care terapeutul invită copilul să creeze propriile benzi desenate. Actul creației devine, astfel, o cale de exprimare pentru copilul care prezintă dificultăți ale competențelor lingvistice practice. În acest mod, copiii sunt capabili atât emoțional, cât și intelectual în a-și integra experiențele personale prin reflectare și prin privirea propriilor creații care oglindesc creativitatea lor.

Terapia prin artă nu trebuie să fie limitată la benzile desenate. Artă poate fi experimentată prin mai multe mijloace incluzând teatrul și muzica. Caracteristicile vizuale concrete care se regăsesc în artă îi ajută pe acești copii, care adesea experimentează anxietate în situațiile sociale, să se relaxeze și să se bucure de ei înșiși în timp ce învață abilități sociale într-un mediu controlat, precum terapia de grup.

Justificarea teoretică a programelor de intervenție art-terapeutică

Programele de art-terapie urmăresc dezvoltarea personală, a talentului și a creativității copilului cu DI, promovează vindecarea sufletească, sănătate și descoperirea copilului interior.

În ultimul deceniu au devenit vizibile eforturile de angajare a învățământului într-un proces de restructurări profunde, cu scopul de a schimba grila de valori a educației în acord cu democratizarea întregii societăți, unde asigurarea respectării dreptului la educație pentru toți copiii (art. 28 din Convenția Drepturilor Copilului) și egalizarea șanselor de succes ale acestora au reprezentat, și continuă să reprezinte, obiectivele esențiale. Astfel, una din provocările programului de intervenție art terapeutică a fost aceea de a promova diversitatea și încercarea de a oferi o intervenție de calitate, accesibilă tuturor copiilor.

Copiii cu DI din școlile speciale provin din medii foarte variate, majoritatea făcând parte din familii cu un nivel scăzut de școlarizare, familii numeroase, dezorganizate sau fără experiență de viață. Cu toate acestea trebuie amintiți părinții devotați, care își petrec timpul aproape în totalitate cu copilul cu dizabilități.

Rolului consilierului în viața copilului este acela de a fi pregătit corespunzător, astfel încât să fie capabil să-i susțină, să-i sfătuiască și să-i sprijine pe copii atunci când au nevoie. Consilierul îi poate ajuta pe copii pe durata procesului de dezvoltare socio-emoțională, să reușească să se adapteze și să facă față provocărilor vieții, cu ajutorul programelor de intervenție de acest tip, care au un specific permisiv, non-directiv și centrat pe persoană.

Terapia prin artă este o intervenție permisivă care se pliază foarte bine pe specificul copilului preadolescent cu dizabilitate intelectuală. Comportamentele disruptive sau problemele specifice DI pot fi înțelese și ameliorate mai ușor în cadrul terapiei prin artă, aceasta fiind un tip de intervenție predominant non-verbală și relativ nestructurată. În cadrul grupului de art-terapie se activează învățarea socială cu ajutorul informațiilor specifice și detaliate din mediul terapeutic și, nu în ultimul rând, învățarea prin exemple.

Caracteristicile grupului art-terapeutic

Grupul este centrat pe dezvoltarea personală a fiecărui participant. Acesta a fost creat pentru acei copii care vor să deprindă cum să comunice mai bine cu ceilalți, având conștiința valorilor și emoțiilor personale. Grupul oferă participanților posibilitatea de a se cunoaște mai bine pe sine și pe ceilalți, de a valorifica interacțiunea cu ceilalți, astfel încât aceasta să fie productivă pentru fiecare, de a-și descoperi resursele personale.

Pentru adolescenții care se află la vârsta descoperirii de sine, a dobândirii propriei independențe, un astfel de grup nu poate decât să le vină în ajutor, prin faptul că deschide drumul pentru creionarea unei personalități adaptate cerințelor sistemului social, oferindu-le în felul acesta echilibrul psihologic.

Un astfel de grup oferă copiilor suport emoțional, facilitează comunicarea sinceră, deschisă, dezvoltarea unor sentimente de încredere și acceptare de sine prin inte-

grarea în grup. Permite de asemenea, realizarea unei comunicări empatică, exersarea unor roluri și a unor comportamente asertive.

Cadrul terapeutic în care se desfășoară grupul de art-terapie este foarte important, pornind de la contextul social sau instituțional, până la sala destinată terapiei. Este de preferat o colaborare a persoanelor din instituția în care se desfășoară grupul, pentru a facilita toate activitățile legate de grup. Sala ar trebui să respecte anumite caracteristici cum ar fi: să fie curată și aerisită, să fie suficient de largă pentru a încăpea toate persoanele din grup, iluminarea să fie reglabilă (în funcție de activitate), să asigure intimitate și confidențialitate, să prezinte accesorii specifice atmosferei de relaxare (perne, plante, tablouri). De acest lucru, în general, este responsabilă instituția în care își desfășoară grupul activitatea.

Grupul poate fi eterogen în ceea ce privește proveniența socială, religioasă, etnică, națională. Omogenitatea are în vedere criteriul vârstei și nivelul de dezvoltare intelectuală.

Obiectivele cercetării

Obiectivul general al studiului de față este: Testarea eficienței unui program de intervenție art-terapeutic în dezvoltarea socio-emoțională a preadolescenților cu dizabilități intelectuale (PDI).

Ipotezele cercetării

1. Calitatea relațiilor interpersonale (colegi, școală, membrii familiei) ale PDI, se va îmbunătăți semnificativ, ca urmare a programului de art-terapie.
2. Conceptului de sine al PDI se va îmbunătăți semnificativ, ca urmare a intervenției art terapeutice.
3. Art-terapia de grup influențează semnificativ modelarea comportamentelor adaptative (limbaj, aptitudini sociale și academice) a PDI, prin învățarea din exemple (informația din mediu este specifică și detaliată) și învățarea socială.

Ca întrebare a cercetării s-a propus sondarea efectului conceptului de „Minte a grupului” (Le Bon, 2009) asupra funcționării ședințelor de art-terapie de grup cu copiii cu DI.

Metodologia cercetării

Participanți

Cercetarea a fost demarată în anul școlar 2013–2014 și a vizat preadolescenții cu vârsta cuprinsă între 10 și 14 ani din Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă nr. 1, Sibiu. Dintre aceștia 18 sunt băieți și 11 fete.

Copiii sunt înscriși în clasele III–VII, vârsta predominantă fiind de 11, respectiv 14 ani.

Drept urmare, în colaborare cu directorul instituției, au fost selectați în lot 31 de preadolescenți cu DI, eligibili programului, excluzând unii subiecți cu absenteism masiv de la școală. Aceștia au fost împărțiți în trei grupuri care să cuprindă toate cele 4 grade de DI (ușoară, moderată, severă și profundă), astfel încât grupurile să fie cât mai echilibrate pentru a putea beneficia de toate tehnicile de lucru incluse în programul de intervenție.

Primul grup a fost format din doi copii diagnosticați cu autism, dintre care unul utiliza limbajul verbal, iar celălalt nu, aceștia fiind grupați cu alți șapte copii cu deficiență mintală ușoară sau moderată. Al doilea grup a fost format din copii cu deficiență mintală ușoară, moderată asociate cu dificultăți de învățare, dificultăți de limbaj și înțelegere, iar al treilea grup, din copii cu deficiență ușoară, copii cu deficiență moderată și deficiența severă asociată cu sindrom Down (vezi Tabelul 1).

Tabelul 1. Severitatea DI la participanții implicați în studiu

Severitatea DI	Frecvența	Procentaj
DI ușoară	21	72,4
DI moderată	7	24,1
DI severă	1	3,4
Total	29	100,0

Atât direcțiunea, profesorii, cât și elevii și familiile acestora și-au dat acordul de participare la studiu. Părinții/tutorele/reprezentantul legal au completat consimțământul informat.

Pentru a culege datele necesare cercetării s-a recurs atât la metode cantitative de cercetare (chestionarul–scală), cât și la cele calitative (observația, analiza documentelor sau a comportamentelor). De asemenea, pentru a ameliora deficiențele celor două tipuri de metode s-a decis a se aborda metoda de studiu integrat: studiul de caz în elaborarea secțiunii de rezultate a cercetării.

Pentru formarea grupelor art-terapeutic s-au urmărit criteriile omogenității și al eterogenității.

Instrumente și procedura

1. Instrumente de evaluare

Evaluarea pretest și post-test s-a realizat cu ajutorul următoarelor instrumente:

- a. Evaluarea stimei de sine s-a realizat prin intermediul *Scalei Hare – Stima de Sine*: Hare Self-Esteem Scale (HSS, Hare, 1985, citat de Fischer & Corcoran

2007). Scala este un instrument construit de către Bruce R. Hare, acesta fiind formată din 30 de itemi care măsoară stima de sine a copiilor cu vârsta peste 10 ani. Instrumentul este împărțit în trei arii specifice (colegi, școală și acasă). Stima de sine la copii este reprezentată de însumarea acestor trei arii, pentru că relațiile dintre copil, școală, colegi și familie sunt ariile majore de interacțiune în care copilul își dezvoltă valoarea de sine.

- b. Evaluarea conceptului de sine a copiilor a fost realizată cu ajutorul *Scalei conceptului de sine la copii* – Self-Concept Scale for Children (SC, Lipsitt, 1958, citat de Fischer & Corcoran 2007). SC este formată din 22 de adjective care numesc diferite sentimente ale copiilor legate de persoana lor, notate pe o scală de la 1 la 5. Scorurile ridicate ale SC reflectă un concept de sine ridicat (ex: mai puțină autodenigrare). Acest instrument a fost ales deoarece este mai ușor de înțeles de către copiii cu deficiență mintală.
- c. Evaluarea sănătății mintale și evaluarea funcționării psihosociale a copiilor s-a realizat prin intermediul Scalei de evaluare pentru copii, varianta scurtă – *Shortform Assessment Scale for Children* (SAC, Glisson, Hemmelgarn & Post, 2002, citat de Fischer & Corcoran 2007). Scala are 48 de itemi, care au fost creați să monitorizeze sănătatea mintală și funcționarea psihosocială a copiilor cu vârsta cuprinsă între 5 și 18 ani. SAC a fost realizată pentru a analiza două dimensiuni largi în ceea ce privește simptomele externalizate și simptomele internalizate.
- d. Evaluarea relațiilor interpersonale ale copiilor cu deficiență mintală s-a efectuat cu ajutorul *Indexului relațiilor cu grupul de vârstă* – Index of Peer Relations (IPR, Hudson, 1997, citat de Fischer & Corcoran 2007). Walter W. Hudson este autorul acestei scale formate din 25 de itemi, creați să măsoare nivelul, severitatea sau magnitudinea problemelor întâlnite în relațiile preadolescenților.
- e. Evaluarea tipurilor de comportamente la nivelul grupului a fost posibilă datorită *Grilei de observație a interacțiunilor de grup* – Interaction Process Analysis (IPA), inspirată de „Grila de observație și analiză a interacțiunilor de grup” (Bales, 1951). Sistemul acestei grile urmărește identificarea unor tipuri specifice de comportamente în cadrul grupurilor. Pe parcursul cercetării de față s-a urmărit tipul relațiilor interpersonale la nivelul grupurilor (predominant pozitive sau negative) și posibilele semne ale stimei de sine mai dezvoltate în cazul copiilor care tind să fie lideri sau din contră, stimă de sine scăzută, copii mai retrași.

2. Instrumente de intervenție: Programul de intervenție art-terapeutică

Programul de intervenție art-terapeutică este un material destinat consilierilor, psihologilor și profesorilor care lucrează cu copiii cu dizabilități intelectuale. Acest program a fost realizat pentru a veni în ajutorul cadrelor didactice și a psihologilor, care lucrează cu copii cu DI și nu numai. Interesul copiilor față de școală este tot

mai scăzut, aceștia fiind tot mai absorbiți de tehnologie, prin intermediul căreia află tot ce este actual. De aceea, ei își doresc un alt mod prin care să-și dezvolte cunoștințele, unul mai antrenant, mai liber, interesant și plin de elemente inovatoare. Art-terapia reușește să îndeplinească aceste criterii.

Programul de intervenție art terapeutică a fost realizat în așa fel încât să poată fi aplicat tuturor copiilor, cu sau fără dizabilități, adaptarea acestuia fiind realizată la fața locului, în funcție de resursele și nivelul de înțelegere al fiecărui copil. Pentru ca adaptarea să fie posibilă, înainte de fiecare ședință consilierul pregătește fișe cu imagini, exemple și orice materiale cu potențialul de a ajuta și sprijini copilul în demersul său de a crea. În cazul grupului terapeutic format din persoane cu DI, doza de directivitate este puțin mai ridicată în funcție de fiecare copil.

Tehnicile de lucru folosite în acest program sunt: jurnalul creativ (Capacchione, 1989), transformarea cărților și desenul liber. Cu toate că s-au folosit trei tehnici diferite de lucru, temele au fost aceleași pentru fiecare din cele trei grupuri.

Jurnalul creativ: este o modalitate prin care copiii pot să se cunoască mai bine. De asemenea poate ajuta în dezvoltarea abilităților de scris sau desenat. Metoda constă în exerciții simple, care se realizează într-o agendă sau un jurnal personal. Exercițiile sunt realizate în așa fel încât îi ajută pe copii să: își exprime emoțiile și gândurile, să se simtă confortabil să scrie sau să deseneze, ajută la dobândirea unui obicei de auto-exprimare, dezvoltă comunicarea în imagini sau cuvinte, îi determină să fie mai observatori, să se cunoască mai bine și să se placă mai mult. Jurnalul creativ îi determină pe copii să-și folosească imaginația și talentele naturale, dezvoltă concentrarea acestora și îi ajută să-și găsească înțelepciunea interioară.

Transformarea cărților constă într-un amestec de materiale de artă: colaje, desen, obiecte reciclabile, plasticuri, cartoane colorate, ațe, mărgelile, decupaje, îndoituri, origami, obiecte tridimensionale care sunt integrate într-o carte veche, nouă, reciclată, multiplicată etc. O carte transformată poate fi simplă, realizată prin lipirea unor poze, imagini, desene, sau complexă, precum, crearea unei sculpturi în interiorul cărții. Acest tip de acțiune pune accent mai mare pe procesul de creare față de jurnalul creativ care necesită un nivel mai mare de analiză a datelor.

Desenul liber este tehnica cea mai liberă folosită în cadrul intervenției de față și constă în oferirea unei foi albe de hartie și a materialelor artistice: creioane colorate, creioane de ceară, pensule, acrilice, tempera, lipici, reviste etc. Această tehnică pune accent pe culorile folosite, tipul de linii (groase, subțiri, lungi, scurte, drepte, curbe, apăsate, mâzgălite etc.), folosirea spațiului, mișcarea, așezarea în pagină etc.

Prin folosirea acestor trei tipuri de metode de lucru s-a dorit să se sublinieze în ce măsură influențează suportul de lucru implicarea și determinarea copiilor de a se angaja în sarcină.

Intervenția a fost structurată pe parcursul a zece ședințe de câte 40 de minute, timp de 10 săptămâni. Fiecare săptămână presupunea o anumită temă care puncta aspecte precum: relația cu sinele, relația cu ceilalți, viitorul, aspecte din viața copiilor la acel moment. Teme precum „Cine sunt eu?”, „Portret de familie”, „Obiectele mele preferate”, „Visul”, „Vânătoarea de comori”, „Sentimentele – ce se întâmplă?”, „Întoarcerea la natură”, „Dacă aș fi profesor”, „Corpul meu”, „Tabloul meu”.

Programul a avut ca obiectiv principal dezvoltarea personală a copiilor, descoperirea calităților personale, creșterea stimei de sine și îmbunătățirea relațiilor interpersonale ale copiilor cu dizabilități intelectuale, prin folosirea tehnicilor art-terapeutice și a materialelor artistice.

Obiectivele programului au fost structurate pe ședințe, astfel încât pe durata celor zece săptămâni să se creeze o intervenție care să cuprindă cât mai multe aspecte specifice care să-i ajute pe copii să se cunoască și să-și câștige încrederea în ei. Dintre aceste obiective specifice amintim următoarele:

facilitarea cunoașterii copiilor și a consilierului, stabilirea obiectivelor și scopurilor grupului și, nu în ultimul rând, cunoașterea și stabilirea acordului de grup.

- reliefarea semnificației familiei și clarificarea emoțiilor în ceea ce privește propria familie.
- cunoașterea de sine și a celorlalți, realizarea unor legături între obiectele preferate și caracteristicile personale, cunoașterea colegilor în funcție de obiectele semnificative pentru aceștia.
- formarea abilităților de fixare a unor scopuri de viață realiste prin exersarea deprinderilor de analiză introspectivă, de descoperire și utilizare a resurselor interioare, plus fixarea unor ancore pozitive pentru activitățile de luare a deciziilor în vederea îndeplinirii unor dorințe personale.
- cunoașterea calităților și resurselor personale, stimularea încrederii în sine și dobândirea unor ancore de menținere a încrederii și a stimei de sine.
- exersarea comunicării nonverbale, a comportamentelor emoționale și a comportamentelor empaticе, prosociale.
- stimularea și exersarea manifestărilor libere, creatoare, întărirea încrederii în sine (situații relaxante pentru copii, în care ei sunt liberi) și dezvoltarea comunicării emoționale.
- identificarea oportunităților de a evita situațiile de criză întâlnite în școală, sublinierea importanței de a-ți face cunoscută propria părere, găsirea unor modalități de a face față situațiilor școlare, întărirea unor deprinderi de comportament asertiv, nu agresiv.
- conștientizarea, acceptarea și restructurarea EU-lui, întărirea încrederii în sine, ancorarea unei imagini de sine pozitive, conștientizarea responsabilității pentru transformarea de sine.

- sintetizarea achizițiilor dobândite în urma activităților de grup, fixarea unor ancore de evoluție personală.

Rezultate obținute

Analiza cantitativă a datelor

Rezultatele au fost înregistrate în urma prelucrării datelor și analizei acestora cu ajutorul programului SPSS 20, urmărind următoarele etape.

1. Testarea normalității distribuției datelor (Skewness și Kurtosis)
2. Analiză comparativă între variabilele socio-demografice (Mann-Whitney Test și Testul T Student).
3. Analiză comparativă a celor 3 grupuri la post-test, pentru a determina care dintre cele trei tehnici a avut un impact mai mare (Kruskal-Wallis Test).
4. Analiza comparativa a grupurilor, pre și post-test (Wilcoxon Signed Rank Test și Testul T Student).

În urma acestor analize s-a observat că, tendința variațiilor valorilor analizate față de medie este mai mare către unul din capetele intervalului de valori, acest aspect arătând o distribuție asimetrică a datelor, ceea ce indică utilitatea testelor neparametrice în analiza datelor obținute.

Analizând diferențele în funcție de gen, gradul dizabilității sau vârstă, nu au fost evidențiate diferențe semnificative statistic între acestea, lucru care devine un argument (progrup) pentru formarea heterogenă a grupurilor art-terapeutice – creând un echilibru între aceste variabile demografice. Totuși, potrivit acestei investigații am constatat diferențe semnificative în funcție de gen, în ceea ce privește relațiile interpersonale ($p < 0,04$) la post-test.

S-a hotărât folosirea a trei tehnici de lucru (jurnalul creativ, transformarea cărților și desenul liber) pentru a determina eficiența acestora, în ceea ce îi privește pe copiii cu DI. Rezultatele testului Kruskal-Wallis au evidențiat diferențe semnificative statistic între tehnicile folosite, referitor la evaluarea sănătății mintale și a funcționării psihosociale ($p < 0,01$), după cum apare discutat în analiza calitativă a datelor.

Investigarea comparativă a grupurilor pre și post-test a evidențiat o scădere semnificativă a conceptului de sine, lucru care vine să scoată în evidență faptul că, în condițiile existenței unui deficit intelectual ce afectează întreaga personalitate, mecanismele de apărare a eului asigură supracompensarea deficitului. De asemenea, putem lua în calcul și faptul că, mediul social poate, de asemenea, să influențeze aceste rezultate, acești copii petrecându-și majoritatea timpului în școala specială sau în preajma personalului responsabil de îngrijirea lor. Așadar, „sinele în oglindă” (Cooley, 2007) este oferit de personalul angajat (didactic și nedidactic) și ceilalți

adolescenți asemeni lor. Astfel, comparându-se cu adolescenții cu DI și cu imagine „fals pozitivă” (dar bună pentru protecția subiecților) este evidentă tendința de creștere a stimei de sine în pre-test, urmată apoi de o scădere semnificativă înregistrată în post-test, lucru care poate fi pus pe seama înțelegerii anumitor concepte în urma intervenției art-terapeutice și pe faptul că în urma petrecerii unui timp mai îndelungat cu examinatorul, copiii nu mai simțeau nevoia de a se supraevalua, auto-evaluarea corectă fiind asociată în cazul acestora cu o stimă de sine realistă.

Tabelul 2.
Scorurile obținute la post-test de către participanți, în funcție de tehnicile utilizate

Caracteristica	Scor	Grupa 1	Grupa 2	Grupa 3
		Desen liber	Jurnal creativ	Carte transformată
Stima de sine post		80,70	81,43	86,30
Stima de sine colegi post		27,40	27,29	28,30
Stima de sine familie post		27,30	26,86	29,20
Stima de sine școală post		26,00	27,29	28,80
Concept de sine post		82,90	82,43	89,30
Rel. Int post		71,50	69,43	50,40
Sind.ext post		13,30	23,14	8,80
Sind.Int post		9,60	20,43	8,30
Sind Ind + Ext post		22,30	43,57	17,10

Prin evaluarea sănătății mintale și evaluarea funcționării psihosociale au fost înregistrate diferențe semnificative statistic între scorurile totale de la pre-test și post-test, cu ajutorul testului Wilcoxon, în ceea ce privește simptomele specifice *internalizării* ($p < 0,05$) și scorul total SAC ($p < 0,01$).

Analiza calitativă a datelor

În completarea rezultatelor statistice a fost folosită „Grila de observație a interacțiunilor în cadrul grupului” (Bales, 1951). Analizând aceste informații este posibilă întocmirea unei scurte caracterizări a grupurilor, în raport cu relațiile interpersonale de-a lungul programului art-terapeutic. În primele 4 săptămâni, interesul copiilor în activitatea art-terapeutică a crescut de la o săptămână la alta. În prima săptămână, copiii celor trei grupe au fost curioși, ușor agitați și foarte doritori să participe la activitățile artistice. Grupul nr. 2 a fost ușor mai dezorganizat decât celelalte două grupuri, aceștia fiind foarte nerabdători și distrași, împrăștiind și cercetând materialele înainte de a discuta tema. Ca primă întâlnire, toate cele trei grupuri au fost mai retrase în a se exprima verbal la sfârșitul ședinței, însă procesul de creare și produsul final au putut să completeze acest lucru. Ședințele care au

urmat au înregistrat creșteri progresive în ceea ce privește domeniul socio-emoțional pozitiv prin manifestarea solidarității, a destinderii și prin aprobarea pasivă și domeniul sarcinii, care este unul neutru. Bineînțeles că au fost prezente și acțiuni din domeniul socio-emoțional-negativ: dezaprobări pasive, manifestări ale tensiunii și opoziționismului. De-a lungul acestor 4 întâlniri, copiii au reușit să învețe cum să se ajute unul pe celălalt, să glumească fără să-i supere pe ceilalți cu scopul de a detensiona atmosfera, să folosească aprobări pasive precum „Așa am desenat și eu” sau „Și mie îmi place acest lucru”, să solicite opinii și informații, să emită sugestii sau opinii fără să jignească, cu scopul de a împărtăși cu ceilalți copii. În grupul 1, spre deosebire de celelalte două grupuri, au fost înregistrate pe lângă manifestările socio-emoționale pozitive și câteva manifestări negative: semne de anxietate emoțională, rușine, teama de a vorbi în grup etc.

Întâlnirea din săptămâna 5 a înregistrat o stagnare a interesului copiilor urmată de o scădere în săptămâna 6, acest lucru poate fi asociat cu faptul că temele acestor săptămâni au implicat reflecția copiilor asupra calităților personale și a sentimentelor lor, lucru mai puțin înțeles de către aceștia. În aceste două săptămâni au fost întâlnite cel mai des solicitările de sugestii în cadrul sarcinii, pentru ghidare în procesul de rezolvare a acesteia.

Următoarele două săptămâni au reușit să recaptureze atenția și interesul copiilor, aici predominând domeniul sarcinii, în care copiii au emis informații, opinii sau sugestii. Majoritatea copiilor au fost foarte interesați în a-și oferi părerea în cadrul discuțiilor de la finalul sesiunii 8, care presupunea că aceștia ar fi profesori. Copiii au propus idei interesante în rezolvarea unor probleme de igienă din școală, însă când l-a fost solicitată părerea în legătură cu problemele mai serioase din cadrul școlii, precum absentismul sau agresivitatea, aceștia nu au reușit să ofere soluții viabile.

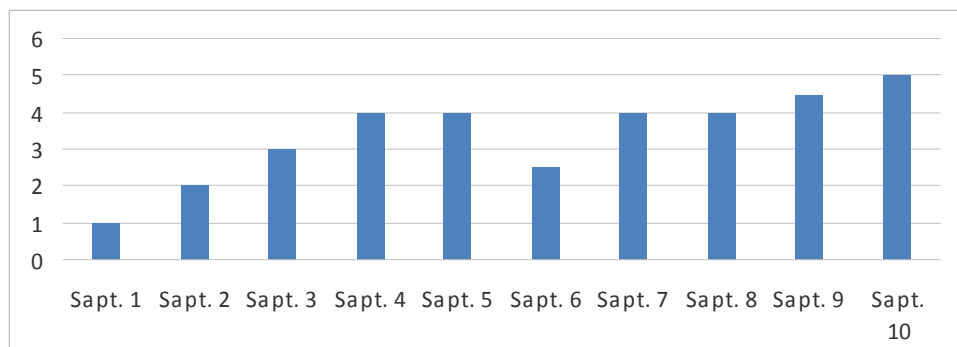


Figura 1. Variații ale interesului copiilor în derularea programului de intervenție pe săptămâni

Ultimele două întâlniri au stârnit curiozitatea copiilor, astfel că ședința 9 a fost privită de către aceștia cu amuzament și chiar le-a făcut plăcere să poarte o discuție imaginară cu o componentă a corpului lor. Ședința 10 a avut o structură asemănătoare cu cea a ședinței 1, astfel înregistrându-se o exprimare mai relaxată a copiilor în ceea ce îi privește și un interes crescut de a-și prezenta creația la finalul terapiei în cadrul secțiunii destinate discuțiilor.

