

**INSTITUTUL DE ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI**

Cu titlu de manuscris

C.Z.U: 316.356.2:316.6(043.3)

**GAVRILIȚĂ LUCIA**

**ROLUL „GROUP MOVIE THERAPY”  
ÎN GESTIONAREA NIVELULUI DE STRES  
LA MAMELE COPIILOR CU AFECȚIUNI NEUROMOTORII**

**511.03 – PSIHOLOGIE SOCIALĂ**

**Teză de doctor în psihologie**

**Conducător științific:**

**ȘLEAHTIȚCHI Mihail,  
doctor habilitat în psihologie,  
doctor în pedagogie,  
conferențiar universitar**

**Autor:**

**GAVRILIȚĂ Lucia**

**CHIȘINĂU, 2022**



## CUPRINS

|                                                                                                                                                                                   |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ADNOTARE, АННОТАЦИЯ, ANNOTATION.....</b>                                                                                                                                       | <b>5</b>   |
| <b>LISTA TABELELOR.....</b>                                                                                                                                                       | <b>8</b>   |
| <b>LISTA FIGURILOR.....</b>                                                                                                                                                       | <b>10</b>  |
| <b>LISTA ABREVIERILOR.....</b>                                                                                                                                                    | <b>11</b>  |
| <b>INTRODUCERE.....</b>                                                                                                                                                           | <b>12</b>  |
| <b>1. ASPECTE TEORETICO-CONCEPTUALE PRIVIND STRESUL<br/>MAMELOR COPIILOR CU AFECȚIUNI NEUROMOTORII ȘI<br/>CARACTERISTICILE „GROUP MOVIE THERAPY” .....</b>                