Cele trei grupuri au aplicat trei tehnici diferite de lucru (jurnalul creativ, transformarea cărților și desenul liber). Potrivit informațiilor culese cu ajutorul grilelor de observație s-a constatat faptul că „jurnalul creativ” și „cărțile transformate” au contribuit într-o oarecare măsură la angajarea copiilor în sarcină. Aceste două grupuri, spre deosebire de grupul care a folosit tehnica „desenului liber”, erau mai atașați de lucrările lor, dorind să le înfrumusețeze și să lucreze mai mult. Probabil acest lucru se datorează faptului că, atât jurnalul, cât și cartea oferă un nivel ridicat de intimitate, copiii putând să lucreze în taină și să-și găsească libertatea de a se exprima. Însă, grupul care a folosit tehnica „desenului liber” finaliza mai repede sarcina, rezervându-și mai mult timp pentru a observa lucrările colegilor și pentru a discuta.

Grupul 1 – Tehnica „desen liber”

Acest grup a fost format din copii cu vârsta cuprinsă între 11 și 12 ani (cei mai mici din studiu) și a avut în componența sa deficiență: ușoară, medie și severă. Grupul a întâmpinat anumite probleme, specifice deficienței mintale și a fost singurul care s-a stabilit cel mai greu. De-a lungul celor 10 întâlniri au fost înregistrate următoarele date, potrivit Grilelor de observație și a notițelor luate de consilier în timpul și la sfârșitul fiecărei ședințe. În cadrul acestei formații au predominat manifestări ale domeniului socio-emoțional negativ, după cum urmează: manifestări ale tensiunii – teama de a nu fi plăcuți/agreeați, semne de anxietate emoțională, rușinea de a vorbi în grup, agitație, înroșirea feței, transpirație, folosirea materialelor în mod nevrotic – manifestarea antagonismului: râsul de colegi, batjocura, ironia, păcălirea și înșelătoria colegilor sau chiar a consilierului, prin faptul că încercau să fure materialele artistice. Aceste comportamente au scăzut (potrivit fișelor de observații) în timpul ședințelor de art-terapie de grup, o dată cu avansarea în terapie, unele dintre ele fiind înlocuite cu comportamente specifice solidarității sau aprobării pasive. Pentru acest grup s-a înregistrat o dezvoltare a relațiilor interpersonale mai ridicată, luând în calcul faptul că ei au plecat de la un nivel mult mai scăzut decât celelalte grupe și au reușit să ajungă aproximativ pe același nivel ca și ceilalți. Art-terapia de grup i-a ajutat să-și clarifice probleme legate de autocunoaștere și stimă de sine, însă din cauza faptului că formarea grupului, ca un întreg, a durat mai mult timp, copiii nu au avut resursele necesare pentru a se cunoaște între ei.

Grupul 2 – Tehnica „altered book” (transformarea cărților)

Copiii din componența acestui grup sunt cu vârste cuprinse între 13 și 14 ani, grupul fiind format din copii cu deficiență mintală ușoară, moderată și deficiență mintală multiplă. Acest grup include doi copii cu autism, însă acest lucru nu a împiedicat încheierea acestuia încă de la prima întâlnire. În cadrul art-terapiei copiii au fost pur și simplu absorbiți de ideea de a transforma o carte veche, de a o personaliza. Aceștia îndeplineau sarcina la modul cel mai serios și erau foarte implicați în procesul creației. Acest grup se încadra foarte greu în timpul alocat sesiunilor de art-terapie și de multe ori hotărâu de comun acord să scurteze perioada destinată discuțiilor de la sfârșitul sesiunii sau chiar să o elimine în totalitate. Pentru ca acest lucru să nu se întâmple, consilierul strecura în perioada de creație câteva întrebări, direcții de reflecție sau atenționări prin care le atrăgea atenția, la ceea ce ceilalți lucrează sau îi ajuta să conștientizeze tema sesiunii.

Acestui grup i-au fost caracteristice manifestări din domeniul socio-emoțional pozitiv, aceștia manifestând solidarism și destindere, precum și aprobare pasivă. Putem spune că în acest grup cel mai mult s-au dezvoltat concepțiile de stimă de sine și imagine de sine, autocunoaștere și aprofundarea relațiilor interpersonale la nivel de grup, aceștia fiind atrași de teme în care aveau ocazia să cunoască lucruri noi în legătură cu colegii lor.

Grupul 3 – Tehnica „jurnalul creativ”

Al treilea grup cuprinde copii cu vârsta de 14 ani, cu diagnostic predominant de deficiență mintală ușoară și 3 cazuri de deficiență mintală moderată. Ca și componență, 8 copii erau din aceeași clasă și 2 dintr-o alta, însă, în urmă cu un an, cu toții au fost în aceeași clasă. Acest lucru a sprijinit dinamica grupului și a lăsat loc altor probleme să se evidențieze în cadrul sesiunilor de art-terapie de grup. Copiii s-au simțit suficient de în siguranță încât încercau să-și rezolve problemele din afara grupului terapeutic în timpul desfășurării acestuia, acest lucru distrăgându-i de la teme sesiunilor terapeutice. Pentru ei teme propuse nu prezentau interes atât de mare ca și pentru celelalte grupe, însă ideea de a avea un jurnal le era pe plac. Probabil faptul că nu exista o sală destinată terapiei, ci se folosea un cabinet de informatică, îi distrăgea, iar pentru că doar spațiul din mijlocul sălii era liber, trebuia să se lucreze pe jos, acest lucru nefiind pe placul lor. Copiii rezolvau repede sarcina, discutau în grabă despre ea, cât să puncteze procesul, însă preocuparea cea mai mare erau problemele specifice vârstei: aspectul, sexualitatea, prietenii și tehnologia. Chiar dacă discuțiile derivau de la subiectul principal propus, grupul se străduia totuși să-și rezolve o anumită sarcină din aceea zi. Acest grup a pus accentul pe problemele ce apar în grupurile de vârstă apropiate lor, marile provocări

precum: continuarea școlii într-o școală de meserii sau abandonul, frustrările adolescenței sau perioadele de tranziție în funcție de fiecare copil.

Concluzii

În urma analizei datelor și axându-se pe impactul pe care terapia prin artă l-a avut asupra dezvoltării socio-emoționale a copiilor cu DI în cadrul acestui program de intervenție, s-au înregistrat următoarele răspunsuri pentru întrebările de cercetare.

Chiar dacă în urmă analizei statistice nu s-au înregistrat schimbări semnificative în ceea ce privește stima de sine, conceptul de sine și relațiile interpersonale ale copiilor cu DI între pre și post-test, totuși au fost consemnate unele variații ale acestor concepte, culese cu ajutorul metodelor calitative. Totuși, potrivit datelor înregistrate în ceea ce privește simptomele de externalizare și internalizare, evaluate cu ajutorul scalei pentru evaluarea sănătății mintale și evaluarea funcționării psihosociale, au fost consemnate diferențe semnificative statistic în legătură cu comportamentele internalizate. Acest lucru poate să susțină faptul că art-terapia de grup contribuie la ameliorarea comportamentelor anxioase, depresive și anti-sociale. De asemenea, se poate menționa faptul că utilitatea scalelor statistice este moderată și că evaluarea cu metode calitative este mai potrivită, folosind grile de observație adaptate pe specificul persoanelor cu DI.

Folosirea tehnicilor diferite de lucru a avut influențe diferite semnificativ în ceea ce privește dezvoltarea sănătății mintale și a funcționării socio-emoționale.

Individualizarea programelor de art-terapie de grup poate fi realizată pentru persoanele cu DI. Acest lucru poate fi posibil în funcție de fiecare copil și de achizițiile acestuia. Art-terapia este considerată ca fiind un instrument efektiv în câștigarea insight-ului către dinamica inconștientului, iar art-terapia de grup, în particular, permite copiilor cu DI să-și împărtășească sentimentele și gândurile prin intermediul materialelor artistice și să învețe unii de la ceilalți într-un mediu care încurajează *imitarea* celorlalți, în ceea ce privește gândirea sau comportamentul. Art-terapia de grup promovează și încurajează acest tip de *comportamente imitative* și îi sprijină pe copii în descoperirea propriei identități (Choi & Jeon, 1996). De asemenea, stimulează eliberarea emoțiilor reprimite și ajută copiii cu DI să se înțeleagă mai bine pe ei înșiși (Chun & Choi, 1997). Angajamentul copiilor în tratamentul art-terapeutic activează resursele subconștiente ale acestora, descoperă relațiile obiectuale profunde, mecanismele lor de apărare și problemele de dezvoltare.

Fiind o intervenție permisivă, art-terapia de grup facilitează adaptarea programului în funcție de specificul copilului cu DI. Importantă este prezența, conectarea și înțelegerea sarcinilor, a motivelor pentru care copilul se află într-un cadru terapeutic.

Dacă aceste sunt împlinite, implicarea copilului este garantată. Când nimic nu este catalogat ca frumos sau urât, bine sau rău, copiii învață că intenția contează, mai mult, chiar este apreciată.

În acest studiu, grupul a oferit acestor copii un mediu suportiv și sigur pentru ca aceștia să-și îmbunătățească abilitățile sociale, iar procesul art-terapeutic i-a ajutat să vizualizeze diferite aspecte din viața acestora și să se cunoască mai bine. Copiii au reușit să-și modeleze un oarecare portret socio-emoțional prin observare și imitarea celorlalți colegi sau a consilierului, prin împărtășirea emoțiilor personale, prin faptul că erau preocupați sau îi sprijineau pe ceilalți. Deoarece participanții simțeau că aparțineau grupului, erau acceptați și recunoscuți, aceștia au putut să se dezvolte personal într-un context interpersonal.

Limite și direcții de cercetare

Cu toate că putem spune că art-terapia de grup are o influență benefică asupra dezvoltării socio-emoționale a preadolescenților cu dizabilitate intelectuală, rămâne de adăugat faptul că nu se cunoaște eficiența în timp a acesteia. De aceea, o evaluare follow-up ar fi benefică studiului. Luând în calcul specificul copiilor cu DI, este foarte probabil ca în urma destrămării grupurilor terapeutice, aceștia să nu-și mai folosească achizițiile.

Un alt aspect care merită luat în calcul este faptul că posibilitatea de a avea control mai mare asupra dinamicii de grup ar crește dacă în procesul terapeutic ar fi angajați doi consilieri. De asemenea, cadrul terapeutic ar fi bine să fie unul destinat activităților artistice de grup, și nu o sală care are o altă utilitate, deoarece locul influențează rezultatul final al ședințelor.

Pentru copiii cu vârsta de 14 ani sau mai mari, se recomandă structurarea terapiei pe domeniile de interes specifice vârstei sau formarea de grupuri mai mici (4–5 copii) pentru a crea un spațiu mai intim în care copiii să se relaxeze și să aibă răbdare în procesul de autocunoaștere.

De asemenea, implementarea intervenției pe loturi mai mari de participanți, adaptarea unor instrumente statistice și derularea programului de art-terapie de grup a persoanelor cu DI pe o perioadă mai îndelungată, ar fi benefice pentru o evaluare mai amănunțită a impactului pe care acest program îl are în dezvoltarea socio-emoțională a copiilor cu DI.

Bibliografie

- Abbeduto, L. (2003). *Language and Communication in Mental Retardation*, în *International Review of Research in Mental Retardation*, 27;
- Argyle, E., Bolton, G. (2004). *The use of art within a groupwork setting*, în *Groupwork*, 14(1), p. 46–62;
- Bales, F. R. (1951). *Interaction Process Analysis. A Method for the Study of Small Groups*. Addison-Wesley Press, Inc.;
- Boyle, J., Scanlon, D. (2010). *Methods and Strategies for Teaching Students with Mild Disabilities*, Cengage Learning;
- Capacchione, L. (1989). *The Creative Journal for Children A Guide for Parents, Teachers and Counselors*, Shambhala Publications, Inc.;
- Case, S., Haines, K. (2012). *Understanding Youth Offending: Risk Factor Research, Policy and Practice*, Routledge, New York;
- Castles, E.E. (1996). *"We're People First": The Social and Emotional Lives of Individuals with Mental Retardation*, Praeger Publishers, Westport;
- Choi, W. S., Jeon, M. H. (1996). *A study on the effects of the group counseling program with art techniques upon ego identity and characteristic Kinetic Family Drawing*, în *Korean Journal of Art Therapy*, 3(3), p. 101–115;
- Chun, C. G., Choi, S. N. (1997). *The effects of parental group art therapy on enhancement of relationship between parents and children*, în *Korean Journal of Art Therapy*, 5(1), p. 125–137;
- Cooley, M.L. (2007). *Teaching Kids with Mental Health & Learning Disorders in the Regular Classroom: how to recognize, understand and help challenged (and challenging) students succeed*, Free Spirit Publishing;
- Cooper, B., Widdows, N. (2004). *Knowing yourself knowing others: Activities that teach social skills*, Norwalk, CT: Instant Help Press;
- Emerson, E., Hatton, C.S.R., Thmopson, T., Parmenter, T. (2004). *International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities*, John Wiley & Sons, Ltd
- Fischer, J., Corcoran, K. (2007). *Measures for Clinical Practice and Research. A Sourcebook Volume 1: Couples, Families and Children Fourth (4th) Edition*, Oxford University Press;
- Gray, C. (1994). *Comic Strip Conversations: Illustrated Interactions that Teach Conversation Skills to Students with autism and related disorders*, Future Horizons Inc.;
- Johnson, C.M., Sullivan-Marx, E.M. (2006). *Art therapy: Using the creative process for healing and hope among African American older adults*. *Geriatr Nurs*, 27(5), p. 309–316;
- Kahn, B.B. (1999). *Art Therapy with Adolescents: Making It Work for School Counselors*, în *Professional School Counseling*, 2(4), p. 291–298;
- Le Bon, G. (2009). *Psychology of Crowds*, Sparkling Books;
- Matson, J.L., Sturmey, P. (2011). *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, Springer;
- Mishna, F., Muskat, B., Farnia, F., Wiener, J. (2011). *The Effects of a School-Based Program on the Reported Self-Advocacy Knowledge of Students With Learning Disabilities*, în *Alberta Journal of Educational Research*, 57(2), p. 185–203;
- Mithaug, D.E., Mithaug, D.K., Agran, M., Martin, J.E., Wehmeyer, M. L. (2002). *Self-determined Learning Theory: Construction, Verification, and Evaluation*, Lawrence Erlbaum Associates;

- Roth, I., Rezaie, P. (2011). *Researching the Autism Spectrum: Contemporary Perspectives*, Cambridge University Press, New York;
- Ruddy, R., Mines, D. (2003). *Art therapy for schizophrenia or schizophrenia like illness (Review)*, Wiley Publishers;
- Shonkoff, J.P., Meisels, S.J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press;
- Stanley, P.D., Miller, M.M. (1993). *Short-term art therapy with an adolescent male*, în *The Arts in Psychotherapy*, 20(5), p. 397–402;
- Switzky, H.N. (2004). *Personality and Motivational Systems in Mental Retardation*, în Switzky, H.N. (ed.). *International review of research in mental retardation*, Elsevier Academic Press, Amsterdam;
- Turner, C. (2010). *Investigating Sociological Theory*, Sage Publication Ltd.;
- Zigler, E., Gates, D.B. (1999). *Personality Development in Individuals with Mental Retardation*. Cambridge University Press, New York

Efectul tehnicilor art-terapeutice asupra funcționării socio-emoționale la adolescenții cu dizabilități motorii severe

Frîncu Catrinel*

ABSTRACT

The effect of art-therapy techniques on social-emotional functioning of adolescents with severe motor disabilities. The present research was conducted with the purpose of studying the effect of art-therapeutic activities on the social-emotional functioning of teenagers with severe motor disabilities. In order to reach this goal, constructs such as loneliness, self esteem, self-concept and details about the quality of life were taken into consideration. The objectives are: the investigation of self-concept and self-esteem of teenagers with severe motor disabilities; the examination of the loneliness level experimented by teenagers with severe motor disabilities; the investigation of the level of positive and negative emotions of teenagers with severe motor disabilities; the evaluation of the self-control of emotions of teenagers with severe motor disabilities; the evaluation of the quality of life of teenagers with severe motor disabilities. An initial evaluation, followed by several art-therapeutic activities were designed and implemented. The results of a single case will be discussed.

Keywords: motor disability, social-emotional functioning, art-therapy, adolescents

Cadru teoretic

Dizabilitatea motorie constă în afecțiuni la nivelul activității fizice, a motricității fine sau grosiere, a tonusului muscular, limitări ale mișcărilor, prezența unor mișcări parazitare sau postură deficitară.

La baza dizabilității motorii pot sta cauze ce țin de diferite anomalii congenitale, accidente, afecțiuni neurologice, diverse boli. Având în vedere că etiologia dizabilității motorii este una foarte vastă, este de la sine înțeles faptul că există o varietate foarte mare de afecțiuni care stau sub această umbrelă de „dizabilitate motorie”. În acest sens este important de menționat faptul că deși de regulă se stabilesc diagnostice ce clasifică persoanele în diferite grupuri există variații considerabile de la caz la caz în interiorul fiecărui grup datorită condițiilor asociate cu afecțiunea în sine. Așadar,

* Masterand – Terapia limbajului și Audiologie Educațională, Spec. Psihopedagogie Specială, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca

procesul de evaluare și punere a diagnosticului iar mai apoi procesul de intervenție trebuie să fie atent realizate și adaptate specificului fiecărui caz (Tingle, 1990).

Dizabilitatea motorie este caracteristica principală a unei game foarte largi de afecțiuni care se pot manifesta individual sau în strânsă legătură cu alte afecțiuni asociate.

Printre acestea se numără: curburile coloanei vertebrale precum scolioza, lordoza și cifoza; lipsa congenitală sau dobândită a unor membre; unul sau ambele picioare răsucite într-o formă sau poziție incorectă; artrita reumatoidă juvenilă sau boala Still; encefalopatia infantilă sechelară (Farrel, 2008); artrogripoza; ataxia Freidreich; traumatismele craniene; nanismul; hidrocefalia; leziunile traumatice ale coloanei vertebrale și măduvei spinării; osteogeneza imperfecta; distrofiile musculare, spina bifida (Tingle, 1990).

În cercetarea de față o atenție deosebită se acordă distrofiei musculare Duchenne, Encefalopatiei infantile sechelare și leziunilor traumatice ale coloanei și măduvei spinării.

Distrofia musculară Duchenne este cea mai cunoscută distrofie musculară. S-a observat că distrofia Duchenne are o prevalență mare în rândul persoanelor de sex masculin. Acest lucru se datorează faptului că distrofia musculară Duchenne este moștenită printr-o gena recesivă. Principalul simptom al acestei distrofii musculare este distrugerea treptată a mușchilor și înlocuirea lor de către țesut fibros sau grăsime. Pe măsura ce persoana înaintază în vârstă va necesita tot mai mult sprijinul aparținătorilor și al unor dispozitive precum cârje, cadru, fotoliu rulant. Speranța de viață este redusă, majoritatea persoanelor decedând la sfârșitul adolescenței (Farrel, 2008).

Encefalopatia infantilă sechelară însumează un grup eterogen de afecțiuni neuropsihice neprogresive ale creierului imatur (Kurtz, 1992 citat de Farrel, 2008). La baza acestei condiții stau o serie de factori de natură antenatală (malformații ale creierului, lipsa oxigenului, malnutriție intrauterină, iradiere, toxine), perinatală (infecții, lipsa oxigenului, traumatisme obstetricale cranio-cerebrale) și postnatale (deshidratări grave, traumatisme craniene, meningoencefalite, intoxicații accidentale, sindrom HH) (Farrel, 2008). Există mai multe tipuri de afecțiuni fizice care au efect asupra motricității și anume tipul spastic, ataxic, aton, distonic-diskinetice și mixt (Tingle, 1990).

O altă situație în care abilitatea motorie a persoanei este periclitată este atunci când suferă leziuni traumatice ale coloanei vertebrale și măduvei spinării. Măduva spinării reprezintă canalul de legătură prin care nervii fac legătura între creier și corp. Acesta este și motivul pentru care o afectare a acesteia poate avea rezultate foarte grave în plan motor. Cel mai adesea leziunile sunt provocate de evenimente traumatice precum accidente rutiere, accidente sportive, căzături, atacuri fizice (răni de cuțit sau glonț), șoc electric, sărituri în apă puțin adâncă dar și de infecții sau boli cum sunt

cancerul osos, scleroza multiplă, artrita, inflamații ale măduvei spinării. Printre caracteristicile generale se numără pierderea mobilității și a senzitivității, incontinența urinară, slăbiciune, spasme, dureri. Însă, caracteristicile variază în funcție de severitatea și localizarea leziunii (Tingle, 1990).

Funcționarea socio-emoțională a persoanelor cu dizabilitate motorie

Dizabilitatea motorie are un impact holistic asupra vieții unei persoane și adesea este în strânsă legătură cu alte probleme de sănătate care aduc după ele nevoi diverse, cu implicații în variate domenii și care au potențialul de a influența calitatea vieții. Printre posibilele condiții asociate dizabilității motorii se numără diabetul, astmul, epilepsia, problemele cardiace, tulburările de vorbire, afecțiunile funcției vizuale și a celei auditive (Tingle, 1990).

Conform studiului realizat de Klimes-Dougan și colaboratorii (2014) se consideră că asupra funcționării emoționale a adolescenților acționează diverși factori. Până la vârsta adolescenței părinții aveau rolul principal în procesul de socializare al adolescenților punându-le bazele în ceea ce privește modalitățile de exprimare și control emoțional. (Klimes-Dougan & Zeman, 2007) Odată cu înaintarea în vârstă, autonomia adolescenților crește și este de dorit să își extindă rețeaua de referință, în special cu persoane de vârsta lor (Voile 2010). Această perioadă este o perioadă a schimbărilor în care adolescenții petrec mai puțin timp cu familia în favoarea prietenilor (Rubin, Bukowski, & Parker, 2006). La vârsta adolescenței cercul de prieteni are o importanță majoră iar în cadrul său adolescentul învață modele de experimentare și exprimare a emoțiilor (Klimes-Dougan și colab., 2014).

Învățarea socio-emoțională face referire la capacitatea de a avea în vedere perspectiva celorlalți, de a stabili și menține relații sănătoase, de a recunoaște și controla propriile emoții, propunerea și împlinirea unor obiective pozitive, rezolvare de probleme, controlul adecvat al situațiilor interpersonale și luarea unor decizii în mod responsabil (Elias și colab. 1997 citat de Elias, White, Stepney, 2014). Se consideră că aptitudinile socio-emoționale sunt cumulul de cogniții, emoții și comportamente care practic se manifestă în cunoștințele, aptitudinile și atitudinile necesare recunoașterii și controlului emoțiilor, luării unor decizii responsabile, stabilirii relațiilor pozitive, acordării atenției nevoilor celorlalți și gestionării situațiilor dificile (Zins & Elias, 2006 citat de Elias, White, Stepney, 2014).

Dizabilitatea motorie adesea implică existența unor stresori care au impact asupra dezvoltării fizice, cognitive, emoționale și sociale a adolescenților. Conform unui studiu, adolescenții cu dizabilitate motorie, în special cei cu o dizabilitate dobândită, și-au evaluat relațiile cu ceilalți ca deficitare. Acest fapt este important având în vedere că relațiile cu ceilalți au efect asupra stării de bine globale percepute. S-a observat

că tinerii cu dizabilități motorii întâmpină dificultăți în participarea la viața socială și crearea noilor relații (Jemta și colab., 2009).

„Conceptul de sine” implică cunoștința persoanei asupra abilităților, limitelor și caracteristicilor personale fără a se realiza o comparație cu ceilalți, iar „stima de sine” implică o judecată de valori prin care persoana hotărăște cât de mult valorează atât abilitățile cât și limitările sale (Gallahue și Ozmun, 1998, citați de Miyahara și Piek, 2006). La constructul de „concept de sine” au făcut trimitere și următorii termeni: estimare de sine, indentitate de sine, imagine de sine, percepție de sine, conștiință de sine, conștientizare de sine iar pentru cel de „stimă de sine” au fost menționate echivalente precum: acceptare de sine, respect de sine, considerație de sine, valoarea de sine, evaluarea de sine, sentiment de sine (Hattie 1992 citat de Miyahara, Piek, 2006).

Conceptul de sine are un caracter evolutiv, începând să se dezvolte din primele luni de viață sub influența feedback-ului primit de către copil din partea prietenilor, părinților, profesorilor sau sub influența evaluării experiențelor proprii. Stima de sine este considerată valorificarea propriilor abilități și acceptarea dizabilităților iar dezvoltarea sa poate fi încurajată prin metode specifice (Shahbakhsh și Marziyeh, 2015).

După Jemta și colaboratorii (2009), studiile cu privire la conceptul de sine și stima de sine la persoanele cu dizabilități motorii au surprins rezultate variate. În unele cazuri s-a observat o legătură între stima de sine scăzută, anxietate, valorizare personală deficitară și dizabilitatea motorie (Harvey și Greenway, 1984 citat de Jemta și colab. 2009), însă în alte cazuri nu au fost surprinse diferențe în ceea ce privește stima de sine la copii și adolescenți cu și fara dizabilități motorii (Arnold și Chapman, 1992; Appleton et al., 1994; Shields et al., 2007, citați de Jemta și colab. 2009).

Conform rezultatelor unei cercetări asupra copiilor și adolescenților cu dizabilități motorii aceștia au niveluri relativ ridicate ale stimei de sine globale. S-a observat că stima de sine globală, dar și în ceea ce privește domeniile specifice cum sunt cel al aptitudinilor, caracteristicilor fizice și stării de bine psihologice este mai scăzută cu cât participanții sunt mai înaintați în vârstă, dacă experimentează durere sau dacă dizabilitatea a fost dobândită. Astfel se poate spune că principalele variabile ale stimei de sine sunt experimentarea durerii și dobândirea dizabilității pe parcursul vieții (Jemta și colab., 2009). S-a observat o legătură și între experimentarea durerii și conceptul de sine (Russo și colab., 2008 citat de Jemta și colab., 2009) fapt care evidențiază importanța managementului specializat al durerii și al asigurării evaluării și consilierii psihologice a tinerilor.

Rezultatele cercetării realizate de Jemta și colaboratorii (2009) pun în evidență faptul că persoanele cu dizabilități motorii prezintă o stimă de sine ridicată, dizabilitatea motorie în sine nu determină o stimă de sine scăzută. Comparând persoanele cu dizabilități motorii ușoare și cele cu dizabilități motorii severe se poate observa că cei din prima categorie au o stimă de sine mai scăzută. O explicație asupra acestui

fapt este că tinerii cu dizabilități motorii ușoare tind a se compara cu persoanele de vârsta lor fără dizabilități, iar astfel se întâlnesc cu cerințe și așteptări mai mari atât de la ei înșiși cât și din partea anturajului. O altă explicație ar fi că tinerii cu dizabilități motorii severe sunt identificați mai ușor de cei din jur și beneficiază de suport și empatie din partea acestora. De asemenea, între persoanele de sex feminin și cele de sex masculin nu s-au înregistrat diferențe la nivelul stimei de sine. Studiile au arătat ca rezultatele scăzute în ceea ce privește caracteristicile fizice sunt asociate cu utilizarea unor „strategii distractoare” de coping. S-a observat faptul că relațiile cu ceilalți și caracteristicile fizice au un impact major asupra stării de bine generale de aceea trebuie acordată o atenție deosebită facilitării accesului la o rețea socială vastă și la ședințe de psihoterapie. În urma cercetării s-a concluzionat că deși în general stima de sine a copiilor și adolescenților cu dizabilități motorii este ridicată există anumiți factori de vulnerabilitate care trebuie luați în considerare. Mai mult decât atât, se dorește recurgerea la intervenții adecvate care ținesc dezvoltarea stimei de sine a tinerilor cu dizabilități motorii (Jemta și colab., 2009).

În cercetarea lor, Miyahara și Piek (2006) au surprins, de asemenea, faptul că stima de sine generală a copiilor cu dizabilități motorii ușoare este mai scăzută decât în cazul copiilor cu dizabilități motorii severe. Această situație, deși este surprinzătoare, poate fi explicată având în vedere faptul că dizabilitățile motorii ușoare sunt mai puțin evidente și adesea nu sunt diagnosticate, iar oamenii din jur nu își pot explica de ce un tânăr care aparent nu are nici o dizabilitate eșuează în realizarea unor sarcini. Din această cauză tânărul poate fi supus unor critici sau atitudini incorecte din partea celorlalți care nu empatizează cu el iar în final efectul poate fi negativ asupra stimei sale de sine. Mai mult decât atât, copiii cu dizabilități motorii severe, datorită sprijinului adecvat primit, reușesc să își găsească strategii de coping însă cei cu dizabilități motorii ușoare adesea sunt trecuți cu vederea și nu beneficiază de sprijin corespunzător (Miyahara, Piek, 2006).

Art-terapia și utilitatea acesteia în contextul dizabilității

Preda (2006) consideră art-terapia ca fiind psihoterapie prin mediere artistică, echivalentă cu termenii de psihoterapie artistică, terapie de expresie și psihoterapie de creativitate.

Art-terapia, este considerată „din perspectiva sanogenezei, ca un domeniu în care exprimarea gândurilor și sentimentelor este facilitată de potențialul simbolic și metaforic al producțiilor artistice” (Perry, 2000 citat de Preda, 2007).

Art terapia își propune să aducă un progres în starea de bine fizică, mentală sau emoțională la toate vârstele prin procese creative de realizare a producțiilor artistice (Preda, 2007).

Sub termenul mare de art-terapie se regăsesc mai multe moduri de expresie artistică și anume art-terapia vizual plastică, meloterapia, terapia prin teatru, terapia prin dans, terapia prin poezie sau proză scurtă (Preda, 2006).

Deși este un domeniu relativ nou, art-terapia s-a dezvoltat în mai multe direcții având la bază diferite orientări teoretice. Principalele orientări teoretice sunt orientarea umanistă, orientarea psiho-educatională și orientarea psihodinamică.

Din perspectivă umanistă omul nu este privit ca un „bolnav mental” ci se consideră mai degrabă că acesta întâmpină dificultăți în gestionarea unor situații de viață. În procesul terapeutic nu se urmărește „vindecarea” pacientului ce se găsește în situații dificile ci se dorește integrarea acestor evenimente și stări în sitluri de viață creativ-expressive și îndreptarea către experiențe diferite prin sporirea curiozității, a bucuriei, a autoexprimării (Rubin, 2009).

Abordarea psiho-educatională a art-terapiei, înglobează conform lui Rubin (2009) abordările comportamentale, cognitive și cognitiv-comportamentale. În ansamblu acestea se diferențiază de celalalte orientări prin faptul că pun accentul pe învățare și proiectare activă în cadrul procesului terapeutic având ca scop însușirea unor competențe și comportamente de către client (Rubin, 2009).

Orientarea psihodinamică, deși are la bază psihanaliza, teoriile obiect relaționale și psihologia dezvoltării, este utilizată chiar și în cadrul unor abordări ce nu sunt psihanalitice. Astfel, abordarea psihodinamică în art-terapie pornește de la premisa că clientul își proiectează stimulii interni în propriile producții artistice dând ocazia inițierii unui proces de vindecare în urma căruia stimulii sunt reinternalizați (Preda, 2007).

Terapia prin artă poate lua diverse forme însă în acest caz, s-a pus accentul în special pe art-terapia vizual-plastică. Metodele art-terapeutice vizual-plastice implică tehnici precum sculptura, pictura, modelajul, desenul, colajul.

Art-terapia vizual plastică are ca scop oferirea oportunității de exprimare liberă prin forme, culori, simboluri sau imagini, favorizarea dezvoltării senzoriale, motorii și vizuale, utilizarea unor suporturi verbale și non-verbale individualizate (Preda, 2006).

În reabilitarea persoanei, procesul de creație vizual plastică implică un mecanism de acțiune foarte complex ce consta în mai multe mecanisme psihice. Mecanismele psihice aferente presupun faptul că prin intermediul expresiei artistice se poate intra în contact direct cu conținutul intrapsihic care este proiectat adesea în creația liberă. Prin creația artistică pacientul exprimă anumite conținuturi personale pe care nu poate sau nu vrea să le conștientizeze sau verbalizeze. Simbolistica din spatele unor creații artistice poate oferi o perspectivă asupra unor posibile perturbări. Actul creator are un efect de detensionare prin declanșarea sublimării și a catarzisului. De

asemenea, produsul artistic este o modalitate de introspecție pentru client oferindu-i o perspectivă asupra vieții sale socio-afective și favorizează dezvoltarea stimei de sine și a relațiilor. (Enăchescu, 1975 citat de Preda, 2003)

Art-terapia de grup are la bază principiile fundamentale ale art-terapiei și anume: imaginea vizuală ca facilitator al procesului de învățare, actul de creație al unei imagini vizuale în prezența unui terapeut are potențialul de a reprezenta un mijloc de comunicare al sentimentelor și favorizează transferul între terapeut și client (Waller, 1993).

În prezent procesul art-terapeutic de grup începe prin propunerea terapeutului asupra temei abordate. Tema aleasă este una de interes comun pentru grup iar în grupurile formate de o perioadă mai lungă de timp participanții se implică activ în alegerea temei.

Se consideră ca în cazul unor astfel de ședințe de grup activitatea artistică în sine ocupă jumătate din timpul disponibil. A doua jumătate a sesiunii este destinată discuțiilor în cadrul cărora fiecare membru are ocazia să își prezinte creațiile și să vorbească despre sentimentele trăite în timpul procesului de creație. În această etapă s-a pus problema utilizării unor jocuri care facilitează cunoașterea personală și a celorlalți (Liebmann, 1986 citat de Waller, 1993).

Printre beneficiile terapiei de grup se numără: favorizarea învățării sociale, participanții beneficiază de feedback-ul și susținerea celorlalți, participanții pot să exercite diverse roluri, încurajează împărtășirea puterii și a responsabilității, economia de timp. Pe de altă parte, minusurile terapiei de grup vizează dificultăți în ceea ce privește confidențialitatea sau organizarea, atenția individuală este deficitară, posibila etichetare a grupului (Liebmann, 1986).

Produsele artistice au valoarea de a reprezenta imaginile mintale ale creatorilor lor iar acest fapt este cu atât mai mult aplicabil în cazul persoanelor cu dizabilități. Arta favorizează comunicarea și este considerată a fi o opțiune viabilă în cazul orcarui tip de dizabilități. Acest fapt este explicabil prin prisma faptului că terapia prin artă nu țintește spre tratarea dizabilității ci dorește a produce îmbunătățiri în plan psihologic și a facilita explorarea lumii senzoriale. Se consideră ca indiferent de gradul dizabilității există în fiecare persoană urme ale creativității iar un art-terapeut competent trebuie să poată identifica și încuraja creativitatea clientului.

Pentru ca terapia mediată artistic în cazul persoanelor cu dizabilități să se desfășoare adecvat este vital ca terapeutul să cunoască specificul și implicațiile dizabilității cu care lucrează pentru a adapta materialele și metodele la abilitățile clientului.

Activitățile art-terapeutice s-au dovedit a fi benefice pentru persoanele cu dizabilități intelectuale sau de învățare dar și pentru cele cu afazie. Acest fapt se datorează schimbării canalului tipic de comunicare cu unul mediat de reprezentări simbolice.

Mai mult decât atât s-a observat că persoanele cu dizabilitate intelectuală dau dovadă de o spontaneitate mai mare față de persoanele fără dizabilități iar operele lor sunt comparabile cu cele ale unor artiști moderni fără dizabilități. Acest lucru face din artă un domeniu în care realizările persoanelor cu dizabilități sunt comparabile cu cele ale persoanelor fără dizabilități (Preda, 2003).

Obiectivul general al cercetării de față este acela de testare a efectului tehnicilor art-terapeutice asupra funcționării socio-emoționale și a conceptului de sine în cazul adolescenților cu dizabilități motorii severe (progresive și neprogresive).

Întrebările la care cercetarea a încercat să răspundă sunt:

- Care este impactul limitărilor experimentate la nivelul independenței și activității asupra conceptului de sine la adolescenți cu dizabilități motorii severe?
- Ce impact are experiența limitărilor funcționale asupra componentei emoționale la vârsta adolescenței, în condițiile prezenței dizabilității motorii severe?
- Care este impactul singurătății auto-percepute asupra conceptului de sine la adolescenții cu dizabilități motorii severe?

Metodologia cercetării

Participant

Participantul R.B. este elev în clasa a VI-a la o școală gimnazială pentru copii cu dizabilități motorii. Principalul criteriu de selecție a fost existența unei dizabilități motorii severe. R.B. are vârsta de 14 ani, prezintă parapareză spastică și dizabilitate intelectuală ușoară. Participantul provine dintr-o familie suportivă, compusă din ambii părinți și o soră.

Instrumente utilizate și procedura de lucru

În primă fază au fost aplicate o serie de scale care au fost considerate adecvate scopului cercetării. Scalele au necesitat traducere din limba engleză în limba română.

Instrumentele utilizate pentru evaluarea caracteristicilor participantului au fost următoarele:

Pentru evaluarea nivelului de emoționalitate pozitivă și negativă s-a utilizat scala „Cum mă simt” („How I feel” Walden, Harris, Carton, 2003, citați de Corcoran, Fisher 2007). Scopul scalei este acela de a măsura prezența anumitor emoții la copiii cu vârste cuprinse între 8–12 ani.

Pentru evaluarea stimei de sine s-a utilizat scala „Scala stimei de sine” („Hare Self-Esteem Scale” Hare, 1985, citat de Corcoran, Fisher, 2007). Această scală se adresează copiilor mai mari de 10 ani. În acest caz există 3 subscale care vizează stima de sine în raport cu prietenii, familia și școala.

În scopul evaluării conceptului de sine s-a utilizat scala „Scala conceptului de sine pentru copii” („Self-Concept Scale for Children” Lipsitt, 1958, citat de Corcoran, Fisher, 2007). Această scală urmărește oferirea unei perspective măsurabile asupra conceptului de sine în cazul copiilor.

Pentru evaluarea singurătății auto-percepute de preadolescenții cu dizabilități motorii severe s-a utilizat „Chestionarul singurătății copiilor” („Children’s Loneliness Questionnaire” Asher, 1985, citat de Corcoran, Fisher, 2007).

Scala își propune să măsoare sentimentele de sigurate sau adecvare/inadecvare socială experimentate de copii. De asemenea, poate oferi o perspectivă asupra statutului în grupul de prieteni.

După aplicarea scalelor mai sus menționate s-a recurs la un alt instrument care a oferit date calitative și anume interviul. Interviul semistructurat care a fost conceput se concentrează în jurul ideii de calitate a vieții. Interviul a avut un număr de 15 întrebări care au fost adaptate în funcție de caz.

În urma aplicării acestuia s-au obținut informații subiective din partea participantului cu privire la starea lui fizică, mediul în care trăiește, activitățile lui cotidiene și mai mult decât atât s-a putut observa relația dintre aceste condiții și starea lui generală de bine.

Rezultate și discuții

Pentru a surprinde specificul fiecărui participant în domenii precum stima de sine, singurătatea auto-percepută, conceptul de sine și emoțiile s-au utilizat 4 scale de evaluare.

După aplicarea scalelor s-a recurs la o altă metodă de evaluare. Participanților le-a fost aplicat un interviu semistructurat care se centra în jurul ideii de calitate a vieții. După etapa evaluării inițiale s-a trecut la etapa de intervenție care a constat din câteva activități art-terapeutice care vizau dezvoltarea socio-emoțională. Programul de intervenție art-terapeutică a fost compus din activități de desen, pictură, modelare, realizare de colaje. Activitățile care au compus acest program sunt „Ce ai în minte?”, „Desen liber”, „Țipătul”, „Eu și familia mea”, „Cum mă simt”, „Mâini pricepute – lucru cu ipsos”.

După finalizarea programului de intervenție s-a inițiat o etapă de evaluare finală care s-a realizat prin reaplicarea unora dintre scalele de evaluare folosite în evaluarea inițială.

În continuare vor fi prezentate rezultatele obținute în cazul participantului începând cu evaluarea inițială.

Pentru evaluarea emoționalității pozitive/negative s-a utilizat scala „Cum mă simt” unde rezultatele sunt grupate pe trei categorii, pentru categoria de emoții pozitive

scorurile variază de la 8 la 40, pentru categoria de emoții negative scorurile variază de la 12–60 iar pentru categoria de control al emoțiilor variază de la 10 la 50. În toate cele trei cazuri scorurile ridicate indică existența în mai mare măsură a emoțiilor pozitive, emoțiilor negative sau a capacității de control emoțional. Rezultatul lui R.B. la această scală a fost 22 la categoria de emoții negative, 36 la cea de emoții pozitive și 32 la cea de control emoțional.

Conform rezultatelor obținute emoțiile negative în general sunt în măsura cea mai mică prezente în viața lui R.B.. Un detaliu important este faptul că la momentul activității denumite „Cum mă simt” R.B. a exprimat în creație sentimente negative. Pictura sa a fost însoțită de completări din partea sa spunând că în ziua respectivă se gândește la faptul că școala se va termina curând iar unul dintre colegii dintr-o clasă mai mare va absolvi ceea ce înseamnă că de la anul nu se vor mai întâlni la școală. Mai mult decât atât, R.B. spunea că îl întristează și faptul că sesiunile de art-terapie se vor încheia curând.

În scopul evaluării stimei de sine s-a utilizat „Scala Hare a stimei de sine”. Scala este compusă din 3 subscale care vizează stima de sine în raport cu prietenii, familia și școala. Pentru fiecare subscala scorurile minime sunt 10 iar maxime 50. Însușind cele 3 subscale scorul minim este de 30 iar maxim de 150. Și în acest caz un scor mare denotă o stimă de sine mai dezvoltată. În cazul lui R.B. scorul pentru subscala care viza componenta cercului de prieteni a fost 28, cel pentru subscala care viza componenta familială 36 și cel pentru subscala care viza componenta școlară 32. Însușind un total de 96.

Faptul că în ierarhia aceasta familia a obținut locul dintâi nu este surprinzător având în vedere cele relatate de R.B. în interviu unde a povestit cu foarte mare entuziasm diverse amintiri ale unor experiențe trăite împreună cu familia sa. Mai mult decât atât, cadrul didactic de la clasă a confirmat faptul că familia este extrem de suportivă cu R.B. și relațiile din cadrul acesteia sunt strânse.

De asemenea, se poate observa acest lucru și în desenul realizat de elev în activitatea intitulată „Eu și familia mea”. Aici s-a observat că membrii familiei sunt desenați foarte grupați și apropiați dând impresia unui mic univers într-o mare a lumii exterioare. Pe sine și pe sora sa s-a desenat cu negru iar pe părinți cu roșu fapt care dovedește diferențele de statut la nivelul familiei.

Evaluarea conceptului de sine s-a realizat prin utilizarea instrumentului „Scala conceptului de sine pentru copii” unde rezultatele pot varia de la 22 la 110. Un scor mai mare dovedește o dezvoltare bună a conceptului de sine. În cazul de față, scorul obținut a fost 89.

În ceea ce privește propria persoană, R.B. este încrezător în forțele proprii și prezintă interese variate. Acest fapt a fost evident în interviu când abordând subiectul planurilor de viitor, participantul a prezentat multe idei pe care ar vrea să le pună în

aplicare. Printre acestea erau dorința de a fi șofer de curse, programator IT sau îngrijitor de animale la o fermă. Interesele sale variate pot fi observate și în colajul realizat de el în activitatea „Ce ai în minte?”, unde a ales să încorporeze în colajul său un număr mare de imagini și din sfere de interes diferite.

În evaluarea singurătății auto-percepute s-a recurs la „Chestionarul singurătății copiilor”. Aici scorurile variază de la 16 la 80, un scor mai mare denotând prezența mai evidentă a sentimentului de singurătate. R.B. a obținut scorul de 27 la această scală.

În finalul procesului de intervenție R.B. a fost evaluat din nou iar rezultatele sale sunt ușor îmbunătățite în anumite aspecte precum conceptul de sine și singurătatea. Mai mult decât atât, pe parcursul sesiunilor de art-terapie s-a observat un progres în ceea ce privește motivația elevului și dorința de a se implica în sarcini.

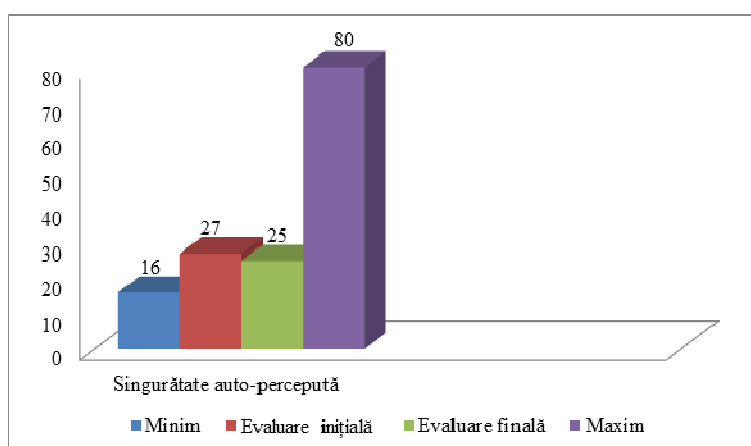


Figura 1. Comparația nivelului singurătății experimentate de R.B. înainte și după intervenție

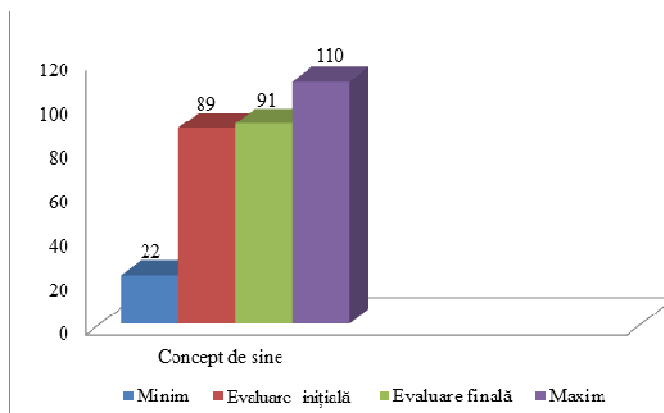


Figura 2. Comparația nivelului dezvoltării conceptului de sine al participantului R.B. înainte și după intervenție

Concluzii

Scopul acestei cercetări a constat în observarea modificărilor apărute în domeniul socio-emoțional al adolescenților cu dizabilități motorii severe ca urmare a implicării acestora în sesiuni de art-terapie de grup. Astfel, s-au luat în calcul diverse laturi precum singurătatea, stima de sine sau conceptul de sine dar și detalii legate de calitatea vieții.

Se poate spune că obiectivul general a fost atins iar întrebările inițiale au primit răspuns. În urma cercetării s-a observat că în cazul lui R.B. limitările funcționale nu au un impact negativ asupra stimei de sine. Atât din informațiile furnizate de scalele de evaluare sau de interviu, cât și pe baza observației comportamentului participantului de-a lungul cercetării reiese faptul că acesta nu manifestă caracteristici specifice unei stime de sine scăzute. În ceea ce privește conceptul de sine, R.B. a prezentat o percepție distorsionată asupra propriei persoane, respectiv o serie de așteptări nerealiste cu privire la propria persoană. Acest fapt se poate pune și pe seama necunoaștinței depline asupra condiției proprii și mai ales asupra prognosticului.

Din datele obținute în special cu ajutorul interviului s-a evidențiat faptul că limitările fizice sunt o piedică când vine vorba de anumite laturi ale calității vieții, mai exact în ceea ce privește stabilirea unei vieți sociale diverse. Participantul relatat că viața lui socială se restrânge la relațiile cu membrii familiei.

Se atrage atenția și asupra modului în care singurătatea auto-percepută influențează conceptul de sine și componenta emoțională. Astfel, se poate spune că limitările la nivelul independenței în activitate au un impact negativ asupra calității vieții iar mai apoi singurătatea auto-percepută influențează în mod negativ conceptul de sine și componenta emoțională. În continuare, s-a observat faptul că condiția fizică și limitările pe care aceasta le presupune nu au reprezentat o sursă generatoare de emoții negative pentru R.B., iar acesta manifestă în mai mare măsură emoții pozitive cu privire la viață. Această situație a fost favorizată de implicarea într-un colectiv în care relaționează cu persoane care prezintă aproximativ aceleași dizabilități.

După încheierea programului de intervenție s-a realizat încă o evaluare care a surprins progrese în unele domenii. Progresele au fost ușoare însă acest fapt se poate datora și perioadei scurte de timp pe care se desfășurat cercetarea. Îmbunătățirile au putut fi observate de la o sesiune la alta în ceea ce privește relaționarea lui R.B. cu ceilalți participanți. Mai mult decât atât, feedback-ul primit de la R.B. a fost unul pozitiv.

În aceste condiții, se consideră că rezultatele încurajează la folosirea acestor tehnici și metode în lucrul cu adolescenții cu dizabilități mai ales în grupuri dar și individual. Se consideră că acest tip de activități pot avea un impact pozitiv asupra

funcționării socio-emoționale a adolescenților cu dizabilități motorii severe iar implementarea unui astfel de program nu necesită costuri exagerate.

Limite ale cercetării

Dificultățile întâmpinate pe parcursul cercetării au fost legate în mare parte de instrumentele utilizate. Mai exact, scalele au necesitat traducere din engleză în română și nu erau accesibilizate pentru persoane cu dizabilitate intelectuală. Astfel, participantul nu a putut completa individual scalele ci a avut nevoie ca itemii să-i fie citiți și explicați pe rând. Mai mult decât atât, faptul că evaluarea s-a realizat în incinta școlii nu a avut un impact pozitiv asupra demersului cercetării deoarece participantul a avut tendința de a-și modifica răspunsurile la întrebările care vizau școala astfel încât acestea să fie dezirabile.

Deși în acest caz s-au înregistrat progrese ușoare, se poate lua în calcul posibilitatea înregistrării unor diferențe semnificative în condițiile prelungirii perioadei de intervenție. Se consideră că pe viitor o cercetare pe aceeași tematică ar putea oferi date suplimentare în acest domeniu însă pentru a surprinde adevăratul potențial de schimbare al art-terapiei se recomandă creșterea numărului sesiunilor de activități art-terapeutice. Mai mult decât atât, este recomandată ca într-o astfel de cercetare să se selecteze un lot mai mare de participanți în scopul obținerii unor date cât mai relevante și cu aplicabilitate mai vastă. Un alt aspect care merită atenție pe viitor este observarea efectului tehnicilor art-terapeutice asupra dezvoltării sau funcționării socio-emoționale în cazul persoanelor cu alte tipuri de dizabilități sau la vârste diferite decât cea a adolescenței. În cazul de față tehnicile art-terapeutice s-au dovedit a fi îndrăgite de către participant, implicarea în sarcină fiind o experiență agreeată de către el. Acest fapt poate avea implicații în practică prin încurajarea recurgerii la astfel de metode fie pentru perioade de timp mai lungi, cât și ca ședințe unice care pot servi scopului de a favoriza starea de bine a participantului sau stabilirea unei interacțiuni cu acesta.

Bibliografie

- Appleton, P.L., Minchom, P.E., Ellis, N.C., Elliott, C.E., Boll, V., și Jones, P. (1994). The self-concept of young people with spina bifida: a population-based study. *Developmental Medicine&Child Neurology*, (36), 198–215. Consultat în 8 iunie 2015, din Science Citation Index (000262878200028).
- Arnold, P., Chapman, M. (1992). Self-esteem, aspirations and expectations of adolescents with physical disability. *Developmental Medicine&Child Neurology*, (34), 97–102. Consultat în 8 iunie 2015, din Science Citation Index (000262878200028).

- Elias, M.J., White, G., Stepney, C. (2014). Surmounting the Challenges of Improving Academic Performance: Closing the Achievement Gap through Social-Emotional and Character Development. *Journal of Urban Learning, Teaching, and Research*, 10, 14–24. Consultat în 5 iunie 2015, din ERIC (EJ1044191).
- Elias, M.J., Zins, J.E., Weissberg, R.P., Frey, K.S., Greenberg, M.T., Haynes, N.M., și Shriver, T.P. (1997). *Promoting social and emotional learning: Guidelines for educators*. Alexandria: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Enăchescu, C. (1975). *Expresia plastică a personalității*. București: Editura Stiințifică.
- Farrell, M. (2008). *Educating Special Children: An Introduction to Provision for Pupils with Disabilities and Disorders*. Abingdon: Routledge.
- Harvey, D.H.P., Greenway, A.P. (1984). The self-concept of physically handicapped children and their non-handicapped siblings: an empirical investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (25), 273–184. Consultat în 8 iunie 2015, din Science Citation Index (000262878200028).
- Hattie, J. A. (1992). *Self-Concept*. New Jersey: Laurence Erlbaum.
- Jemta, L., Fugl-Meyer, K.S., Oberg, K., și Dahl, M. (2009). Self-esteem in children and adolescents with mobility impairment: impact on well-being and coping strategies. *Acta Paediatrica*, (98), 567–572. Consultat în 8 iunie 2015, din Science Citation Index (000262878200028).
- Klimes-Dougan, B., Brand, A.E., Zahn-Waxler, C., Usher, B., Hastings, P.D., Kendziora, K., și colaboratorii (2007). Parental emotion socialization in adolescence: Differences in sex, age and problem status. *Social Development*, (16), 326–342. Consultat în 3 iunie 2015, din Science Citation Index (95562275).
- Klimes-Dougan, B., Pearson, T.E., Jappe L., Mathieson, L., Simard, M.R., Hastings, P., și Zahn-Waxler, C. (2014). Adolescent Emotion Socialization: A Longitudinal Study of Friends' Responses to Negative Emotions. *Social Development*, 23(2), 395–412. Consultat în 3 iunie 2015, din Science Citation Index (95562275).
- Kurtz, L.A. (1992). 'Cerebral palsy', in Batshaw, M.L. and Perret, Y. M. (eds) (3rd edition). *Children with Disabilities: A Medical Primer*, 441–469.
- Liebmann, M. (1986). *Art Therapy for groups: A handbook of themes, games and exercises*. Worcester: Routledge.
- Miyahara, M., Piek, J. (2006). Self-Esteem of Children and Adolescents with Physical Disabilities: Quantitative Evidence from Meta-Analysis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18(3), 219–234. Consultat în 9 iunie 2015, din Social Sciences Citation Index (000242608500001).
- Perry, R.C. (2000). Drawing from within, *Contemporary Longterm Care*, 23(11), 22–25.
- Preda, V. (2003). *Terapii prin mediere artistică*. Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.
- Preda, V. (coord.). (2007). *Elemente de Psihopedagogie Specială*. Cluj-Napoca: Editura EIKON.
- Rubin, J.A. (coord.). (2009). *Art-terapia: Teorie și tehnică*. București: Editura Trei.
- Rubin, K.H., Bukowski, W., & Parker, J. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology (6th edition): Social, emotional, and personality development*. New York: Wiley.
- Russo, R.N., Miller, M.D., Haan, E., Cameron, I.D., și Crotty, M. (2008). Pain characteristics and their association with quality of life and self-concept in children with hemiplegic cerebral palsy identified from a population register. *The Clinical Journal of Pain*, (24), 335–342. Consultat în 8 iunie 2015, din Science Citation Index (000262878200028).

- Shahbakhsh, F., Marziyeh, A. (2015). Relationship of self-concept with social anxiety and social-adaptative functioning among students with physical-motor disabilities. *INTERNATIONAL JOURNAL of ACADEMIC RESEARCH*, 7(1), 89–93. Consultat în 1 iunie 2015, din Library of Congress Classification (LC4001-4806.5).
- Shields, N., Loy, Y., Murdoch, A., Taylor, N.F., Dodd, K.J. (2007). Self-concept of children with cerebral palsy compared with that of children without impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, (49), 350–354. Consultat în 8 iunie 2015, din Science Citation Index (000262878200028).
- Tingle, M. (1990). *The Motor Impaired Child*. Windsor: NFER-NELSON.
- Voile, D. (2010). Parents and peers as providers of support in adolescents. *Journal of Community Psychology*, (38), 16–27. Consultat în 3 iunie 2015, din Science Citation Index (95562275).
- Waller, D. (1993). *Group interactive art therapy: Its use in training and treatment*, Routledge, Guildford;
- Zins, J.E., & Elias, M.J. (2006). Social and emotional learning. *Children's needs III: Development, prevention, and intervention*, 1–13. Consultat în 5 iunie 2015, din ERIC (EJ1044191).

III. Dizabilitate și boală la vârsta adultă și vârsta a treia



Autor gravură: Daniel Lucaci

Dimensiunea socială și emoțională a calității vieții aparținătorilor persoanelor adulte cu dizabilitate intelectuală

*Wilkinson Eliza-Florica**

ABSTRACT

The social and emotional dimensions of the quality of life of adults with disabilities' family members. Relatively new in the vocabulary of social sciences and humanities is the concept of quality of life. This is an issue of great importance, related to all characteristics that define human life on a global scale, within a narrower scope as well as the personal and interpersonal types of issues. A component of this complex concept is the quality of family life. As family represents the primary social structure which ensures continuous function and stability within society, it is therefore very necessary to investigate this system. The general objective of our study is to examine the personal and interpersonal aspects of the quality of the family life, in families with a member with intellectual disability. We present the impacts of caring for a young person with intellectual disabilities upon the emotional and social dimension of quality of life for their caregivers. This is based on a theoretical study and continuing with an applied study based on the application of some specific measurement tools for this purpose leading to a qualitative analysis of the data obtained.

***Keywords:** quality of life, social and emotional dimensions, family, adults, intellectual disability*

Caracteristici ale funcționării și adaptării familiei care are în componența sa o persoană cu dizabilitate

În cele mai frecvente situații, persoanele diagnosticate cu dizabilitate intelectuală devin responsabilitatea familiilor, în special la vârsta adultă. Angajamentul luat pentru îngrijirea unei persoane cu dizabilitate se schimbă în funcție de vârsta acesteia sau de severitatea dizabilității.

Existența în familie a unei persoane cu nevoi speciale își pune amprenta asupra tuturor membrilor acesteia, chiar dacă acest lucru se realizează în moduri și grade diferite. Influența persoanei asupra membrilor familiei este dificil de descris și se caracterizează prin natura sa **variabilă, dinamică și complexă**. Fiecare familie este

* Profesor Educator – Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă, Cluj-Napoca; Absolvent Master Terapie Limbajului și Audiologie Educațională, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca

unică, ceea ce înseamnă că fiecare persoană cu dizabilitate și membrii familiei sale evoluează și experimentează diferit aspecte ale vieții. Cu toate acestea, privind tabloul general, multe familii care au grijă de o persoană cu dizabilitate intelectuală simt că aceasta este complet dependentă de ei. În cele mai multe cazuri, apare sentimentul de a prioritiza nevoile persoanei cu dizabilitate, limitând astfel timpul acordat satisfacerii nevoilor personale.

Diferite studii (Emerson *et al.*, 2006b; Emerson & Llewellyn 2008; Olsson & Hwang 2008, citați de Hatton *et al.*, 2010) au arătat că diferențele în domeniul sănătății mintale parentale și a stării de bine, între familiile în care se află sau nu o persoană cu dizabilitate intelectuală, pot fi datorate în mare parte apariției anumitor **indici**, diferiți de la un caz la altul, referitori la **poziția socio-economică** și a **sărăciei**. Cercetări calitative (Magana 1999; Gabel 2004; Hensel *et al.* 2005, citați de Hatton *et al.*, 2010) au fost orientate înspre familiile în care se află o persoană cu dizabilitate și care aparțin unor **comunități etnice minoritare**, astfel că, luând în considerare factorii culturali, au arătat că acestea prezintă un risc substanțial în ceea ce privește sănătatea mintală și starea de bine (Hatton *et al.*, 2010).

Condițiile socio-economice precare și apartenența la un grup etnic minoritar, sugerează că teoria legată de familie și cercetările empirice, trebuie să integreze etnicitatea, cultura și poziția socio-economică în modelele socio-culturale mai coerente legate de familiile persoanelor cu dizabilitate, în acest caz, dizabilitate intelectuală.

În tentativa de aprofundare a **strategiilor de coping** la care apelează membri ai familiilor în care se află o persoană cu dizabilitate, metaanaliza a douăsprezece studii calitative ale lui Nelson (2000, citat de McGuire *et al.*, 2004), au examinat experiențele mamelor care au copii și care se confruntă cu diferite provocări. S-a ajuns la concluzia că **modelul parental** al mamelor care au un copil cu dizabilitate, se bazează pe un proces desfășurat în patru pași:

1. Primul pas, **‘a deveni mamă a unui copil cu dizabilitate’** (p. 520) este caracterizat de sentimente de „nedreptate, frică, anxietate, durere, șoc, dezamăgire, disperare și vină (p. 522)”. În tot acest timp, abilitatea lor de a-și asuma rolul maternal așa cum și-au imaginat ele înainte, este contestată de intensa implicare a profesioniștilor din domeniul medical, care par să aibă o influență foarte mare asupra deciziilor luate pentru copilul lor.
2. În cel de-al doilea pas, **‘negocierea a unui mod diferit de mothering’** (p. 522), mamele își redefinesc imaginea lor asupra maternității astfel încât să reflecte rolul lor de mame a unor copii cu dizabilitate și totodata să învețe cum să devină îngrijitori experți pentru aceștia. În această etapă, au o responsabilitate crescută, nu doar în ceea ce privește persoana cu nevoi speciale, ci în privința întregii familii.

3. În cel de-al treilea stadiu, **‘a face față vieții de zi cu zi; aceasta nu va fi niciodată la fel’** (p. 525), mamele „își redefinesc prioritățile, fac sacrificii personale și își modifică stilul de viață pentru a se putea acomoda cu noul rol” (p. 524). Simțul lor sporit de responsabilitate pentru fericirea copilului lor, duce la modele de comportament care compromit de multe ori propria lor bunăstare.
4. Cel de-al patrulea nivel se referă la **‘procesul de acceptare/refuz’**. Acesta sugerează că mamele redefinesc ca un lucru normal „să-și afirme identitatea lor de mamă și valoarea copilului lor” (p. 527) (McGuire *et al.*, 2004).

De exemplu, acestea par să-și ‘orchestreze’ ocupațiile lor de zi cu zi folosind procese de planificare, organizare, de echilibrare, interpretare, anticipare, de prognoză, perspective de schimbare și stabilire de semnificații (Larson, 2000, citat de McGuire *et al.*, 2004). Aceste **strategii** permit mamelor să dea un sens trecutului și să elaboreze planuri pentru viitor. Alte strategii pe care părinții copiilor cu dizabilitate intelectuală le-ar putea folosi, includ diminuarea ponderii ocupate de profesie sau ocupație și derularea acesteia, prin modificarea secvenței de timp sau găsirea unui alt adult care să își asume responsabilitatea față de unele sarcini (McGuire *et al.*, 2004).

Există dovezi ample că familiile (în special mamele) persoanelor cu dizabilități, au un risc ridicat de a se confrunta cu niveluri crescute ale **stresului, depresiei și sănătate fizică deficitară** (Blacher & Baker 2002; Seltzer *et al.*, 2004; Emerson *et al.*, 2006; Blacher & Hatton, 2007, citați de Hatton *et al.*, 2010). Acest risc crescut al sănătății fizice și mentale sărace pentru familiile aparținătoare, este în mod clar o problemă în sine și există de asemenea, îngrijorare cu privire la influența negativă pe care ar putea-o avea asupra stării de bine psihologice și a experiențelor de viață a celorlalți membri adolescenți sau adulți ai familiei (Hatton *et al.*, 2010).

Stresul psihologic poate afecta într-un mod semnificativ sănătatea fizică a unei persoane, viața socială, interpersonală și profesională și este considerat, o preocupare de sănătate publică majoră pentru familiile care au o persoană cu dizabilitate intelectuală în componență. Aceștia reprezintă o populație deosebit de vulnerabilă, care raportează niveluri semnificativ mai ridicate de stres, de asemenea și probleme clinice de sănătate mintală ca și depresie, anxietate și somatizare (Prasher, 2010).

Pe parcurs, s-a produs o modificare care se referă la perspectiva pe care cei mai mulți cercetători au adoptat-o față de familiile persoanelor cu dizabilități. Până la începutul anilor 1980, perspectiva principală a fost în mare majoritate negativă. Aproape prin definiție se considera că persoanele cu nevoi speciale provoacă o schimbare negativă în familie și asupra membrilor acesteia. De la începutul anilor 1980, acest punct de vedere a început să se schimbe. Crnic și colab. (1983, citați de Hodapp, 2007), a venit cu o perspectivă bazată pe **‘stress-and-coping’**, ceea ce

reprezenta o schimbare a ideii că o persoană cu dizabilitate ar aduce doar influențe negative în familie, deși aceasta constituie un factor de stres major (Hodapp, 2007).

Fredrickson (2001, citat de Trute, Benzie & Worthington, 2012) prin sintagma **‘Broaden-and-build’** (‘Lărgeste și construiește’) postulează că experiența emoțiilor pozitive, ca răspuns la un stresor sau o provocare, servește pentru a construi resurse de adaptare sociale și personale durabile, diminuând astfel influența dăunătoare și efectele pe termen lung a emoțiilor negative (Trute, Benzie & Worthington, 2012). Având în vedere această prezumție, se constată că în literatura de specialitate, a fost acordată o mai puțină atenție aspectelor pozitive care pot apărea ca urmare a prezenței unei persoane cu dizabilitate în familie. Studii care s-au axat pe acest aspect (Flaherty and Glidden 2000; Hastings *et al.*, 2005; Green 2007, citați de Trute, Benzie & Worthington, 2012) au arătat că mulți dintre părinți răspund stresorilor emoționali și de îngrijire asociați de persoana cu dizabilitate, cu un **coping pozitiv și reziliență**. Confruntarea și adaptarea la pierderi, respectiv răspunsul emoțional la provocările de dezvoltare ale copilului, s-a dovedit a fi asociate cu găsirea de beneficii în această experiență, printr-un proces de creștere personală (Trute, Benzie & Worthington, 2012).

Atunci când se analizează răspunsurile efective ale părinților la prezența unei persoane cu dizabilitate intelectuală, aceasta poate include o gamă largă de **emoții pozitive** cum ar fi: ‘seninătate, interes, speranță, mândrie, amuzament, inspirație, respect și iubire’.

Jones & Passey (2004, citați de Rieger & McGrail, 2014) prin „**Family Coping Theory**” (Teoria adaptării familiei) au raportat că părinții persoanelor cu dizabilități care utilizează **strategii de adaptare** focalizate pe **integrare familială, cooperare și optimism** au arătat aspecte ale stresului în general mai scăzute (Rieger & McGrail, 2014).

Aspecte ale dimensiunii sociale și emoționale a calității vieții familiei, în componența căreia se află o persoană cu dizabilitate intelectuală

În prezent, **calitatea vieții**, este în general recunoscută ca fiind un construct ce include patru **dimensiuni** principale: starea de bine fizică, starea de bine funcțională, starea de bine psihică sau emoțională și starea de bine socială (Heinonen *et al.*, 2004).

Într-o altă accepțiune, respectiv conform Organizației Mondiale a Sănătății, calitatea vieții include: sănătate fizică și mentală, starea de bine emoțională și funcționare socială (Baernholdt *et al.*, 2012).

Cummins a analizat 27 de definiții ale calității vieții, care au încercat să identifice domeniile specifice ale acesteia. Cele care se refereau la **starea de bine emoțională** sub diferite forme, au fost în proporție de 85% iar cele care vizau **conexiunile**

sociale și familiale, s-au găsit într-un procent de 70% (Heinonen *et al.*, 2004), ceea ce denotă că aceste dimensiuni au un impact major asupra calității vieții.

Prezența unei persoane cu dizabilitate, ca membră a familiei, poate fi resimțită de multe ori ca o povară fizică și psihică. Pe lângă stresul acumulat datorită acestei responsabilități, în nenumărate cazuri, îngrijitorii primari trebuie să facă față dificultăților sociale, care rezultă din **atitudinea negativă** pe care ceilalți o au față de condiția familială în care aceștia se află; astfel, devin preocupați de reacția celorlalți sau de expectanțele sociale simțindu-se **stigmatizați** (Chou, 2007).

Datorită acestui lucru, s-a evidențiat că **suportul social și emoțional** este un construct de o mare importanță, care a fost asociat cu un risc redus de boli mintale, boli fizice și mortalitate, ceea ce întărește necesitatea sprijinirii acestor familii astfel încât să funcționeze la un nivel optim în societate. Acest tip de suport a fost definit ca resursă și asistență, schimbat prin intermediul relațiilor sociale și interacțiunii interpersonale și **îndeplinește patru funcții** majore: **funcție emoțională** (împărtășirea problemelor, înțelegerea emoțiilor), **funcție informațională** (prin consiliere și orientare), **funcție instrumentală** (de exemplu, sprijin efectiv pentru deplasare pentru o persoană în cazul în care mașina proprie este defectă) și **funcție de evaluare** (compararea propriei persoane cu ceilalți) (Strine *et al.*, 2008).

În sens larg, suportul social și emoțional poate crește competențele personale, perceperea controlului, sensul stabilității, contribuie la recunoașterea a ceea ce contează întradevăr pentru propria persoană, și poate avea un efect pozitiv asupra calității vieții. De asemenea, poate influența sănătatea și longevitatea prin susținerea stimei de sine. Suportul social și emoțional optim variază foarte mult între indivizi și pentru ca acesta să fie pozitiv trebuie să fie **congruent cu nevoile persoanei** (Strine *et al.*, 2008).

Factorii demografici sociali precum: deținerea unui loc de muncă, starea civilă, nivelul educației, nivelul veniturilor și vârsta, creează potențiale ale calității vieții și au un impact asupra stării de bine fizice, sociale, funcționale și emoționale (Heinonen *et al.*, 2004).

În cazul familiilor care au în componență o persoană cu dizabilitate, nivelul satisfacerii eficiente a acestor factori poate fi modificat: deținerea unui loc de muncă devine o problemă deosebită datorită dependenței persoanei cu dizabilitate de îngrijitor. Mai mult decât atât, datorită dificultăților întâmpinate sau neacceptării persoanei cu dizabilitate, unul dintre parteneri poate dori separarea, ceea ce determină creșterea responsabilităților pentru persoana îngrijitoare.

Pentru familiile persoanelor cu dizabilitate intelectuală, menținerea statutului de persoane active ale societății și respectul celorlalți indivizi ai comunității devin obiective principale întrucât, pentru a face față cât mai eficient acestei condiții, au

nevoie să **interacționeze** și să **colaboreze** cu ceilalți. Au nevoie să fie **susținuți emoțional**, prevenindu-se astfel stresul, depresia, **sentimentele de singurătate** sau alte aspecte nefavorabile. În aceste cazuri familiale, șansele apariției acestor factori sunt mult mai mari.

Factorii care par să fie legați de calitatea vieții crescute a familiei în care se află o persoană cu nevoi speciale includ gradul de sprijin emoțional, informații suficiente despre tipul de dizabilitate, timpul liber pe care îl au la dispoziție și problemele de sănătate ale celorlalți membri ai familiei (Johansen, 2013, citat de Rieger & McGrail, 2014). Referitor la **sprijinul emoțional**, părinții cooperează mai bine dacă sunt susținuți de către celelalte rude și de către comunitate, astfel încât să se simtă înțeleși și acceptați. Totodată, dacă dețin suficiente **cunoștințe despre specificul dizabilității** copilului lor, vor ști cum să acționeze mai bine și spre ce servicii să se îndrepte. Foarte important este și **timpul** pe care aceștia îl au **pentru ei înșiși** pentru că satisfacerea propriilor trebuințe duce la o stare de bine mai ridicată.

Societatea prin acțiunile ei își pune amprenta asupra **stării de bine psihologice** a familiilor aparținătoare unei persoane cu dizabilitate intelectuală.

Perspectiva hedonistă asupra stării de bine, consideră că aceasta este echivalentă cu fericirea, fiind operaționalizată ca echilibrul dintre afectele pozitive și negative. Perspectiva eudaimonică evaluează starea de bine din punctul de vedere al modului în care persoana se relaționează la sinele său autentic (Springer & Hauser, 2006 după Costea-Bărluțiu, 2010). Ryff (1989, citat de Costea-Bărluțiu, 2010) a dezvoltat o teorie comprehensivă a stării de bine psihologice eudaimonice, formată din șase dimensiuni principale: auto-acceptarea, relațiile pozitive cu alții, autonomia, cunoașterea și controlul mediului, scopul în viață și dezvoltarea personală.

Toate aceste dimensiuni, trebuie vizate de către persoanele din societate, în concordanță cu susținerea familiilor care au în componență o persoană cu dizabilitate intelectuală, astfel încât acestea să accepte situația, să scadă stresul și îngrijorările, să se simtă bine în ceea ce privește propria lor persoană, să-și mențină starea de sănătate mentală astfel încât să poată gândi și acționa independent (Brown, 1998). Totodată, societatea poate acționa astfel încât să reducă sentimentele de singurătate, ce apar în majoritatea cazurilor.

Singurătatea socială, în cazul familiilor persoanelor cu dizabilitate intelectuală, poate apărea atunci când nu există o suficientă implicare și mai mult decât atât, o interacțiune dezirabilă a societății cu familia. Dacă ne gândim la suportul social, este foarte important să menționăm și impactul suportului emoțional, în cazul apariției **singurătății emoționale**, respectiv pentru diminuarea acestui sentiment. Acestea sunt posibile aspecte care pot să apară la persoanele care au în grijă un tânăr cu dizabilitate. Există nenumărate cazuri în care datorită acestei situații, multe

dintre familii se despart, acest lucru constituind un cadru pentru apariția **singurătății emoționale familiale** sau a **singurătății emoționale romantice**.

În concluzie, dimensiunile socială și emoțională a calității vieții familiilor care au în componență o persoană cu dizabilitate intelectuală sunt aspecte importante de luat în considerare, întrucât acestea ghidează în cea mai mare măsură modul de viață și funcționarea acestor familii în societate.

Obiectivele studiului de față sunt: sondarea dimensiunii emoționale și sociale a calității vieții aparținătorilor persoanelor adulte cu dizabilitate intelectuală, respectiv sondarea nivelului stării de bine psihologice, a singurătății sociale și emoționale, precum și decelarea impactului emoțional și asupra relațiilor sociale al îngrijirii unui adult cu dizabilitate intelectuală.

Metodologia cercetării

În tratarea subiectului propus a fost implementată abordarea calitativă, bazată pe studiul de caz, care vizează sondarea în profunzime a experienței îngrijirii adultului cu dizabilitate intelectuală în cadrul familiei.

Participant

Studiul a fost realizat cu participarea unui subiect de gen feminin, care a decis să ia parte voluntar la cercetare. Participanta, cu vârsta de 57 de ani la data realizării studiului, este mamă a unui tânăr cu dizabilitate intelectuală. În trecut, participanta a avut ocupația de contabil, însă în prezent este pensionară. După divorțul de soțul ei, participanta a rămas unicul îngrijitor al fiului ei, cu vârsta de 32 de ani, locuind împreună cu acesta în mediul urban, având condiții de trai bune.

Instrumente și procedura de lucru

Pentru realizarea cercetării de față, s-a utilizat un instrumentar format dintr-o scală de evaluare a stării de bine psihologice, o scală de evaluare a singurătății sociale și emoționale și un interviu semi-structurat.

Pentru a stabili nivelul *stării de bine psihologice* a aparținătorilor persoanelor adulte cu dizabilitate intelectuală a fost selectată *Scala de evaluare multidimensională a stării de bine psihologice*, construită de Ryff în anul 1989, tradusă de Costea-Bărluțiu (2010). Scala conceptualizează starea de bine psihologică eudaimonică, formată din *șase dimensiuni principale*: auto-acceptarea, relațiile pozitive cu alții, autonomia, cunoașterea/controlul mediului („environmental mastery”), scop în viață și dezvoltare personală. Consistența internă a scalei este bună, iar stabilitatea test-retest la interval de șase săptămâni între testări a fost cuprinsă între 0,81 și 0,88.

Instrumentul este foarte util întrucât poate fi aplicat cu ușurință, iar itemii scalei vizează aspecte esențiale ale vieții de zi cu zi, ce se conturează diferit în cazul familiilor în componența cărora se află o persoană cu dizabilitate intelectuală.

Pentru a stabili *nivelul de singurătate socială și emoțională*, a fost utilizată *Scala de singurătate socială și emoțională pentru adulți* (“Social and Emotional Loneliness Scale for Adults”, SELSA) dezvoltată de către DiTomasso și Spinner (1993, 1997, citați de Skolka, 2009). Această scală face distincția dintre singurătatea emoțională, singurătatea socială, dar și dintre cele două domenii ale singurătății emoționale, singurătatea emoțională familială și singurătatea emoțională romantică. SELSA are o stabilitate structurală bună, consistență internă în intervalul 0,89 și 0,93, iar corelațiile item-total au valori cuprinse între 0,39 și 0,88, semnificative statistic pentru toate cele trei subscale, singurătate romantică, singurătate familială și singurătate socială. Validitatea concurrentă a SELSA, evaluată prin corelația cu scala UCLA a fost foarte bună, având valoarea 0,70 pentru subscală socială, 0,40 pentru cea romantică și 0,37 pentru cea familială. În studiul de față am folosit varianta adaptată de Skolka (2009), care a fost testată și validată pe populația română.

Pentru a permite înțelegerea mai nuanțată a *aspectelor legate de calitatea vieții familiilor* care au în componența lor o persoană cu dizabilitate intelectuală, respectiv a surprinde *impactul emoțional* al îndeplinirii acestui rol de îngrijitor și impactul îngrijirii adultului cu dizabilitate intelectuală asupra *relațiilor sociale*, pe lângă cele două scale, s-a dezvoltat și implementat un *interviu ghidat sau semi-structurat* (anexa 1). Întrebările cuprinse în interviu, au fost formulate pe baza itemilor cuprinși într-un instrument ce vizează calitatea vieții, creat de către Brown (1998), „Improve your Quality of Life” din secțiunea (2) *Psychological Well Being* referitoare la gânduri și sentimente și secțiunea (5) *Social Belonging* referitoare la persoanele care fac parte din viața individului.

Rezultate și discuții

În urma aplicării instrumentarului în cazul participantei la studiul de caz, s-au obținut rezultate concludente pentru constructele sondate.

În ceea ce privește natura trăirilor emoționale, aferente îngrijirii unei persoane adulte cu dizabilitate intelectuală, acestea au fost puternic marcate de această responsabilitate, astfel că se poate observa diminuarea stării de bine psihologice a participantei în ceea ce privește dezvoltarea personală, autonomia, scop în viață (figura 1). Relațiile sociale și cu familia sunt evaluate pozitiv, însă participanta identifică limitarea relațiilor de prietenie, datorită timpului insuficient, dar și personalității sale pe care o evaluează ca „introvertă”. Rezultatele obținute în urma

aplicării scalei de evaluare a stării de bine psihologice arată că acesta se situează la un nivel ușor peste medie, participanta obținând un scor total de 197 din 324.

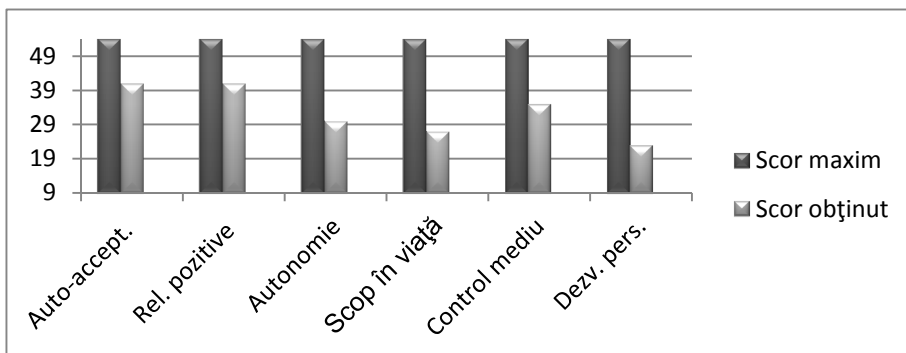


Figura 1. Rezultatele la evaluarea stării de bine psihologice

Rezultatele obținute în urma aplicării scalei de singurătate socială și emoțională arată un nivel al singurătății cu o valoare ușor peste medie, respectiv un scor total de 95 din 148. Dintre tipurile de singurătate, cea socială a fost în cazul de față evaluată ca cea mai ridicată, în timp ce din punct de vedere romantic participanta nu s-a evaluat ca fiind singură, deși nu este implicată într-o relație cu un partener romantic (figura 2).

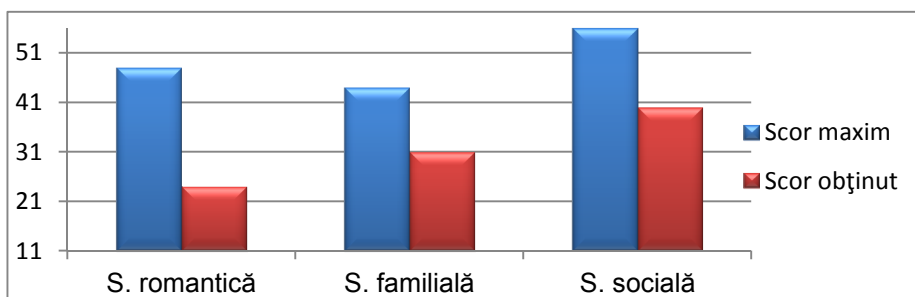


Figura 2. Nivelul perceput al singurătății sociale și emoționale

În urma aplicării interviului semi-structurat, s-au obținut date semnificative, referitoare la impactul emoțional pe care îl are îngrijirea unui tânăr cu dizabilitate intelectuală, în cazul participantei la studiu și totodată, cum afectează îndeplinirea acestui rol, relațiile sale sociale.

Din răspunsurile oferite la prima secțiune de întrebări, se poate deduce că participanta se află în stadiul de acceptare, legat de prezența în familie a unui copil cu dizabilitate intelectuală, luând în evidență și vârsta, atât a participantei, cât și a fiului

acesteia și, mai mult, găsește un sens în îngrijirea fiului ei: [„Sunt bine, mă împac cu tot ce este... ce nu pot schimba, accept!”]; [„Am luat-o de la viață așa cum a venit și dacă ar fi ca T. să nu mai fie, nu aș ști ce să fac”].

În ceea ce privește desfășurarea rolului de părinte, implicarea în acțiunile ce vizează copilul cu dizabilitate intelectuală, este totală: [„Este o responsabilitate mare... în primul rând faptul că trebuie eu să mă ocup foarte mult de el și în al doilea rând să îl învăț să încerce să se descurce el”]. Ca o consecință a implicării totale și a sesizării dependenței copilului, apare îngrijorarea cu privire la viitorul acestuia, în condițiile în care aceasta nu va mai putea exercita acest rol.

Răspunsurile oferite pentru cea de a doua secțiune de întrebări, ce vizează surprinderea impactului îngrijirii adultului cu dizabilitate intelectuală asupra *relațiilor sociale*, s-a evaluat în primul rând, relația participantei cu familia extinsă, care este una pozitivă. Totuși, implicarea acestora în îngrijirea tânărului cu dizabilitate este ne semnificativă, din considerentul că participantea nu dorește să apeleze la ajutorul acestora, doar în caz de strictă nevoie și dorește să rezolve personal problemele întâmpinate.

Calitatea vieții sociale în relațiile participantei cu prietenii a fost afectată. Preferă să își petreacă timpul mai mult singură. După ce fiul ei s-a născut, aceasta spune că s-a retras și mai mult în ceea ce privește relațiile cu prietenii ei, preferând să nu împărtășească cu aceștia problemele personale, așa cum reiese din afirmațiile sale: [„...nu, nu am prieteni...așa câteodată la telefon vorbim, atunci când este ziua de naștere a cuiva”...]. Nu există diferențe semnificative în ceea ce privește relațiile sociale ale participantei, în cadrul unui colectiv al părinților tinerilor cu dizabilitate intelectuală: [„...nu avem relații de prietenie foarte apropiate, ne întâlnim doar la evenimente speciale...”].

Prin urmare, se poate formula ipoteza că nivelul singurătății a avut impact negativ asupra stării de bine psihologice, mai ales în cadrul subcomponentelor: ‘autonomie’, ‘scop în viață’, ‘controlul mediului’ și ‘dezvoltare personală’. Calitatea vieții participantei în ceea ce privește dimensiunea socială și emoțională, a fost influențată într-o mare măsură de rolul pe care îl îndeplinește față de propriul fiu adult cu dizabilitate intelectuală, sesizându-se o creștere a nivelului de singurătate socială și apariția unor sentimente ca epuizare, frustrare, dependență.

Concluzii, limite și direcții de cercetare

În urma analizei calitative a datelor obținute, se poate concluziona că starea de bine psihologică a aparținătorilor persoanelor adulte cu dizabilitate intelectuală este afectată în special pe subcomponentele ‘autonomie’, ‘scop în viață’ și ‘dezvoltare

personală', datorită implicării totale a acestora în îndeplinirea rolului de părinte, ceea ce a diminuat orientarea către interesele personale.

Ca limită principală a studiului, imposibilitatea generalizării rezultatelor obținute pe un studiu de caz este una principală, însă o altă limită principală, care este citată în literatura de specialitate, este indisponibilitatea taților de a participa la astfel de cercetări.

Ca și direcții de cercetare, putem afirma că studiul de față abordează un subiect de actualitate care necesită și mai multă atenție din partea cercetătorilor, având în vedere importanța categoriei țintite, și anume *familia*. În acest sens, pentru *sondarea dimensiunii personale și interpersonală a calității vieții aparținătorilor persoanelor adulte cu dizabilitate intelectuală*, axându-ne în special pe dimensiunea socială și emoțională, este importantă urmărirea unor aspecte referitoare la: caracteristicile acestui tip de familie, organizarea acesteia, dacă este tipic construită sau de tip monoparental; aspectele pozitive versus aspectele negative legate de prezența în familie a unui tânăr cu dizabilitate intelectuală; strategiile de coping utilizate de aparținători și efectul implicării serviciilor de sprijin în acest sens. De asemenea, o altă direcție de cercetare posibilă este sondarea ipotezelor formulate în studiul de față pe loturi reprezentative de părinți ai adulților cu dizabilități, pentru validarea relației dintre singurătatea socială și emoțională și nivelul stării de bine psihologice a acestora, precum și implementarea unor programe de consiliere bazate pe creșterea calității vieții.

Bibliografie

- Baernholdt, M., Hinton, I., Yan, G., Rose, K., Mattos, M. (2012). *Factors associated with quality of life in older adults in the United States*. *Quality of Life Research*, 21(3), 527–534.
- Brown, I. (1998). *Improve your Quality of Life*. Workshop, Notes & Activities, Toronto, Canada.
- Chou, Y-C., Lin, L-C., Chang, A-L., Robert L., Schalock, R.L. (2007). *The Quality of Life of Family Caregivers of Adults with Intellectual Disabilities in Taiwan*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 200–210.
- Costea-Bărluțiu, C. (2010). *Implicații ale relației de atașament asupra dezvoltării și psihopatologiei în copilăria timpurie și la vârsta adultă*. Cluj-Napoca: Manuscris nepublicat al tezei de doctorat.
- Hatton, C. Emerson, E. Kirby, S. Kotwal, H. Baines, S. Hutchinson, C. Dobson, C. & Marks, B. (2010). *Majority and Minority Ethnic Family Carers of Adults with Intellectual Disabilities: Perceptions of Challenging Behaviour and Family Impact*. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(1), 63–74.
- Heinonen, H., Aro, A.R., Aalto, A.M., Uutela, A. (2004). *Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status?.* *Quality of Life Research*, 13, 1347–1356.

- Hodapp, R.M. (2007). Families of persons with Down Syndrome: New perspectives, findings, and research and service needs. *Mental retardation and developmental disabilities*, 13(3), 279–287.
- McGuire, B.K., Crowe, T.K., Law, M., VanLeit, B. (2004). *Mothers of Children With Disabilities: Occupational Concerns and Solutions*. OTJR: Occupation, Participation and Health, 24(2), 54–63.
- Prasher, V.P. (2010). *Contemporary issues in intellectual disabilities*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Rieger, A., McGrail, J.P. (2014). Relationships Between Humor Styles and Family Functioning in Parents of Children With Disabilities. *The Journal of Special Education*, 1–9.
- Șkolka, E. (2009). Atitudini față de moarte și asistența psihologică în faza terminală, manuscris republicat al tezei de doctorat, Univ. Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca;
- Strine, T.W., Chapman, D.P., Balluz, L., Mokdad, A.H. (2008). *Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support*. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43 (2), 151–159.
- Trute, B., Benzie, K.M., Worthington, C. (2012). *Mother Positivity and Family Adjustment in Households with Children with a Serious Disability*. *Journal of Child & Family Studies*, 21(3), 411–417.

ANEXA 1. Ghid de interviu semi-structurat

Starea de bine psihologică

1. Descrieți în câteva cuvinte care sunt îngrijorările referitoare la prezentul și viitorul copilului dumneavoastră?
2. Ce semnifică pentru dumneavoastră îngrijirea unui tânăr cu dizabilitate intelectuală?
3. Ce impact semnificativ are asupra persoanei dumneavoastră?
4. În general, cum ați caracteriza modul în care vă simțiți, dispoziția dumneavoastră?

Apartenență socială

1. Care este relația dumneavoastră cu familia extinsă? Cine din familie, sau dinafara ei vă ajută în îngrijirea copilului?
2. În ce măsură rolul de părinte influențează viața dumneavoastră socială, în ceea ce privește relațiile cu prietenii?
3. În ce măsură, rolul de părinte influențează viața dumneavoastră profesională, în ceea ce privește timpul dedicat profesiei, relațiile de la locul de muncă?
4. Cum vă simțiți în grupul părinților tinerilor cu dizabilitate intelectuală din care faceți parte?

O analiză teoretică a dificultăților psihosociale cu care se confruntă femeile cu cancer mamar

Chiș Alexandra*

ABSTRACT

Psychosocial Difficulties of Women Diagnosed with Breast Cancer. A theoretical analysis. Modern medical technology offers greater possibilities of curing breast cancer nowadays compared to the past. The diagnostic and treatment procedures registered remarkable progress, but besides the physical damage, breast cancer can be an overwhelming situation that can lead to psychological trauma if it's not properly handled. Even though a lot more attention has been paid to the access to counselling, support groups and services provided by breast cancer charities, there are some concerns that the improvements in medical treatment delivery are not doubled by equally large benefits in the psychosocial well-being of women. Some examples of the psychosocial difficulties encountered by women with breast cancer and evidence that certain interventions can help are further discussed in this paper.

Keywords: breast cancer, psychosocial difficulties, phases of the illness, psycho-oncology, psychological reactions

Cancerul mamar: cadrul bio-medical

Cancerul mamar este caracterizat prin creșterea necontrolată a unor celule anormale la nivelul glandelor mamare (National Cancer Institute, 2013). În general, cancerul mamar începe în celulele din lobuli (glandele producătoare de lapte) sau în conducte (pasajele prin care se scurge laptele de la lobuli la mamelon) și mai rar în țesutul stromal (alcătuit din țesutul gras și fibroconjunctiv al sânului). În timp, celulele canceroase se pot extinde la țesutul mamar sănătos și pot pătrunde în ganglionii limfatici, de unde au cale de acces spre alte părți ale corpului. Etapa de evoluție a cancerului se stabilește analizând gradul de răspândire a celulelor canceroase față de tumora inițială (Breastcancer.org, 2015). Stadiul incipient al cancerului mamar, se referă, de obicei, la cancerul care se limitează la țesutul gras. Apariția unui nodul reprezintă un semnal de alarmă, care necesită investigații medicale. Dacă nu este detectat și tratat prompt, cancerul mamar poate să metastazeze, răspândindu-se la ganglionii limfatici și alte părți ale corpului, inclusiv plămâni, oase și ficat (National Cancer Institute, 2013).

* Drd., Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

Cercetătorii nu au reușit să identifice o cauză clară a apariției cancerului. Se consideră că aceasta afecțiune se instalează în urma unei interacțiuni complexe între: factori endogeni – vârsta, obezitate în contextul menopauzei, tulburări de natură endocrină (Key et al., 2002), factori de mediu (de ex. alimentația) (Drasar & Irving, 1973), expunere la radiații, consumul de alcool, administrare de contraceptive orale fără recomandarea medicului (McPherson et al., 2000), factori virali (Moore et al., 1971) și genetici, cum ar fi o mutație a genei BRCA 2 (Wooster et al., 1995). Cancerul mamar reprezintă forma de cancer cea mai răspândită în rândul femeilor, constituind 25% din cazurile de cancer diagnosticate în 2012. Această boală este principala cauză de deces prin cancer a femeilor din zonele mai puțin dezvoltate și a doua cauză de deces prin cancer în regiunile mai dezvoltate, după cancerul de plămâni. Statisticile arată că în zonele dezvoltate, femeile cu cancer mamar au o șansă mai mare de supraviețuire (International Agency for Research on Cancer, 2012).

Fiind o afecțiune care pune viața în pericol, diagnosticarea cu cancer mamar constituie un stresor major care generează răspunsuri psihologice și emoționale (Payne et al., 1996). Reacțiile psihologice ale femeilor diagnosticate cu cancer mamar diferă ca intensitate și obiect în funcție de momentul de evoluție al bolii. Intensitatea și durata stresului emoțional, precum și gradul în care interferează cu viața pacientului par să determine măsura în care răspunsul emoțional este considerat normal sau patologic. Cancerul reprezintă o afecțiune care poate să afecteze sever integritatea fizică, psihică, socială și profesională.

Reacții psihologice frecvent întâlnite în situația diagnosticării cu cancer mamar

1. Reacții în faza prediagnostică

Reacția depinde de personalitatea femeii și de concepția sa asupra sănătății. Ca reacții pot să fie prezente: negarea semnelor de boală, fapt care întârzie diagnosticul sau, sau la polul opus, exacerbarea unor simptome (Cancer Society of New Zealand, 2010).

2. Reacții în faza de confirmare a diagnosticului

Comunicarea diagnosticului poate produce emoții puternice, care creează modificări atât în comportamentul femeii diagnosticate, cât și în comportamentul anturajului său.

În general, primele și cele mai frecvente reacții sunt șoc și negare. Șocul produs, generează uneori refuzul persoanei diagnosticate de a discuta despre boală, iar alții generează întrebări repetate, care necesită explicații cât mai clare din partea personalului medical.

Teama și incertitudinea reprezintă alte reacții frecvente. Cea mai comună expresie a fricii este legată de preocuparea pentru supraviețuire (Cancer Society of New Zealand, 2010). În cazurile în care cancerul mamar este depistat precoce, este curabil, iar tratamentele moderne pot să controleze boala pentru mulți ani.

O temă comună în rândul femeilor diagnosticate cu cancer mamar o reprezintă îngrijorările privind intensitatea durerilor pe care vor trebui să le suporte. Unele persoane prezintă un nivel înalt de anxietate față de spitale, tratamente și efectele lor secundare. Neliniștea și incertitudinea pot fi diminuate în urma discuțiilor cu medicul curant, echipa de lucru și psihologul, într-un climat liniștit, de susținere și înțelegere.

Negarea reprezintă reacția persoanelor care folosesc ca strategii de coping evitarea subiectului: nu doresc să cunoască informații despre afecțiune sau să discute cu alte persoane despre situația în care se află, cel puțin pentru o perioadă de timp. În aceste cazuri, este indicat ca cei din jur să ofere spațiul necesar de care persoana are nevoie. Uneori, se întâmplă invers, familia și prietenii neagă situația, ignoră sau subapreciază simptomele și anxietatea.

Adeseori, apar reacții de supărare, revoltă și indignare (Cancer Society of New Zealand, 2010).

Printre reacțiile la diagnostic se regăsește și comportamentul iritabil. Pentru anturajul femeii cu cancer este dificil să înțeleagă că acest comportament este îndreptat spre situația cu care se confruntă și nu împotriva lui. Intensitatea acestor comportamente ar putea fi redusă prin discuții cu cei din jur, cu psihologul sau cu preotul, în cazul persoanelor religioase.

Frecvent, în încercarea de a găsi rațiunea pentru cele întâmplate, femeile se învinovătesc pe ele înseși pentru apariția bolii, sau îi învinovătesc pe alții, în funcție de locusul de control al sănătății (intern sau extern). În realitate, cauza este necunoscută sau multifactorială, astfel încât învinovățirea propriei persoane sau a celor din jur este irațională. Adeseori, deși persoana acceptă diagnosticul ca fiind valid, nu reușește să se împace cu situația. Sunt momente în care bolnava se retrage, preferă să fie lăsată singură, cu propriile emoții (Cancer Society of New Zealand, 2010). Pentru familie poate să fie greu de înțeles acest lucru, pentru că în general aceasta manifestă dorința de a împărtăși momentele dificile. Uneori, această stare încetează, altelei se prelungeste și se adâncește caz în care este necesară o consultație la psihiatru cu indicația unui tratament antidepresiv sau psihoterapie.

3. Faza post-traumatică

În momentul unei evoluții pozitive a bolii se observă reluarea modului de viață obișnuit. Pentru început este posibil să apară teama de recidivă, dar pe măsura trecerii timpului aceasta se diminuează treptat (Cancer Society of New Zealand, 2010). În

cazul unei evoluții nefavorabile a bolii, reacțiile psihologice din momentul diagnosticului și al primului tratament reapar, mai intense, dominate de depresie. În această conjunctură, rolul familiei și a celor care se ocupă de persoana cu cancer este esențial și în același timp dificil, fiind necesare eforturi pentru a preveni senzația de abandon.

Îngrijirea bolnavilor aflați în faza terminală a devenit o preocupare majoră în țările dezvoltate. Există o organizație care se ocupă de acești bolnavi, numită „Casa Speranței”. Casa Speranței este o organizație non-profit din România care asigură în mod gratuit servicii de îngrijire paliativă pentru persoanele cu boli incurabile, în sistem hospice. Organizația militează pentru dezvoltarea serviciilor de îngrijire paliativă în România și popularizarea lor la nivel național prin promovare, sensibilizare și educație. Îngrijirea în sistem „hospice” are în vedere satisfacerea tuturor nevoilor – fizice, emoționale, sociale și spirituale și vizează înlăturarea durerii și restabilirea demnității și a calmului (Centeno et al., 2007). Personalul acordă îngrijire persoanelor aflate la sfârșitul vieții și celor dragi lor, la domiciliu, în centre de zi și hospice-uri. Personalul lucrează în echipe interdisciplinare iar îngrijirea se acorda conform nevoilor individuale. În unele țări se face distincție între îngrijirea tip „hospice” și îngrijirea paliativă, în timp ce în alte țări acești termeni fac referire la același lucru.

Elemente de psiho-oncologie

Psiho-oncologia reprezintă o ramură clinică care se ocupă de aspectele psihologice, comportamentale și sociale ale cancerului. Psiho-oncologia vizează răspunsul psihologic la boală, tulburările care pot să apară în diferite stadii ale bolii și posibilele efecte ale răspunsurilor psihologice, comportamentale și sociale asupra bolii canceroase (Rosenberg & Hellman, 2005).

Termenul de „adaptare la boală” este întâlnit frecvent în psiho-oncologie. Cu toate că ajustarea este esențială pentru experiența trăită de femeile cu cancer, acest termen uneori nu este înțeles în complexitatea sa. Frecvent adaptarea este înțeleasă ca absența psihopatologiei. Dar adaptarea la boală semnifică mai mult de atât, incluzând și dezvoltarea personală, ca efect al confruntării pacientului cu o multitudine de schimbări și provocări impuse de diagnostic (Brennan, 2001).

Majoritatea teoriilor asupra adaptării psihologice la boală sunt de acord că modul în care indivizii își evaluează propria boală este un determinant fundamental al efortului de coping și adaptare (Lazarus, 1974; Affleck et al., 1987). Procesele cognitive de evaluare presupun o evaluare primară, responsabilă de analiza potențialului de pericol sau beneficiu al unei situații și o evaluare secundară, care constă în estimarea măsurii în care situația poate fi controlată și a resursele disponibile (Lazarus, 1974).

Adaptarea la situația de boală depinde de: perceperea pericolului în raport cu obiectivele de viață, așteptările specifice în legătură cu boală și găsirea unui sens în experiența de bolnav.

Perceperea pericolului față de obiectivele de viață este dependentă de măsura în care situația de boală este privită ca o amenințare a identității și de gradul de control pe care o persoana percepe ca îl are asupra situației (Leventhal, 1970).

În ceea ce privește așteptările specifice față de boală, s-a observat că perceperea unui anumit grad de control asupra situației prezice un nivel mai scăzut de stres în cazul pacienților care urmau chimio-terapie (Stiegelis, 2003).

Este incontestabil faptul că diagnosticarea cu cancer reprezintă un stresor. Modul în care este evaluată și percepută o situație va determina comportamentul și/sau atitudinile pe care le adoptă persoana. Magnitudinea pe care o persoană o acordă unui eveniment stresant este dependentă de o varietate de factori, care diferă de la caz la caz (în cazul cancerului mamar ar putea să fie determinante trăsăturile de personalitate, experiența anterioară cu sistemul medical, rețeaua de sprijin a persoanei diagnosticate, ș.a.m.d.). Deși stresul are în general rol adaptativ, stresul cronic duce la dereglarea axei HPA și la formarea încărcăturii alostatice. Unul din efectele menținerii nivelului înalt de cortizol în sânge, pentru perioade mai lungi de timp, este slăbirea imunității (McEwen, 2004). În plus, stresul poate reduce capacitatea organismului de vindecare și închidere a rănilor (Gouin & Kiecolt-Glaser, 2011). Este evident că acest lucru este inoportun pentru femeile care se află sub tratament, fie că acesta constă în intervenții chirurgicale de îndepărtare a țesutului canceros, chimioterapie sau radioterapie. Considerând aceste lucruri, utilizarea unor tehnici de relaxare ar putea să se dovedească a fi utile și benefice pentru stabilitatea psihică și emoțională.

Cancerul mamar continuă să reprezinte un stresor, indiferent de etapa în care se află persoana (etapa de diagnostic, tratament, post-tratament). În urma cercetărilor s-a constatat că adesea pacientele se confruntă cu greață și vărsături anticipative chiar la vederea spitalului, a secției, a personalului și la intrarea în sala de tratament, acestea fiind răspunsuri condiționate. În aceste situații, pacienta ar putea să beneficieze în urma psihoterapiei.

Implicații psihice ale cancerului mamar

Conform Clasificării Internaționale a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (*International Classification of Functioning, Disability and Health*), funcționalitatea este un concept umbrelă care se referă la funcțiile fizice, structura corpului și gradul de participare a unei persoane la activități cotidiene. Funcționalitatea descrie aspectele pozitive sau neutre ale interacțiunii dintre starea de sănătate a unei persoane și contextul în care trăiește aceasta. La polul opus, dizabilitatea se referă la deficiențe, limitări ale activității și restricții de participare ale unei persoane la diverse activități

cotidiene. Dizabilitatea descrie aspecte negative ale interacțiunii dintre starea de sănătate a unei persoane și caracteristicile contextului în care aceasta trăiește (WHO, 2001).

Conform datelor prezentate anterior în lucrare, se poate observa că în contextul diagnosticării și tratării cancerului mamar sunt afectate funcțiile și structura corpului, iar adeseori posibilitatea de participare a persoanei la diverse activități este percepută ca fiind limitată. Astfel, se creează premisele necesare abordării stării de dizabilitate. Perioada de timp pe care se întinde dizabilitatea este dependentă de modul în care este gestionată interacțiunea dintre persoană și factorii de mediu (aceștia fiind reprezentați de caracteristicile fizice, sociale și atitudinale ale contextului în care trăiește persoana). Factorii de mediu pot să constituie piedici pentru gradul de funcționalitate a unei persoane, sau dimpotrivă, facilitatori (WHO, 2001).

În unele situații, presiunile impuse de diagnosticul și tratamentul cancerului, dublate de incapacitatea mediului de a răspunde nevoilor persoanei aflate în această situație, pot să constituie un catalizator pentru psihopatologie. Diagnosticul și tratamentul cancerului impun schimbări în diferite domenii ale existenței: activități cotidiene, viața profesională, rolul în familie etc. Având în vedere acest lucru, este de așteptat că atât persoana diagnosticată, cât și familia acesteia, să resimtă un grad de stres psihologic. Presiunile impuse de diagnostic și tratament pot să constituie un catalizator pentru psihopatologie, dar acest lucru depinde de o multitudine de factori.

Literatura de specialitate amintește frecvent tulburările depresive și anxioase ca fiind co-morbide cancerului mamar. Totuși, datele arată că persoanele cu un stil de coping pasiv au raportat nivele mai înalte ale anxietății și ale depresiei, în vreme ce stilul de coping activ și suportul social (perceput și obiectiv) s-au asociat cu nivele mai reduse ale simptomatologiei anxioase și depresive (Wang et al., 2014).

Manifestările depresive în rândul femeilor diagnosticate cu cancer mamar în fază incipientă sunt un fenomen comun, având o prevalență de două ori mai mare decât în populația generală (Burgess et al., 2005). În cazul unei recidive, riscul pentru manifestări anxioase și depresive comorbide este și mai ridicat (Okamura et al., 2000). Intervenția chirurgicală și perioada de recuperare poate să ducă la instalarea simptomelor depresive și anxioase, la stima de sine scăzută și izolare socială (Enache et al., 2012). Distresul psihologic este accentuat de preocupări în legătură cu moartea, alterarea integrității corporale, amenințarea feminității, a sexualității și a atractivității (Baucom et al., 2006).

În lucrarea sa, Moorey (2007) descrie efectele cancerului asupra corpului ca fiind devastatoare. Printre acestea se regăsesc pierderea unui sân, a părului, efecte menopauzale, ulcere vizibile, scăderea exagerată a greutateii. Toate aceste efecte reprezintă o amenințare serioasă asupra integrității fizice.

În chimioterapie pacientele își pierd părul, fenomen asociat cu simptome depressive, rușine și cu scăderea încrederii în sine. S-au consemnat cazuri în care femeile au refuzat chimioterapia tocmai pentru că nu puteau să accepte efectele secundare. Pierderea podoabei capilare este cel mai temut efect secundar al chimioterapiei (Moorey, 2007). Chimioterapia afectează ovarele, duce la infertilitate și la instalarea menopauzei premature (Preston, 2010). Radioterapia afectează aspectul pielii, aceasta capătă un aspect roșu și pot să apară inflamații, fapt care are rezonanță asupra încrederii în sine (White, 2002).

În cazul mastectomiei, studiile au evidențiază o prezenț manifestărilor de anxietate și depresie (Al-Ghazal et al., 2000a). Rezultatele unei analize retrospective a avantajelor reconstrucției mamare imediate comparativ cu reconstrucția amânată au indicat o asociere între reconstrucția imediată și un nivel mai redus al simptomatologiei anxioase și depressive. Femeile care au recurs la o procedură de reconstrucție a sânelui, imediat după intervenția chirurgicală, au avut o imagine mai pozitivă asupra propriului corp, s-au evaluat ca fiind mai atractive sexual și au înregistrat un nivel al stimei de sine mai ridicat, comparativ cu cele care au amânat reconstrucția (Al-Ghazal et al., 2000b). În cazul intervențiilor în urma cărora sânii pacientei sunt conservați, rata efectelor negative asupra psihicului este mult mai scăzută în comparație cu rezultatele înregistrate în cazul mastectomiei: se menține un nivel satisfăcător al imaginii de sine și al stimei de sine, componente vitale pentru sănătatea psihică (Al-Ghazal et al., 2000a).

Cancerul de sân este o boală care afectează conceputul de sine al femeii: influențează aspectele fizice, sociale și personale (Beatty et al., 2008). Această boală amenință însăși esența după care funcționează femeia din punct de vedere psihic (Bertero & Wimoth, 2007). Ca femeie, rolul impus de gen (de-a lungul evoluției) este acela de a oferi îngrijire, iar un astfel de diagnostic și tratarea bolii presupune întreruperea rolului de gen. Adeseori, ca efect al tratamentului, membrele superioare se inflamează, fiind astfel dificil pentru femeie să se angajeze în activități casnice, fapt care are repercusiuni negative în sfera auto-respectului. În cazul chimioterapiei sau radioterapiei funcția reproductivă este sistată temporar sau definitiv, lucru care poate produce multă suferință atunci când cuplul își dorește copii. Cel puțin temporar, femeia nu se mai poate preocupa de îngrijirea casei sau a copiilor, iar în majoritatea cazurilor, soțul preia acest rol.

Așa cum reiese din cele descrise anterior, tratarea cancerului alterează feminitatea și implicit afectează viața sexual a cuplului (Karabulut & Erci, 2009). Sexualitatea este o componentă fundamentală și complexă a existenței umane (Fogel et al., 2008), importantă pentru sănătate și starea de bine (Sheppard & Ely, 2008). Pentru femei, sexualitatea se extinde dincolo de capacitatea de a avea relații sexuale și include imaginea asupra propriului corp, feminitate, capacitatea de a purta o sarcină, înglobând

astfel aspecte emoționale, culturale și socioculturale. Chiar dacă toate tipurile de cancer pot afecta sexualitatea și intimitatea, există anumite aspecte particulare care vizează cancerul mamar. Pierderea interesului pentru sexualitate și intimitate se datorează unei imagini corporale alterate: pierderea sau alterarea țesutului mamar (mastectomie), pierderea părului, incapacitatea de a purta o sarcină, dureri, oboseala, tratamentul medicamentos și schimbările hormonale.

Cele mai multe probleme fizice și psihosociale legate de tratamentul cancerului mamar, tind să se rezolve într-un an. Totuși, problemele sexuale, se pot extinde dincolo de această perioadă, dobândind un caracter cronic (Bertero & Wilmoth, 2007).

Cancerul nu afectează doar bunăstarea femeii, ci poate să aibă un impact negativ sau pozitiv și asupra partenerului/soțului. De exemplu, unii soți sau parteneri ai femeilor cu cancer mamar pot să experimenteze similar femeilor, un nivel înalt de stres psihologic manifestat sub formă de anxietate, depresie, tulburări ale somnului. Uneori partenerii femeilor diagnosticate cu cancer pot să refuze să se angajeze în relații sexuale datorită aspectului fizic al femeii, a imaginii alterate pe care acesta o are asupra corpului, sau pentru că sunt copleșiți de simptomele anxioase și depresive ale partenerii (Henson, 2002). Similar femeilor, bărbații pot să treacă și printr-o experiență pozitivă, să descopere noi sensuri ale vieții și o perspectivă schimbată asupra vieții. Un studiu arată că în unele cazuri, confruntarea cuplului cu diagnosticul de cancer mamar poate să aducă sub lumina reflectorului probleme vechi ale relației (Anllo, 2000) sau, din contră, poate să ducă la apropierea partenerilor (Walsh et al., 2005).

Este important să înțelegem efectele asupra partenerilor din cel puțin două motive:

- uneori este nevoie ca aceștia să beneficieze de intervenții psihologice individual sau ca parte a cuplului;
- adaptarea psihică a femeii, la boală, este semnificativ corelată de diferite aspecte de funcționare ale relației cu partenerul.

Datele științifice arată că perceperea partenerului ca o reală sursă de sprijin ar putea să acționeze ca un factor protectiv pentru stresul psihologic la care este predispusă femeia diagnosticată (Hasson-Ohayon et al., 2010). Având în vedere aceste lucruri, este esențial să cunoaștem în profunzime modalitățile prin care se pot spori șansele de adaptare a partenerilor la situația de boală a femeii.

Metode de intervenție

Manipularea factorilor de mediu relevanți pentru starea de dizabilitate (în contextul cancerului mamar) poate fi realizată prin colaborare multidisciplinară între specialiști. Promovarea sănătății psihice a femeii diagnosticate cu cancer poate să înceapă de la cadrele medicale care se ocupă de caz prin aplicarea principiilor medicinii centrate pe persoană. Acest lucru presupune obținerea și înțelegerea perspectivei pacientului (îngrijorări, expectanțe), înțelegerea sa având în vedere contextul

psihosocial unic în care trăiește, înțelegerea împărtășită a problemei și a tratamentului, concordant cu valorile pacientului și, desigur, sprijinirea pacientului în a fi responsabil.

Rolul specialistului din domeniul psihopedagogiei speciale este complex, având posibilitatea de intervenție prin acțiuni precum: (1) servicii de recuperare socială (îndrumarea persoanelor cu cancer mamar spre grupuri de sprijin, încurajarea participării la acțiuni de socializare, sprijinirea persoanei în construirea unei rețele de suport social la care poate apela în momentele dificile, normalizarea reacțiilor fizice/psihice apărute de la diagnostic până în perioada postrecuperatorie); (2) acțiuni pentru schimbarea atitudinii colective (informarea populației privind caracteristicile principale ale cancerului mamar și reacțiile comune la tratament); (3) activități terapeutice și recreative (de ex.: biblioterapie sau ateliere de arteterapie).

În unele cazuri, includerea pacientei și/sau a îngrijitorilor principali (familie, partener de viață) într-o formă de psihoterapie ar putea să sporească șansele de adaptare la boală și să aibă un impact favorabil asupra calității vieții. Conform studiilor, în cazul pacientelor cu cancer mamar metastatic, terapia cognitiv-comportamentală poate să producă o creștere a stimei de sine, să reducă simptomatologia depresivă și efectele negative ale bolii asupra stării de dispoziție, măsurate imediat după tratament. Totuși, aceste efecte nu s-au menținut la 3 și 6 luni (Edelman et al., 1999).

Supraviețuitoarele de cancer mamar care au beneficiat de o intervenție de tip mindfulness, bazată pe reducerea stresului, au înregistrat nivele mai scăzute ale simptomelor depresive și anxioase. S-ar părea că această formă de terapie reduce intensitatea fricii în legătură cu posibilitatea de recurență a bolii și crește funcționalitatea fizică a persoanei (Lengacher et al., 2009).

Efectele pozitive ale intervenției în familie asupra calității vieții sunt susținute de datele empirice, dar pe termen lung, aceste efecte tind să se estompeze (Northouse et al., 2005).

Conform studiilor, exercițiile fizice pot ajuta considerabil la ameliorarea stresului, oboselii și la prevenirea luării excesive în greutate (Pinto & Maruyama, 1999).

Așa cum reiese din informațiile prezentate anterior în acest material, suportul social este un element foarte important în determinarea adaptării la boală (Koopman et al., 1998). Cu cât persoană are un sistem de suport social mai solid, cu atât este mai puțin probabil ca aceasta să manifeste tulburări ale dispoziției. Suportul social are efect de amortizor în adaptarea emoțională. Atunci când suportul social este neadecvat, constituie o sursă în plus de stres, care se va răsfrânge negativ asupra funcționării emoționale a femeii. Totuși, atunci când ne propunem să evaluăm suportul social trebuie avut în vedere faptul că uneori persoana poate să aibă o imagine distorsionată asupra acestui aspect.

Preocuparea pentru dimensiunea psihică și socială a cancerului mamar este în continuă creștere. Necesitatea acestui fapt nu mai are nevoie de pledoarie, fiind argumentată prin complexitatea tabloului simptomatologic al acestei boli.

Concluzii

În tratarea cancerului este din ce în ce mai promovată ideea de intervenție în echipe multidisciplinare. Înainte de introducerea abordării multidisciplinare în 1995, rata mortalității era mult mai mare (Kesson et al., 2012). Acest lucru nu este deloc surprinzător, considerând aspectele multi-fațetate pe care le implică afecțiunea. Limitarea abordării la livrarea unor servicii care să țină cont exclusiv de aspecte biomedicale nu poate să înregistreze succese considerabile în reabilitarea psihică și socială a persoanelor tratate. Prin datele prezentate anterior evidențiam imperiozitatea unei abordări multidisciplinare, care să aibă în vedere atât aspectele medicale cât și cele psihosociale ale cancerului mamar.

Prin această lucrare ne-am propus să realizăm o analiză teoretică a dificultăților de natură psihică și socială cu care se confruntă femeia diagnosticată cu cancer mamar. Prin conținutul său, am urmărit și am descris provocările pe care le ridică această afecțiune, din momentul pre-diagnostic până în stadiul postrecuperării. Baza teoretică din această lucrare ar fi inutilă dacă nu ar servi unui scop practic, acesta fiind sugerarea unor puncte specifice de intervenție.

Având în vedere că acest diagnostic are puterea de a lăsa „cicatrici” psihice, dincolo de cele fizice, susținem importanța preocupării pentru aspectele de natură psihică și socială în tratarea cancerului mamar.

Bibliografie

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., & Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 273.)
- Al-Ghazal, S.K., Fallowfield, L., & Blamey, R.W. (2000a). Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *European Journal of Cancer*, 36(15), 1938–1943.
- Anllo, L. M. (2000). Sexual life after breast cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(3), 241–248.
- Al-Ghazal, S.K., Sully, L., Fallowfield, L., & Blamey, R.W. (2000b). The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 26(1), 17–19.
- Baucom, D.H., Porter, L.S., Kirby, J.S., Gremore, T.M., & Keefe, F.J. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast disease*, 23(1), 103–113.
- Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B., & Wade, T.D. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expectations*, 11(4), 331–342.

- Berterö, C., & Wilmoth, M.C. (2007). Breast cancer diagnosis and its treatment affecting the self: a meta-synthesis. *Cancer Nursing*, 30(3), 194–202.
- Breast cancer.org: *What is Breast Cancer?*. Accesat pe 28 Octombrie 2015, disponibil pe: http://www.breastcancer.org/symptoms/understand_bc/what_is_bc
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*, 330(7493), 702.
- Centeno C, Clark D, Lynch T et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Houston: IAHP Press, 2007
- Drasar, B.S., & Irving, D. (1973). Environmental factors and cancer of the colon and breast. *British journal of cancer*, 27(2), 167.
- Enache, R.G. (2012). The relationship between anxiety, depression and self-esteem in women with breast cancer after surgery. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 33, 124–127.
- Gouin, J.P., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2011). The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms. *Immunology and allergy clinics of North America*, 31(1), 81–93
- Hasson-Ohayon, I., Goldzweig, G., Braun, M., & Galinsky, D. (2010). Women with advanced breast cancer and their spouses: diversity of support and psychological distress. *Psycho-Oncology*, 19(11), 1195–1204.
- International Agency for Research on Cancer, (2012). *Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence*. Accesat pe 18 Mai 2013, disponibil pe http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- Karabulut, N., & Erci, B. (2009). Sexual desire and satisfaction in sexual life affecting factors in breast cancer survivors after mastectomy. *Journal of psychosocial oncology*, 27(3), 332–343.
- Kesson, E.M., Allardice, G.M., George, W.D., Burns, H.J., & Morrison, D.S. (2012). Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ*, 344.
- Key, T., Appleby, P., Barnes, I., & Reeves, G. (2002). Endogenous sex hormones and breast cancer in postmenopausal women: reanalysis of nine prospective studies. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(8), 606–616.)
- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K., & Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7(2), 101–111.:
- Lazarus, R.S. (1974). Psychological stress and coping in adaptation and illness. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 5(4), 321–333
- Lengacher, C.A., Johnson Mallard, V., Post White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P.B., Klein, T.W., ... & Kip, K.E. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18(12), 1261–1272.:
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in experimental social psychology*, 5, 119–186.
- McEwen, B.S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 1–7.
- McPherson, K., Steel, C., & Dixon, J.M. (2000). ABC of breast diseases: breast cancer – epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7261), 624

- Moore, D.H., Charney, J., Kramarsky, B., Lasfargues, E.Y., Sarkar, N.H., Brennan, M.J., ... & Vaidya, A.B. (1971). Search for a human breast cancer virus. *Nature*, 229, 611–614.
- Moorey, S. (2007). Breast cancer and body image. *The Female Body in Mind: The Interface Between the Female Body and Mental Health*, 72.
- National Cancer Institute: *General Information About Breast Cancer*. Accesat pe 18 Mai 2013, disponibil pe: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/healthprofessional>
- Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D., & Schafenacker, A. (2005). Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 14(6), 478–491
- Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., Katsumata, N., Ando, M., Adachi, I., ... & Uchitomi, Y. (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast cancer research and treatment*, 61(2), 131–137.
- Pinto, B.M., & Maruyama, N.C. (1999). Exercise in the rehabilitation of breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 8(3), 191–206.
- Preston, M.M. (2010). An Exploration of Appearance-Related Issues of Breast Cancer Treatment on Sense of Self, Self-Esteem, and Social Functioning in Women with Breast Cancer.:
- Redd, W.H., Andresen, G.V., & Minagawa, R.Y. (1982). Hypnotic control of anticipatory emesis in patients receiving cancer chemotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(1), 14.
- Rosenberg, S.A., & Hellman, S. (Eds.). (2005). *Cancer: principles & practice of oncology*. Lippincott Williams & Wilkins.- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – coping or personal transition?. *Psycho-Oncology*, 10(1), 1–18.
- Sheppard, L.A., & Ely, S. (2008). Breast cancer and sexuality. *The Breast Journal*, 14(2), 176–181
- Stiegelis, H.E., Hagedoorn, M., Sanderman, R., Zee, K.I., Buunk, B.P., & Bergh, A. (2003). Cognitive adaptation: A comparison of cancer patients and healthy references. *British Journal of Health Psychology*, 8(3), 303–318.
- Walsh, S.R., Manuel, J.C., & Avis, N.E. (2005). The Impact of Breast Cancer on Younger Women's Relationships With Their Partner and Children. *Families, Systems, & Health*, 23(1), 80.
- Wang, F., Liu, J., Liu, L., Wang, F., Ma, Z., Gao, D., ... & Yu, Z. (2014). The status and correlates of depression and anxiety among breast-cancer survivors in Eastern China: a population-based, cross-sectional case-control study. *BMC public health*, 14(1), 326.
- White, C.A. (2002). Body images in oncology. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*, 379–386.
- World Health Organization 2001. The International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva: WHO. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Wooster, R., Bignell, G., Lancaster, J., Swift, S., Seal, S., Mangion, J., ... & Stratton, M.R. (1995). Identification of the breast cancer susceptibility gene BRCA2. *Nature*, 378(6559), 789–792.

O perspectivă psihodinamică sintetică asupra relației dintre distress, adaptare și boala psihosomatică

*Mureșan Sever**

ABSTRACT

A brief psychodynamic perspective on the relationship between distress, coping and psychosomatic illnesses. The current theoretical review presents some of the approaches in the psychoanalytic literature concerning the complex association between stress, affect, personality and psychosomatic illness. Besides touching some historical milestones in the evolution of the psychodynamic approach in the field of psychosomatic medicine, the article describes several factors that were found to be related or to mediate the psychosomatic expression of various forms of distress. The paper mainly regards classic theories that lay the foundation for more recent developments in the field.

Keywords: *psychosomatic illness, distress, coping, affect, personality*

Introducere

Stresul este un fenomen omniprezent în viața fiecăruia, fenomen care solicită diferit fiecare individ, constituind un factor de mobilizare pentru unii, dar și supra-solicitare și uzură pentru alții. De regulă acesta este controlat, dar uneori se constituie în cauză pentru multe suferințe și chiar dezadaptare.

Stresul ca fenomen psihic rezultă din interacțiunea individului cu mediul, din semnificația subiectivă dată situațiilor de viață. Plecând de la această afirmație se poate spune că stă în puterea fiecărui individ să intervină în propria existență plecând de la cunoașterea și dezvoltarea propriei personalități cu scopul de a-și descoperi resursele interioare, îmbunătățindu-și în acest fel relaționarea cu lumea și cu el însuși.

Conceptul de stres

Stresul se referă la o situație vizând dezechilibrul homeostaziei organismului sub acțiunea unor factori fizici, chimici, biologici, psihici. Acesta acționează primordial în sferă psihică prin semnificația pe care o are pentru persoana respectivă, efectul stresului vizând unitatea psihofiziologică a persoanei, fiind esențial de natură psihosomatică (Sîrbu, 1979). Din punct de vedere psihofiziologic, starea de stres apare

* PhD., Psiholog clinician – Spitalul Municipal Dej.

datorită afectării homeostaziei, fiind consecința prelungirii fazei de tranziție, în care mecanismele integratoare funcționează alert și necoordonat. Ea sfârșește în momentul restabilirii acestei homeostazii, în concordanță cu noile circumstanțe. Cu alte cuvinte, starea de stres nu reprezintă altceva decât expresia fiziologică a prelungirii în timp a dezordinii funcționale (Stanciu, 2004).

Într-o altă accepțiune, prin stres se înțelege o configurație interacțională organism-mediu, relație în care organismul este suprasolicitat, depășindu-și rezervele de reacție și conducând la riscul epuizării lor (Cornuțiu, 2003).

Stresul psihic reprezintă un caz particular de stres, fiind declanșat de agenți psihici. Aceștia pot avea semnificație negativă (distres) sau pozitivă (eustres) și operează în planul conștiinței numai după decodificarea lor și evaluarea „sarcinii” pe care ei o pun în fața individului (Iamandescu, 1997). Stresorii intrapsihici se referă la conflictele dintre motivații, conflicte intrapsihice etc. După cum remarcă și Gelder (citată de Cornuțiu, 2003) reacția la stres presupune și un răspuns psihologic de genul încordare, pierdere de interes, oboseală; în cazul stresului organic răspunsurile sunt dominante somatice (vegetative, endocrine, metabolice), iar în stresul psihic răspunsurile sunt dominate de sistemul psihic (afectivitate, anxietate, tensiune etc) (Cornuțiu, 2003).

Psihiatrii Holmes și Rahe afirmă că există numeroase evenimente de viață ce provoacă stres tuturor, situații denumite generic „schimbări de viață”. Autorii au întocmit un Tabel al Evenimentelor de Viață care cuprindea aproape toate experiențele umane. În acest tabel cea mai stresantă schimbare este moartea unuia dintre soți, urmată de divorț. Alături de aceste evenimente, și schimbarea profesiei sau realizările personale sunt văzute ca fiind la fel de stresante. Cercetarea acestora arată că există o corelație între evenimentele majore de viață și apariția bolii în decurs de doi ani de la debutul stresului (Holmes et al., 1967, apud Grossbart et al., 2011). Orice schimbare în esență, fie că este bună sau rea, obligă corpul și mintea să se adapteze. În condițiile în care solicitarea este intensă într-un timp scurt, capacitatea de adaptare a organismului se epuizează. Dintr-o perspectivă psihologică orice schimbare presupune și pierdere, iar pierderea presupune epuizare emoțională și fizică, iar efectele stresului și pierderii sunt cumulative.

Conceptul de stres psihic introdus de Selye face referire la reacția nespecifică a întregului organism în momentele de amenințare a homeostaziei psihice și somatice (Schneiderman, Ironson și Siegel, 2005). Hans Selye a utilizat acest termen pentru a desemna o „acțiune externă de suprasolicitare exercitată asupra organismului de un evantai larg de agenți cauzali fizici, chimici, biologici, psihici, capabili să producă un ansamblu de modificări morfofuncționale” (Iamandescu, 1997, p. 44). În cazul unor acțiuni intense și de mai lungă durată a agentului stresor aceste modificări capătă forma a ceea ce Selye a numit în 1936 „Sindrom general de adaptare (SGA)”, care

descrie modificările (hormonale, biochimice, etc) la nivelul organismului și care interacționează cu factorii psihologici (Malim et al., 1999). SGA se refera la mecanismele nespecifice care asigură mobilizarea resurselor adaptative ale organismului în fața agresiunii. (Iamandescu, 1997).

Sindromul general de adaptare evoluează în trei etape:

- *reacția de alarmă* – ce include două forme: de șoc (cu hipertensiune, hipotermie, etc), contractate în faza de „contrașoc”, de răspunsuri în special endocrine (hiposecreție de cortizol, adrenalină, etc.);
- *stadiul de rezistență specifică* – ce presupune o anumită adaptare la situație;
- *stadiul de epuizare* – în care adaptarea, obținută cu prețul reacțiilor de contrașoc prelungit, nu mai poate fi menținută, atât prin încetarea reacțiilor neuroendocrino-vegetative din stadiul de rezistență, cât și prin consecințele nocive ale persistenței acestora.

În producerea bolilor psihosomatice se descriu trei etape, care au o corelație directă cu formele de manifestare ale stresului (Arieti, citat de Enăchescu și Enăchescu, 2008).

- alterarea sau tulburarea funcțională a sistemului nervos central;
- tulburarea Eului personal;
- alterarea vieții psihice, manifestată printr-o tulburare a funcțiilor viscerale, ceea ce are ca urmare apariția bolilor psihosomatice.

Stresul și abordarea psihosomatică clasică

Numele de tulburări psihosomatice este dat unor tulburări funcționale în corp, care nu au cauză organică; nu există tulburări lezionale sau neurologice, nu există infecții, și cu toate acestea există o dereglare a stării de sănătate a organismului. În aceste cazuri dezordinea inconștientă din punct de vedere psihologic stă la baza dereglării funcționale fiziologice (Dolto, 2005). Tulburările psihosomatice pot să apară la omul normal în contextul unor reacții emoționale, la cei cu vulnerabilitate crescută la stres, dar și la cei având o anumită afecțiune organică. (Paraschiv, 1999). Trecerea de la tulburarea psihosomatică la boala psihosomatică este condiționată de existența unor factori cum ar fi: durata prezenței agentului stresor, tipul de personalitate, vulnerabilitatea organului țintă.

Factorii psiho-sociali sunt cunoscuți încă din antichitate fiind recunoscuți în patogeneză, mai ales în psihopatologie, abia în secolul nostru din cauza dificultăților de a-i reproduce experimental. Levi și Kagan (citați de Mihăiescu, 1996), susțin că factorii psihosociali pot și chiar cauzează boli fizice. Sunt luați în considerare dintre factorii psiho-sociali: aspectul general al societății, moșteniri culturale, valori, norme, moda-

lități tradiționale de rezolvare a conflictelor, credințe, etc. (Mironțov-Țuculescu et al, 1986).

Boala psihosomatică reprezintă o dereglare corporală, natura acesteia putând fi stabilită prin investigarea manifestărilor psihoemoționale. (Băban, 1992).

Realitatea exterioară pe care o percepem, cu atât mai mult un factor stresant, prezintă o tonalitate afectivă plăcută sau neplăcută. Cunoașterea afectivității este un element esențial în înțelegerea tulburărilor psihosomatice.

Conceptul de medicină psihosomatică a fost dat de către Holliday (1943), care a dorit să revigoreze concepția despre boală aparținând lui Vindrow și Pasteur. Medicina psihosomatică nu neagă mecanismele fizice, chimice și fiziologice, ci dorește să înțeleagă realitatea umană, afectivitatea și rolul ei în ceea ce privește cauza multor tulburări funcționale sau organice. Urmare a observațiilor făcute de Pavlov și Freud, susținătorii medicinei psihosomatice nu mai consideră boala ca „un accident fortuit, ci ca pe un eveniment care se înscrie într-un ansamblu psihoorganic și într-un continuum spațio-temporal bine definit” (Sillamy, 1996 p. 191).

În lucrările lui Selye se demonstrează că organismul reacționează, în condițiile în care este amenințat, mobilizând mecanisme de apărare. Tensiunile emoționale persistente sau șocurile afective produc efecte somatice. În consecință se poate înțelege că și decepțiile, izolarea afectivă, eșecurile în general reprezintă tot atâtea cauze în ceea ce privește bolile organice. Faptul că există o reacție somatică la emoții este un fapt cunoscut, și din acest punct de vedere tocmai cei care-și exteriorizează mai puțin sentimentele sunt susceptibili de a produce în plan neurovegetativ și endocrin răspunsuri la cote perturbatoare.

Printre alți autori care au contribuit la progresul psihosomaticii actuale se numără Dunbar și Alexander.

Dunbar afirmă că încordarea cronică s-ar traduce prin dereglări vegetative și somatice în cazul în care emoțiile nu se pot exprima manifest. El conturează profilele de personalitate pentru diverse boli. Alexander, în 1934, formulează „ipoteza specificității” conflictului emoțional, adică factorii psihologici emoționali ce determină boli somatice au natură specifică, iar procesele psihice conștiente au rol subordonat în apariția simptomelor somatice. Specificitatea este definită ca răspuns fiziologic la stimulii emoționali, răspuns care variază în funcție de calitatea emoției. Alexander distinge două forme de răspuns visceral la emoții, și anume: blocarea exprimării tendințelor agresive, care duce la hipertensiune sau hipertiroidism, respectiv blocarea tendințelor spre dependență și sprijin, care duce la astmul bronșic sau o boală ulceroasă.

Kobasa aduce argumente din perioada mai recentă în ceea ce privește impactul trăsăturilor psihocomportamentale în patologie. El afirmă că „rezistența față de stres și consecințele sale patologice este mărită la subiecții caracterizați prin „hardiness”,

care implică o receptivitate față de schimbări, controlabilitate a evenimentelor și implicare în activități (Băban, 1992, p. 150). Este interesant de cunoscut în ce măsură personalitățile accentuate descrise de K. Leonhard sunt predispuse la boli psihosomatice. În cadrul tipurilor comportamentale de tip A și B descrise de Friedman și Roseman (1959), tipul psihologic A este predispus la coronaropatie. Kovrilsky descrie un tip de personalitate caracterizată prin „vulnerabilitate la stres”. Engel și colaboratorii, consideră complexul de renunțare și cedare, ca răspuns la pierdere sau amenințare, ca un factor în apariția bolilor psihosomatice. Nemiah și Sifneos consideră cauza suferinței psihosomatice ca fiind alexitimia. Încă din 1963, Marty și De M'Uzon fac referire la un gen de bolnav psihosomatic ce are ca trăsătură absența imaginației libere, preferând descrierile lungi și monotone în ceea ce privește viața cotidiană și creând impresia unei vieți mentale marcată mai degrabă de senzații decât de manifestările vieții pulsionale (Widlocher și Braconnier, 2006). Ferenczi (1924) (citată de Widlocher și Braconnier, 2006) atribuie acest comportament reprimării și refulării afectului. O percepție săracă a vieții interioare și dificultăți în a comunica experiența subiectivă internă este pronunțată la bolnavii psihosomatici (Luban-Plozza et al., 1996). Alexitimia este un termen derivat din observația clinică a pacienților cu afecțiuni psihosomatice și se caracterizează prin dificultăți de a distinge între emoții și senzații corporale. Ea este asociată cu tendința de a dezvolta simptome somatice (Barsky, 2007). În urma evaluării cu Toronto Alexithymia Scale (TAS), s-au evidențiat rate ridicate ale alexitimiei la pacienții cu hipertensiune arterială, infarct miocardic, boli inflamatorii gastrointestinale.

Tulburările psihosomatice apar frecvent la anumite tipuri de personalitate caracterizate prin:

- reactivitate emoțională crescută
- susceptibilitate exagerată
- rigiditate în derularea proceselor corticale
- agresivitate externă blocată.

Adaptarea la stres și corelatele somatice ale proceselor afective

Există în conduita umană numeroase trebuințe și motive, uneori contradictorii, semnificația acestora pentru individ dând valoarea lor subiectivă. Intensitatea procesului adaptativ este determinată de această valoare subiectivă a motivațiilor.

În procesul adaptării la mediul intern și extern, afectivitatea reflectă relația dintre subiect și situație. Procesele afective se traduc într-un ansamblu de trăiri și includ aspecte biologice, psihologice și sociale. Deci, adaptarea presupune un ansamblu de semnificații traduse în trăiri afective (Tănăsescu, 2008).

Afectivitatea este un element fundamental al psihicului uman ce participă la comportament, la fel ca și cogniția. Omul nu ia parte la evenimentele vieții în mod pasiv, ci dimpotrivă, atunci când se întâlnește cu situații și fenomene noi acestea au un impact asupra lui, trezindu-i anumite trebuințe, îi satisfac sau nu anumite interese, anumite dorințe. În cadrul proceselor afective important nu este obiectul în sine, ci semnificația pe care o dă subiectul acestuia. De aici reiese că atunci când așteptările noastre sunt îndeplinite vom avea trăiri pozitive, iar când nu sunt îndeplinite vom avea trăiri negative. Stările afective implică deci o apreciere, adică o atitudine pozitivă sau negativă. Deoarece trebuințele noastre sunt de cele mai multe ori diferite de celorlalți, și răspunsul afectiv pe care-l au evenimentele este diferit.

Afectivitatea se mai poate defini ca fiind totalitatea însușirilor psihice, ce asigură o reflectare subiectivă a concordanței dintre realitatea interioară și cea externă. (Tudose, 2011).

Nu toți indivizii reacționează prin boală la anumite situații, ci doar cei care se înscriu într-o tipologie psihologică. Aspectele psihice care pot genera boli organice sunt: decepții, situații conflictuale, sentimente de culpabilitate, frustrări etc. Conform observațiilor lui Galen (sec. II), femeile deprimare prezentau un risc mai mare de a se îmbolnăvi de cancer, iar ulterior în secolele XVIII și XIX anumite studii au evidențiat supărarea și depresia ca factori ce accentuează această maladie. James Paget (1870) susține că anxietatea profundă, lipsa de speranță și dezamăgirea, constituie factori importanți în apariția și dezvoltarea cancerului (Paget, 1870, după Leader, 2007). Se descrie un profil al pacientului suferind de cancer în care dorința de a ajuta pe alții, incapacitatea de a exprima sentimente agresive, și rolul de martir sunt elemente esențiale. În cazul cancerelor la sân, Steven Greer de la King's College din Londra, susține în urma unor studii că există o corelație între această maladie și controlul excesiv al sentimentelor ostile corelată cu lipsa de exprimare afectivă (Greer et al, 1975, după Leader, 2007). Există afirmații potrivit cărora persoanele introvertite sunt mai predispuse la cancer; tumoarea malignă fiind mai des întâlnită la persoanele calme, nonagresive, și care au avut relații afective deficitare cu părinții (Chelcea și Chelcea, 1983).

Există numeroase afecțiuni cu implicații psihosomate: de exemplu în cazul tulburărilor cardiovasculare, corelația strânsă dintre anxietate și furie pe de o parte, și activitatea inimii pe de altă parte, este bine cunoscută. Furia este o emoție foarte intensă datorită impactului pe care o are asupra relațiilor sociale, dar și în ceea ce privește efectele produse asupra individului care trăiește această emoție; este o emoție secundară, la baza acesteia stau alte emoții, cum ar fi: respingerea, teama, umilirea. Ea poate fi privită ca un mecanism de apărare împotriva emoțiilor dureroase; se mai asociază cu eșecul, stima de sine scăzută, anxietatea. Nu se cunoaște până în prezent

motivul pentru care acest tip de emoții se manifestă în anumite cazuri ca tahicardie, iar în altele ca aritmie sau simptome ale asteniei neurocirculatorii. Bolnavii cardiaci se conformează strict normelor sociale, aparent fiind sociabili și deschiși, dar în același timp prezintă anxietăți combinate cu rigiditate în comportament (Luban-Plozza et al, 1996). În ceea ce privește specificitatea factorilor emoționali, se poate spune că anxietatea cronică generalizată și pulsunile ostile refulate sunt factori importanți în astfel de tulburări. Depresia în contextul bolii cardiace, și care este o reacție „firească” la conștientizarea unei astfel de afecțiuni, constituie de fapt un factor de risc coronarian având aceeași pondere ca factorii clasici (vârstă, obezitate, fumat, etc) (Iamandescu, 2009).

În hipertensiunea esențială majoritatea studiilor subliniază faptul că tendințele ostile inhibitate joacă un rol important în acest fenomen; conform observațiilor lui Cannon, furia și frica produc o creștere a tensiunii arteriale la animalul experimental. S-a arătat că pulsunile agresive cronic inhibitate, care se asociază întotdeauna cu anxietatea, influențează semnificativ valorile tensiunii arteriale (Alexander, 2008).

Individul care a devenit excesiv de inhibat sub influența experiențelor sale timpurii, va descoperi că îi este mult mai dificil să-și gestioneze pulsunile agresive în viața adultă. De asemenea, Shekelle (1980), în urma cercetărilor realizate, confirmă că ostilitatea constituie o cauză pentru numeroase boli. Caracteristici psihologice precum depresia, furia, ostilitatea, anxietatea influențează sindromul metabolic acționând asupra unor căi fiziologice, în special axa HPA (hipotalamus – glandă pituitară – suprarenale) (Goldbacher et al., 2007). Numeroase studii indică faptul că depresia majoră constituie un factor de risc în diabetul zaharat de tip II. Această afecțiune „complică diabetul prin scăderea controlului glicemiei și creșterea riscului de apariție a complicațiilor diabetului” (Iamandescu, 2009, p. 44). Majoritatea diabeticilor știu că homeostazia lor nu este bine reglată, trăind astfel sentimente de insecuritate. Bleuler, în 1975, vorbește despre anxietate și depresie mascată în cazul pacienților adulți cu diabet. Diabeticii cu debut juvenil pot prezenta trăsături de personalitate cu nuanță schizoidă (Luban-Plozza et al., 1996). Personalitatea persoanei cu diabet la vârsta tânără a fost examinată plecând de la relațiile cu mama (Bursch, 1949, citat de Athanasiu, 1998). Mihăescu (1996) identifică la nivelul personalității diabeticului un conflict între dorința inconștientă de dependență, și cea conștientă de independență, conflict cauzat în opinia sa de tratamentul medicamentos, iar Luminet (citat de Athanasiu, 1998) este de părere că există o relație între dinamica inconștientă a diabeticilor și alimente; alimentul fiind în același timp dorit și temut. Depresia alături de sindroamele psihosomatice sunt frecvent întâlnite în practica generală având o prevalență ridicată, afirmă Agosti (1974) și Dyker (1975) (citați de Luban-Plozza et al., 1996).

Conștiința excesivă, dependența, sensibilitatea, anxietatea, vinovăția și resentimentul sunt trăsături emoționale regăsite cel mai frecvent la pacienții suferind de colită mucoasă. Freyberger (1969) (citată de Luban-Plozza et al., 1996) menționează ca fiind caracteristice acestei afecțiuni infantilismul, narcisismul și agresivitatea inhibată. Ei își reduc orice formă de afectivitate, făcând greu sau deloc față pierderilor. Frica, tensiunile psihice și stările depresive conduc la hipofuncții digestive, în timp ce enervarea are ca efect hiperfuncția aparatului digestiv (Rășcanu, 1997).

Factori psihologici precum dezamăgirea, pierderea sau frustrarea sunt puși în relație cu nivelul zahărului din sânge; medicul Thomas Willis a pus în evidență în urmă cu 300 de ani legătura dintre diabet și tristețea îndelungată. Începând cu anii 1930 numeroase studii au pus în evidență corelația dintre anxietate și necesarul de insulină. Tot eșecurile personale și întristarea sunt prezente și în tulburările autoimune. De asemenea „situațiile dificile din punct de vedere psihologic sunt corelate cu apariția și exacerbarea simptomelor în scleroza multiplă” (Leader et al 2007, p. 93).

În concluzie, distresul poate genera răspunsuri patologice care reprezintă expresii ale eșecului în adaptarea individului, exprimând dezechilibrul dintre individ și mediul său. În acest context se încadrează și domeniul bolilor psihosomatice, boli privite ca și consecințe organice și neurofuncționale ale distresului psihic.

Bibliografie

- Alexander, F. (2008). *Medicina psihosomatică*, Editura TREI, București;
- Athanasiu, A. (1998). *Tratat de Psihologie Medicală*, Editura Oscar Print, București;
- Barsky, A.J. (2007). *Clinical application of somatosensory amplification* in Psychosomatic Medicine, *BioPsychoSocial Medicine* 2007, 1:17 doi 10.1186/1751-0759-1-17;
- Băban, A. (1992). *Siresul în sănătate și boală*, Editura Dacia, Cluj-Napoca;
- Chelcea, S., Chelcea, A. (1983). *Eu, Tu, Noi. Viața psihică – Ipoteze, Certitudini*, Editura Albatros, București;
- Cornuțiu, G. (2003). *Breviar de psihiatrie*, Editura Imprimeriei de Vest, Oradea;
- Dolto, F. (2005). *Imaginea inconștientă a corpului*, Editura Trei, București;
- Enăchescu, C., Enăchescu, L. (2008). *Psihosomatică*, Editura Polirom, Iași;
- Goldbacher, E.M., Mattheus, K.A. (2007). *Risk is Related to Psychological Characteristics of the Metabolic Syndrome?*, *Ann Med. Behave* 2007, 34(3): 240–252;
- Grossbart, T.A. (2011). *Ascultă-ți pielea*, Editura Trei, București;
- Iamandescu, I.B. (1997). *Psihologie Medicală*, Editura Infomedica, București;
- Iamandescu, I.B. (2009). *Psihosomatică generală și aplicată*, Editura Info Medica, București;
- Leader, D., Corfield, D. (2012). *De ce se îmbolnăvesc oamenii*, Editura Trei, București;
- Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F. (1996). *Boli psihosomatice în practica medicală*, Editura Medicală, București;
- Malim, T., Birch, A., Wadeley, A. (1999). *Perspective în psihologie*, Editura Tehnică, București;
- Mihăescu, V. (1996). *Psihoterapie și psihosomatică*, Editura Polirom, Iași;
- Mironțov-Țuculescu, V., Predescu, V., Oancea, C. (1986). *Sănătatea mintală în lumea contemporană*, Editura Medicală, București

- Paraschiv, V. (1999). *Note și conspecte de curs*, Editura „Prof. Dr. P. Brânzei”, Iași;
- Răscanu, R. (1997). *Psihologie medicală și asistență socială*, Editura „Știință și tehnică”, București;
- Schneiderman, N., Ironson, G., Siegel, S.D. (2005). *Stress and Health: Psychological, Behavioral and Biological Determinants*, Annual Review of Clinical Psychology, 1, 607–628;
- Sillamy, N. (1996). *Dicționar de psihologie*, Editura Univers Enciclopedic, București;
- Sîrbu, A. (1979). *Psihiatrie clinică—Ghid alfabetic*, Editura Dacia, Cluj-Napoca;
- Stanciu, C. (2004). *Introducere în psihofiziologie. Integrarea neuroendocrină*, Editura Fundației România de mâine, București;
- Tănăsescu, I. A. (2007). *Introducere în Psihanaliză*, Editura Argument, București;
- Tudose, F., Tudose, C., Dobranici, L. (2011). *Tratat de psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*, Editura Trei, București;
- Widlocher, D., Braconnier, A. (2006). *Psihanaliză și psihoterapie*, Editura Trei, București.

Impactul singurătății asupra calității vieții și sănătății mentale la persoanele de vârstă a treia

Cucea Ioana*

ABSTRACT

The impact of loneliness on the quality of life and mental health for elderly persons. The current paper approached issues related to the feeling of loneliness and other related areas of functioning for the elderly. The fields evaluated in this research are loneliness, social support of older people, their self esteem, depression level, degree of personal autonomy and independence and quality of life in relation to their health. Within a qualitative research methodology, the difficulties that one older person encounter were highlighted and the causes of the identified problems were discussed within a single case brief assessment.

Keywords: *elderly persons, quality of life, loneliness, self esteem, depression in old age, autonomy*

Cadrul teoretic al studiului

Deoarece starea de sănătate a persoanelor de vârstă a III-a este mult mai bună decât în trecut, acum este destul de greu de delimitat această etapă de vârstă mijlocie. Cu toate acestea, arbitrar, vârstă a III-a începe de la 65 de ani, în general odată cu pensionarea (Jakobsson, Hallberg, 2005).

Conform statisticilor, populația de peste 65 de ani reprezintă 13% din populația Globului în prezent, în timp ce în 1950 reprezenta aproximativ 7%. De remarcat de asemenea este faptul că în 1999 erau de 16 ori mai multe persoane cu vârste cuprinse între 75 și 84 de ani spre deosebire de anul 1990 și de 34 de ori mai multe persoane de peste 85 de ani. Procentul celor de peste 85 de ani crește cu 1% în țările civilizate și este în creștere.

Dacă la începutul secolului al XX-lea vârsta maximă la care putea ajunge o persoană era în medie de 45 de ani, în țările civilizate la începutul secolului 21 a devenit de 80 de ani, femeile de peste 85 de ani deținând majoritatea. Persoanele care au această „supraviețuire prelungită” prezintă atât avantaje cât și dezavantaje. Unul dintre dezavantaje este faptul că 82% dintre femei rămân văduve, întrucât media de vârstă a bărbaților este de 70 de ani. Un alt dezavantaj l-ar reprezenta faptul că mai mulți

* Profesor Educator – Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă, Cluj-Napoca.

ani de viață semnifică mai multe probleme, care pot fi de sănătate, financiare sau sociale. Anii suplimentari înseamnă pentru acești oameni de obicei mai multe boli, îndurarea sărăciei mai mult timp, a dependenței de ceilalți și a singurătății (Harper, 2006).

Papalia (2010) descrie mai multe *tipuri de îmbătrânire*:

- a) **Îmbătrânirea primară** este procesul treptat și inevitabil al deteriorării organismului care debutează de timpuriu și continuă de-a lungul anilor vieții, indiferent ce măsuri iau oamenii pentru a-l evita. Acest tip de îmbătrânire face referire la procesele intrinseci ale îmbătrânirii ce pot fi considerate ireversibile, cum ar fi schimbările din felul în care se procesează informația, acele modificări din registrul motor, avantajele în procesarea informației verbale în detrimentul celei spațiale, declinul în privința „inteligenței fluide” și menținerea la nivel constant a „inteligenței cristalizate”, stabilitatea în privința personalității, funcționarea continuă a organismului în parametri optimi (Papalia, 2010).
- b) **Îmbătrânirea secundară** rezultă în urma bolilor, abuzurilor și a faptului că persoanele respective nu se consideră utile – factori care se află sub controlul persoanei. Face referire la schimbările asociate cu boli, care corelează cu vârsta dar pot fi prevenite sau reversibile, cum ar fi prevalența crescută a bolilor cronice (cardiovasculare, gastrointestinale), incidența sporită a cataractei, arteriosclerozei.
- c) **Îmbătrânirea terțiară** aduce schimbări neașteptate ce apar la vârsta a III-a, în timp ce se apropie momentul morții, așa numitul „terminal drop”, constituite prin modificări care afectează funcționarea cognitivă și patternul de personalitate (Papalia, 2010).

Dintre problemele din sfera sănătății mentale, *depresia* a fost citată ca cea mai frecventă la vârsta a treia. Această tulburare reprezintă factor cu influență majoră asupra eficienței mnezice și constituie afecțiunea psihiatrică cea mai importantă a vârstei a treia. Studii epidemiologice recente au postulat că depresia ar fi prezentă la 8–15% din populația vârstnică, iar după D.G. Blazer (citată de Bălăceanu-Stolnici, 1998), chiar la 25–30% dintre persoanele aparținând acestui segment de populație. Cu toată prevalența ridicată, însă, acest tip de tulburare la persoanele de vârstă a treia este adesea necunoscută și/sau eronat diagnosticată. Tulburările afective sunt adesea mascate de simptome somatice sau acompaniate de deficite cognitive. Aceste elemente combinate cu refuzul vârstnicului de a accepta faptul că prezintă o afecțiune psihică fac ca depresia să rămână netratată, chiar să se agraveze și să crească semnificativ riscul de morbiditate și mortalitate (Uchino, 2010).

Printre cauzele frecvente ale depresiei, la vârsta a treia izolarea socială și *singurătatea* sunt considerate semnificative. Deși este dificil de oferit o definiție comprehensivă, diferiți autori (citați de Vargha, 2005) au încercat să definească

singurătatea. Astfel, singurătatea a fost considerate „trăire deosebit de neplăcută și mobilizatoare legată de descărcarea neadecvată a nevoii de intimitate umană, de intimitate interpersonală.” (Sullivan, 1953, p. 290), „un sentiment trăit de persoana care se confruntă cu dorința de a avea parte de interacțiuni diferite sub aspectul formei sau al nivelului de cele de care are parte în prezent.” (Lopata, 1969, p. 249–250), „lipsa posibilității de a putea discuta cu cineva despre problemele personale importante.” (Sermat și Smith, 1973, p. 332).

Sentimentul subiectiv al singurătății resimțite în momente specifice este inerent condiției umane. Singurătatea devine o problemă severă doar atunci când este experimentată o perioadă lungă de timp și, ca urmare, persoana este prinsă în ciclul persistent al gândurilor negative, al senzațiilor neplăcute și comportamentelor problematice (House, Landis și Umberson, 1988).

Este important de reținut, de asemenea, că sentimentul de singurătate nu este pur negativ. Senzațiile asociate cu singurătatea au evoluat, deoarece acestea au contribuit la supraviețuirea speciei umane. După John Bowlby, psihologul dezvoltării care a fost pionier în teoria atașamentului, a fi izolat de semenii, mai ales la vârste mici și în raport cu îngrijitorii semnificativi constituie un pericol. Acest fapt justifică faptul că fiecare animal este înzestrat cu o dispoziție instinctivă de a evita izolarea și de a menține proximitatea (Bowlby, 1973).

Efectele puternice ale singurătății rezultă din interacțiunea a 3 factori:

1) Gradul de vulnerabilitate la deconectare socială

Fiecare dintre noi moștenește de la părinții lui un anumit nivel de nevoie de incluziune socială (de asemenea, exprimată ca sensibilitate la durerea excluderii sociale), la fel cum am moștenit anumite trăsături ale corpului sau un anumit nivel de inteligență. În fiecare caz influența mediului spre care ne duce această genă are o importanță vitală. Această propensiune genetică individuală funcționează ca un termostat, oprirea și pornirea semnalelor de primejdie, nevoia de conexiune este întâlnită, în funcție de faptul dacă sunt sau nu ale noastre.

2) Abilitatea de a-și autoregla emoțiile asociate cu sentimentul izolării

Succesul auto-reglării înseamnă a fi capabil să faci față provocărilor având un echilibru în interior și exterior. Deoarece singurătatea crește și persistă, ea începe să perturbe o parte din această capacitate, o „dereglare” care la nivel celular ne lasă vulnerabili la mai mulți stresori și de asemenea mai puțin eficienți în realizarea funcțiilor de liniștire și de vindecare, cum ar fi somnul.

3) Reprezentările mentale și așteptările acestora, precum și raționamentul despre alții

Fiecare dintre noi încadrăm experiența noastră prin propriile percepții, care ne fac pe fiecare dintre noi, într-o anumită măsură, arhitectul propriei noastre lumi sociale. Sensul pe care îl dăm interacțiunilor noastre sociale cu ceilalți se numește cogniție

socială. Când singurătatea persistă, felul în care ne vedem pe noi și pe ceilalți, precum și felurile de răspunsuri pe care le așteptăm de la ceilalți sunt puternic influențate atât de sentimente de nefericire și amenințare și de capacitatea noastră, inefficientă de auto-reglare (Brown, 1984).

Modificările în funcționarea cardiovasculară cuprind procesul de îmbătrânire și pot duce la riscuri crescute de morbiditate și mortalitate. Deși nu toate mecanismele care conectează îmbătrânirea la bolile cardiovasculare sunt cunoscute, răspunsul la stres exagerat a fost implicat ca un factor de risc pentru dezvoltarea unei game largi de condiții, inclusiv ischemie, accident vascular cerebral și hipertensiune. Important este faptul că alterarea inducerii stresului în răspunsurile cardiovasculare nu este uniformă între indivizi, dar sunt considerate a fi influențate de factori diferențele individuale care precipită reacții adverse la stimuli sociali negativi (Hawkley & Cacioppo, 2007).

Izolarea socială este o măsură de conectivitate cu mediul social al cuiva. Aceasta poate fi evaluată prin măsurarea amplitudinii și calității contactului social și a relațiilor sociale. Singurătatea pe de altă parte este o variabilă mult mai subiectivă și poate fi evaluată adresând oamenilor întrebări despre cât de singuri, goi în interior, sau cât se simt de abandonați. Singurătatea socială poate să existe fără singurătate, iar singurătatea poate exista chiar și atunci când o persoană are mai multe contacte sociale. Mulți oameni de știință cred că o creștere a izolării poate declanșa singurătatea și există dovezi care sugerează că atunci când cele două sunt îndreptate în aceeași direcție, oamenii cu cele mai puține contacte sociale se simt mai singuri (Alpass, Neville, 2003).

Pentru a putea trăi și supraviețui, cu siguranță avem nevoie de ceilalți. Totuși, în cele mai importante și mai dificile momente ale vieții suntem singuri. Suntem singuri în momentele în care ne naștem și murim, suntem singuri cu conștiința și cu gândurile pe care le avem, cu îndoielile și spaimile noastre. Suntem de asemenea singuri în fața durerii și a suferințelor noastre, a depresiei și a problemelor personale pe care le avem, suntem singuri cu bătrânețea și singuri cu singurătatea noastră (Dessaint, 1999).

Singurătatea, cât timp nu depinde de persoana în cauză poate să fie o sursă de deznădejde și de suferință sufocantă, dar dacă uneori este o alegere personală, poate aduce fericire și pace sufletească. Este vorba în acest caz de „singurătate senină”, cu ajutorul căreia persoana intră în contact cu sine, poate descoperi idei noi, poate crea, face bilanțuri, poate medita.

Studiul de față își propune ca obiectiv general investigarea impactului singurătății resimțite la nivel social și emoțional asupra calității vieții la o persoană de vârstă a III-a instituționalizată, în relație cu starea de sănătate fizică și psihică a acesteia. În vederea atingerii obiectivului general, s-a avut în vedere stabilirea nivelului singurătății,

a amplorii rețelei de suport, a stimei de sine, a depresiei, precum și gradului de autonomie și a nivelului calității vieții persoanei vârstnice incluse în studiu.

Metodologia cercetării

Participant

În cadrul studiului calitativ a fost inclus un participant de gen feminin, cu vârsta de 81 ani, studii medii, pensionar, care a participat pe bază de voluntariat. Din perspectiva statutului marital, participanta este divorțată și locuiește într-un centru de îngrijire și asistență pentru vârstnici dintr-un oraș.

În istoricul de viață al participantei a fost menționată căsătoria din care nu au rezultat copii și care a fost desfăcută în urmă cu aproximativ 50 de ani datorită faptului că partenerul era alcoolic și căsătoria a fost marcată de violență domestică. Chiar și după divorț, fostul soț a continuat să o caute și să o agrezeze, o urmărea când aceasta ieșea de la servicii și o bătea chiar și în mijlocul străzii. Deși femeia a depus nenumărate plângeri la poliție, nu s-au luat măsurile necesare pentru a-l opri pe fostul soț, iar acesta primea doar niște amenzi pe care oricum nu le plătea. Participanta a fost terorizată ani de zile, îi era frică să iasă pe stradă, să meargă la servicii sau la cumpărături din cauza aceluși om. După câțiva ani de la divorț, bărbatul a suferit un accident de mașină și a murit pe loc. Deși omul acesta i-a făcut atâta rău, participanta a reușit să găsească puterea să îl ierte și a suferit pentru că acesta a decedat, ulterior plătind chiar și cheltuielile de înmormântare.

Cu toate că a suferit foarte mult în viață, participanta a reușit să își găsească alinarea cu ajutorul copiilor de la școala unde era învățătoare, meserie care o făcea cu mult drag. Își amintește și acum de elevii ei preferați, poznele pe care aceștia le făceau dar și momentele când mergeau împreună în excursii și aveau activități distractive. Participanta a afirmat că nu există un sentiment mai plăcut decât acela de a reuși să vezi cu ochii tăi cât de repede învață un copil și recunoștința care se vede în ochii lui peste ani când vă întâlniți și știe că tu ești cea care a fundamentat toate cunoștințele dobândite.

Din momentul în care participanta s-a pensionat, viața ei a devenit mult mai tristă și a început să se simtă singură, iar curând au început să o lase puterile din cauza vârstei și a stării de sănătate, așa că în urma unei discuții cu o prietenă care lucra la centrul de îngrijire și asistență pentru vârstnici a decis să își vândă apartamentul și să se mute acolo, decizie pe care nu o regretă. Consideră că centrul este casa ei și susține că niciodată în viață nu s-a simțit mai liniștită decât în prezent. În fișa medicală a participantei sunt menționate o ușoară deteriorare a funcțiilor cognitive, microlitiază renală, HTA.

Instrumente utilizate și procedura de lucru

Pentru **evaluarea singurătății** s-a utilizat Scala de singurătate UCLA (Russell, Peplau și Ferguson, 1978). Instrumentul a fost elaborat în vederea sondării singurătății ca reacție emoțională negativă la sesizarea discrepanțelor dintre nivelul dorit al contactelor sociale, respectiv nivelul realizat al acestora. Pentru fiecare dintre itemi, respondentul are la dispoziție câte patru variante de răspuns, pe o scală Likert de la 1 ("niciodată") la 4 ("adesea").

Un al doilea instrument utilizat pentru evaluarea singurătății a fost Scala de evaluare a singurătății sociale și emoționale pentru adulți SELSA (Social and Emotional Loneliness Scale for Adults, DiTommaso și Spinner, 1993, 1997, după DiTommaso et al., 2004, trad. Skolka, 2009). Autorii, constatând lipsa instrumentelor cu proprietăți psihometrice adecvate, au dezvoltat un instrument de evaluare a singurătății multi-dimensionale, care urmărește tipologia acesteia, în viziunea lui Weiss și care a fost utilizată în cadrul studiului de față pentru operaționalizarea singurătății. Scala face distincția dintre singurătatea emoțională, singurătatea socială, dar și dintre două domenii ale singurătății emoționale, singurătatea emoțională familială și singurătatea emoțională romantică.

În scopul evaluării **suportului social** a fost utilizat Chestionarul pentru suport social MOS (Sherbourne și Stewart, 1993). Acesta a fost descris în lucrarea care prezintă dezvoltarea și evaluarea unui instrument de suport social scurt, multidimensional, autoadministrat, care a fost destinat evaluării pacienților din Rezultatele Studiilor Medicale (Medical Outcomes Study-MOS), un studiu de doi ani care a fost realizat cu pacienți care prezentau afecțiuni cronice. Acest studiu a fost conceput pentru a fi cuprinzător în ceea ce privește diferitele dimensiuni ale suportului social.

Pentru **evaluarea stimei de sine** a fost utilizată Scala stimei de sine (Rosenberg, 1965, citat de Solovan, Marcu și Chiticariu, 2014). Aceasta a fost elaborată inițial pentru a măsura sentimentul global al valorii personale și autoacceptării. Scala cuprinde 10 itemi cu 4 posibilități de răspuns între total dezacord (1 punct) și total acord (4 puncte). Itemii 2, 5, 6, 8, 9 se cotează invers. Scorurile pot fi cuprinse între 10 și 40; scorurile ridicate indică o stimă de sine scăzută. Coeficientul Cronbach = 0,89, raportat de autor, indică o bună consistență internă, iar fidelitatea test-retest e cuprinsă în studiile autorului între 0,85 (la interval de o săptămână) și 0,88 (la interval de două săptămâni). Coeficientul de fidelitate obținut în cazul aplicării pe un eșantion inițial de 5024 de elevi de liceu și gimnaziu a fost de 0,77. Scala a fost utilizată în diverse studii care vizau stima de sine a persoanelor cu diferite probleme de sănătate (spre exemplu, psoriazis, Solovan, Marcu și Chiticariu, 2014)

Evaluarea depresiei a fost realizată prin utilizarea Scalei de depresie geriatrică (Brink, et al., 1982, <https://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>). Acesta este un

instrument care conține 30 de itemi care vizează evaluarea depresiei la persoanele de vârstă a III-a. Scala de depresie geriatrică este scrisă într-un limbaj simplu și poate fi administrată fie în formă orală, fie scrisă. Dacă este administrată oral, practicianul va trebui să repete întrebarea pentru a obține un răspuns clar „da” sau „nu”.

Evaluarea autonomiei personale s-a realizat prin utilizarea Scalei activităților instrumentale ale vieții zilnice (Lawton și Brody, 1969), care reflectă cele mai bune practici în asistența medicală pentru persoanele în vârstă din Institutul de Asistență Geriatrică Hartford, Universitatea din New York, Colegiul de Asistență. Evaluarea stării funcționale este critică atunci când este vorba despre adulții în vârstă. Modificările normale produse de îmbătrânire, boala acută, agravarea bolilor cronice și spitalizarea, pot contribui la un declin în capacitatea de a îndeplini atribuțiile necesare pentru a trăi independent în comunitate (Iova, 2012). Scala selectată reprezintă un instrument adecvat pentru evaluarea abilităților de viață independentă în mai multe domenii: gătit, menaj, spălarea hainelor, cumpărături, utilizarea telefonului, transport, gestionarea finanțelor.

Calitatea vieții a fost evaluată cu scala de calitate a vieții în raport cu starea de sănătate SF-36 (Ware, <http://www.sf-36.com>), un instrument de măsurare a percepției persoanei asupra stării sale de sănătate, dezvoltat și testat de New England Medical Center în cadrul Medical Outcomes Study. Instrumentul este constituit din opt subscale: funcția fizică, funcția socială, limitarea rolurilor (datorată problemelor de natură fizică, respectiv emoțională), sănătatea mentală, energia, durerea somatică, starea generală de sănătate.

Scalele de evaluare au fost aplicate pe rând participantei, în prezența autoarei, iar informațiile au fost completate prin utilizarea interviului semi-structurat dezvoltat pentru studiul de față (anexa 1).

Rezultate și discuții

Nivelul singurătății

Pe baza interviului semistrukturat și a rezultatelor obținute la scalele pentru singurătate SELSA și UCLA am ajuns la concluzia că participaanta are un nivel peste medie al singurătății deoarece la Scala de singurătate UCLA a obținut un scor de 57 de puncte, dintr-un scor care variază între 20 și 80 de puncte. De asemenea, nivelul singurătății participantei a fost evaluat și cu scala SELSA, din care au fost vizate subscalele „Singurătatea romantică”, „Singurătatea familială”, „Singurătatea emoțională”(care înglobează subscalele romantică și familială) și „Singurătatea socială”. La aplicarea scalei SELSA, participaanta a obținut la subscala „Singurătatea romantică” 64 de puncte, de unde rezultă faptul că nivelul singurătății romantice

este ridicat, la subscala „Singurătatea familială” a obținut un punctaj de 57 de puncte, punctajul exprimând un nivel mediu al singurătății familiale, iar la subscala care le cuprinde pe cele două – „Singurătatea emoțională”, a obținut un punctaj de 60,5 puncte, care reprezintă un nivel peste medie al singurătății emoționale. La ultima subscală, „Singurătatea socială”, participanta a obținut un punctaj de 48 de puncte, care semnifică un nivel mediu al singurătății sociale. Punctajul total al scalei SELSA obținut este de 54,25, un punctaj care exprimă un nivel mediu al singurătății, apropiat de cel obținut cu ajutorul scalei UCLA. În cadrul interviului semistrukturat participanta a declarat că se simte uneori singură mai ales atunci când nu o vizitează nimeni, dar totodată declară că înainte de a se muta la centru se simțea și mai singură într-o casă goală fără nici o persoană cu care să poată vorbi. În ceea ce privește singurătatea romantică, datorită problemelor care le-a avut cât a fost căsătorită cu soțul și chiar și după ce a divorțat, s-a simțit mereu singură din acest punct de vedere și i-a lipsit afecțiunea și dragostea unei persoane iubite, iar acest tip de singurătate persistă și în prezent. Singurătatea familială o resimte destul de pregnant întrucât nu păstrează legătura cu familia după spusele participantei, iar singurătatea emoțională, în concluzie este puțin peste medie și este mai ridicată decât singurătatea socială. Din afirmațiile participantei, dacă are nevoie, la centru există persoane cu care poate discuta, însă de multe ori preferă să stea singură și să nu discute cu nimeni.

Suportul social

La scala pentru suport social MOS, participanta a obținut la subscala de suport emoțional/informațional prin calcularea mediei itemilor, un scor de 2 ceea ce înseamnă un suport emoțional/informațional scăzut, la subscala suportului tangibil a obținut un scor de 5 puncte, punctajul maxim ceea ce înseamnă un punctaj mare, la subscala suportului afectiv a obținut un punctaj de 2,33 ceea ce înseamnă un suport afectiv scăzut, la subscala interacțiunilor sociale pozitive a obținut un punctaj de 3 puncte, ceea ce înseamnă interacțiuni sociale pozitive foarte bune, iar la elementul suplimentar, 3 puncte. Scorul pentru întreaga scală este de 3,06, ceea ce indică un suport social mediu, rezultat confirmat și cu ajutorul interviului semistrukturat, deoarece participanta preferă să stea singură, să citească sau să se uite la televizor, preferă să nu socializeze cu colegile ei de la centru pentru că nu consideră că are foarte multe lucruri în comun cu ele. Totuși dacă are o problemă sau simte nevoia să discute cu cineva, poate discuta cu preotul sau cu asistenta socială de la centru, cu care se înțelege foarte bine. În ceea ce privește suportul afectiv, nu prea există persoane care să îi ofere acest tip de suport, pentru că nu interacționează foarte mult cu ceilalți vârstnici din centru și nu primește vizite decât foarte rar, când o vizitează o soră mai mică.

Stima de sine

Atât din scala Rosenberg pentru evaluarea stimei de sine cât și din interviul semistructurat, am ajuns la concluzia că participanta are o stimă de sine medie. La scala pentru evaluarea stimei de sine, participanta a obținut un punctaj de 24 de puncte, punctaj care corespunde unei stime de sine medie, deoarece se află în intervalul 17–33 de puncte. Din răspunsurile la interviul semistructurat am înțeles faptul că o nemulțumește foarte tare că nu are un copil care să îi aline bătrânețea și să îi dea satisfacția că a realizat ceva. Participanta îndrăgește mult copiii, iar lipsa unui copil o doare încă din tinerețe când medicul i-a spus că nu va putea avea niciodată. Singurul lucru care consideră că l-a făcut bine în viață este meseria de învățătoare. A afirmat de asemenea că mereu a fost o femeie frumoasă și inteligentă, dar acum la bătrânețe a lăsat-o și frumusețea și capacitățile cognitive.

Depresia

Însumând câte un punct la fiecare răspuns depresiv, la Scala de Depresie Geriatrică (Geriatric Depression Scale), am obținut un punctaj de 16 puncte din 30, ceea ce înseamnă un nivel de depresie puțin peste medie. Am discutat cu participanta în cadrul interviului semistructurat despre cât de mulțumită este de viața pe care o are și de realizările sale, iar aceasta a răspuns că este nemulțumită, deoarece putea să aibă o viață mai fericită, o familie și o casă care să o împartă cu cineva. Petrece foarte mult timp singură și se întâmplă adesea ca asistentele să o găsească plângând în camera ei, iar atunci când este întrebată de ce plânge spune că nu știe de ce. Participanta a afirmat că cel mai îngrozitor lucru pentru un vârstnic este să tragă linie și să vadă cât de puține realizări are și de asemenea consideră că acest lucru este mai cumplit decât orice boală sau decât moartea însăși.

Autonomia personală

Cu ajutorul Scalei Activităților Instrumentale ale Vieții Zilnice s-a evaluat autonomia personală și independența, iar participanta a obținut un punctaj de 3 puncte din 8, având un nivel scăzut de autonomie personală. Participanta are un nivel scăzut al autonomiei personale, deoarece nu formează nici un număr de telefon, vorbește la telefon doar când sună sora ei la centru și îi aduce ceva dintre membrii personalului telefonul, nu își face cumpărături deoarece după cum afirmă nu îi lipsește nimic, îi sunt asigurate toate nevoile de către centru. Reușește să se îmbrace singură, coboară singură în sala de mese și uneori face scurte plimbări pe lângă centru, dar cu mijloacele de transport nu călătorește niciodată, pentru că, spune ea, nu are unde. Medicamentele îi sunt administrate de asistenta din cadrul cabinetului medical al centrului.

Calitatea vieții în raport cu starea de sănătate

La evaluarea calității vieții în raport cu starea de sănătate, realizată prin aplicarea chestionarului RAND SF-36, participanta a obținut la prima subscală, numită „Funcționalitatea fizică”, un punctaj de 30 puncte din 100, de unde s-a dedus că aceasta are o funcționalitate fizică scăzută, ceea ce s-a putut confirma și cu ajutorul răspunsurilor participantei la interviul semistrukturat. Participanta a declarat că obosește foarte tare când urcă și coboară scările de la centru, se oprește la fiecare două-trei scări atunci când le urcă, obosește inclusiv când se îmbracă și atunci când își aranjează așternutul patului dimineața.

La subscala „Rolul limitelor datorate sănătății fizice” participanta a obținut un punctaj de 0 puncte din 100, ceea ce înseamnă că întâmpină reale dificultăți în a-și desfășura activitățile zilnice și nu le mai face la fel de bine ca altă dată, lucru pe care l-a precizat și în cadrul interviului.

La subscala „Rolul limitelor datorate problemelor emoționale” participanta a obținut de asemenea 0 puncte din 100, ceea ce înseamnă un nivel minim, participanta a declarat în interviu că realizează mult mai puțin decât își propune pe parcursul unei zile și seara când se pune în pat este tristă că nu a făcut mai nimic.

La subscala „Energie/Oboseală” participanta a obținut un punctaj de 80 de puncte din 100, ceea ce înseamnă un nivel înalt, participanta declară în afirmațiile sale că nu deține la fel de multă energie ca și în tinerețe și obosește mult mai repede.

La subscala „Bunăstarea emoțională”, participanta a obținut un punctaj de 84 de puncte din 100, ceea ce reprezintă un punctaj peste nivelul mediu, apropiat de un nivel înalt. În interviul semistrukturat participanta a declarat faptul că este mulțumită de viața ei, că este liniștită și împăcată, dar pe de altă parte a repetat în câteva rânduri că se simte tristă, deznădăjduită și singură.

La subscala „Funcționare socială”, participanta a obținut un punctaj de 62,5 puncte din 100, ceea ce înseamnă un nivel peste medie, în cadrul interviului semistrukturat participanta confirmând acest lucru declarând că vorbește cu părintele și cu asistentele care se ocupă de ea, deși cu colegile ei nu vorbește din proprie inițiativă decât foarte rar.

La subscala „Durere”, participanta a obținut un scor de 67,5 puncte din 100, ceea ce reflectă un punctaj peste medie, iar din interviul semistrukturat am înțeles faptul că participanta nu are dureri insuportabile, dar are totuși unele dureri, specifice vârstei a III-a, cum ar fi dureri reumatice, dureri de cap.

La subscala „Sănătatea generală”, participanta a obținut 35 de puncte din 100, ceea ce înseamnă un nivel scăzut. Din fișa medicală a participantului am aflat că aceasta face tratament cu „Tritace”-5 mg, „Andodipină”, „Olicard” (pentru prevenirea infarctului), „Dimex”. Participanta este diagnosticată cu microlitiază renală,

HTA. Tratamentul administrat pentru durerile acute este „Algocalmin”, „Piafen”, „Ketoprofen”, iar cel pentru durerile cronice este medicamentația antireumatică. Conform fișei medicale, o ușoară deteriorare a funcțiilor cognitive este menționată. Pentru întreaga scală, rezultatul obținut de participantei este de 44,87 de puncte din 100, calitatea vieții în raport cu starea de sănătate fiind la un nivel apropiat de nivelul mediu.

În urma aplicării scalelor și a interviului semistrukturat participantei în vârstă de 81 de ani, de sex feminin, divorțată, s-a dedus că aceasta prezintă un nivel peste medie al singurătății, datorită comparării răspunsurilor acordate la interviul semistrukturat cu rezultatele de 57 de puncte la scala UCLA și de 54,25 de puncte la scala SELSA. În ceea ce privește suportul social, participantea a obținut un scor total de 3,06 la scala pentru suport social MOS, ceea ce indică un suport social mediu, după cum am aflat și în cadrul interviului. Stima de sine este de asemenea la un nivel mediu, datorită punctajului obținut la scala Rosenberg, de 24 de puncte, încadrându-se astfel în intervalul 17–33 de puncte și anume în intervalul mediu. Depresia, evaluată cu Geriatric Depression Scale, cu un scor total de 16 puncte din 30 prezintă tot un nivel mediu, gradul de autonomie personal, evaluat cu IADL este la un nivel scăzut, apropiat de nivelul mediu, respectiv 3 puncte din 8, iar calitatea vieții în raport cu starea de sănătate este de 44,87 de puncte conform scalei Rand SF-36 și a interviului semistrukturat, ceea ce indică de asemenea un scor de nivel apropiat de cel mediu.

În **concluzie**, la toate domeniile investigate, participantea a obținut un punctaj mediu, ceea ce înseamnă că are un grad de funcționalitate mediu, se simte uneori sigură deoarece nu are copii și familie, iar suportul social este de nivel mediu deoarece preferă să stea singură în cameră, să se uite la televizor și nu simte nevoia să socializeze cu kolegele de la centru, deși dacă ar vrea să discute cu cineva, ar avea cu cine. Stima de sine este de nivel mediu, deoarece participantea are o mare nemulțumire, faptul că nu are copii și se simte vinovată de acest lucru din ceea ce declară în interviul semistrukturat. Nivelul de depresie existent se datorează singurătății și a lipsei atașamentului familial. Gradul de autonomie și independență este mediu, participantea reușește să facă doar lucrurile strict necesare și anume să se îmbrace, să se spele și să mănânce singură, dar în ceea ce privește alte aspecte, primește ajutor. Calitatea vieții în raport cu starea de sănătate este medie, deoarece există subscale la care a primit un 0 puncte. De asemenea, participantea a fost diagnosticată cu o ușoară deteriorare a funcțiilor cognitive, microlitiază renală, HTA.

Limite și direcții de cercetare viitoare

Lucrarea de față a fost realizată pentru a cerceta relația dintre calitatea vieții și nivelul de singurătate, diferențele existente la nivel socio emoțional la persoanele de vârstă a III-a instituționalizate. Rezultatele obținute în cazul prezentat nu pot fi generalizate.

Ca direcții de cercetare viitoare, evaluarea unui lot cât mai mare de participanți, testarea rezultatelor pe loturi reprezentative, o cercetare viitoare de tip cantitativ, astfel încât să fie asigurată posibilitatea de extrapolare a rezultatelor ar fi recomandate. O altă direcție de cercetare ar putea fi dezvoltarea unor programe de intervenție pentru vârstnici, care să le asigure un grad de funcționalitate mai bun, precum și realizarea unor programe de socializare care să le asigure suportul social necesar.

Bibliografie

- Alpass, F. M., Neville, S. (2003). *Loneliness, health and depression in older males*, Aging and Mental Health, 7(3), pp. 212–216;
- Bowlby, J. (1973). *Affectional bonds: Their nature and origin*, în Weiss, R.S. (ed.), *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*, Cambridge: MIT Press, 38(52);
- Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P., Adey, M.B., Rose, T.L. (1982). *Screening tests for geriatric depression*, Clinical Gerontologist 1, p. 37–44;
- Brown, R. (1984). *Social Psychology*, The Second Edition, New York;
- Harper, S. (2006). *Ageing Societies, Myths, Challenges and Opportunities*, London: Hodder Arnold;
- Hawkey, L.C., Cacioppo, J.T. (2007). *Aging and loneliness: Downhill quickly?*, Current Directions in Psychological Science 16, p. 187–191;
- House, S., Landis, K.R., Umberson, D. (1988). *Social relationships and health*, Science, 241, p. 540–545;
- Iova, C.A. (2012). *Demența Alzheimer. Aspecte clinice, terapeutice și de asistență psiho-socială în județul Bihor*, Ed. Universității din Oradea;
- Jakobsson, U., Hallberg, I. R. (2005). *Loneliness, fear and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective*, Aging Clinical and Experimental Research, 17(96), pp. 494–501;
- Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. The Gerontologist, 9(3), 179–186.
- Lopata, H.Z. (1969). *Loneliness: Forms and components*, Social Problems, 17, p. 248–261;
- Papalia, D. (2010). *Dezvoltarea umană*, Editura Trei, 2010;
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Russell, D., Peplau, L.A., Ferguson, M.L. (1978). *Developing a measure of loneliness*, University of California, Los Angeles, Journal of Personality Assessment, 42(3);
- Sermat, V., Smith, M. (1973). *Content analysis of verbal communication in the development of relationships: Conditions influencing self-disclosure*, Journal of personality and Social Psychology, 26, p. 101–121;

- Sherbourne, C.D., Stewart, A. (1993). *The MOS Social Support Survey*. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1993. <http://www.rand.org/pubs/reprints/RP218.html>.
- Školka, E. (2009). *Atitudini față de moarte și asistența psihologică în stadiul terminal*, Manuscris nepublicat al tezei de doctorat, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca;
- Solovan, C., Marcu, M., Chiticariu, E. (2014). *Life satisfaction and beliefs about self and the world in patients with psoriasis: A brief assessment*, *European Journal of Dermatology*, 24(2), p. 242–247;
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*, New York: Norton;
- Uchino, B.N., Birmingham, W., Berg, C.A. (2010). *Are Older Adults Less or More Physiologically Reactive? A Meta-Analysis of Age-Related Differences in Cardiovascular Reactivity to Laboratory Tasks*, *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B, 154–162;
- Vargha, J.L. (2005). *Cercetarea clinică și empirică a singurătății*, Manuscris nepublicat al tezei de doctorat, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca;
<http://www.sf-36.com>
<https://web.stanford.edu/~yesavage/GDS.html>

ANEXA 1. Interviu semistructurat

1. În ultimul timp se vorbește tot mai mult despre persoanele de vârstă a III-a, categorie socială din care și dumneavoastră faceți parte. Cum vă simțiți știind că faceți parte din această categorie?
Ce înseamnă pentru dumneavoastră vârsta a III-a?
De la ce vârstă v-ați simțit inclus(ă) în această categorie?
2. Dumneavoastră ce credeți că semnifică vârsta a III-a?
Care credeți că sunt cele mai importante nevoi ale persoanelor de vârstă a III-a?
Cum credeți că ar putea ajuta restul persoanelor din comunitatea dumneavoastră persoanele de vârstă a III-a?
3. În ce sens vă simțiți limitat(ă) la această vârstă?
Ce v-ați dori să fie altfel și ce ați schimba în viața dumneavoastră?
Cum vă simțiți atunci când nu reușiți să faceți unele lucruri la fel ca și când erați tânăr(ă)?
4. Care este în general starea dumneavoastră de sănătate?
Necesitați tratament medicamentos?
Cât de des mergeți la doctor?
5. Din punct de vedere al relațiilor sociale, aveți mai mulți sau mai puțini prieteni față de perioada tinereții?
Relațiile dumneavoastră sociale sunt cu membrii ai familiei sau cu prieteni, vecini?
Cât de des sunteți căutat(ă) de prietenii dumneavoastră?

6. Care credeți că sunt avantajele vârstei a III-a?
Care credeți că este proporția avantaj/dezavantaje? Care dintre acestea predomină?
7. Care sunt ocupațiile cu care vă îndeletniciți marea majoritate a timpului?
Ce vă face cel mai mult plăcere să faceți?
8. Există momente în care vă simțiți trist(ă), deznădăjduit(ă) ?
Ce anume vă provoacă stări de tristete și deznădejde?
Ce vă ajută să vă reveniți dintr-un astfel de moment?
9. Există momente în care vă simțiți singur(ă)?
Cum ați putea descrie sentimentul de singurătate?
Ați făcut cunoscută starea dumneavoastră persoanelor din jurul dumneavoastră?
10. Simțiți vreodată că viața dumneavoastră este goală sau că vă lipsește ceva?
Care este motivul existenței unui gol în viața dumneavoastră?
Există persoane care atunci când vă simțiți în felul acesta, reușesc să vă demonstreze contrariul?
11. Vă simțiți în general mulțumit(ă) sau nemulțumit(ă) de viața dumneavoastră?
Care sunt lucrurile de care sunteți mulțumit(ă) legate de viața dumneavoastră?
Care sunt lucrurile care vă nemulțumesc legate de viața dumneavoastră?
12. Vă preparați mâncarea singur(ă)?
Țineți o anumită dietă sau regim alimentar?
13. Folosiți în prezent mijloacele de transport?
Care sunt mijloacele de transport pe care le folosiți?
14. Vă administrați singur(ă) medicamentele sau aveți nevoie de ajutorul altor persoane?
Respectați programul de administrare al medicamentelor?
15. Reușiți să vă gestionați singur(ă) banii sau aveți nevoie de cineva care să vă ajute să îi gestionați?
De unde survin veniturile dumneavoastră în prezent?



ISBN 978-606-37-0094-1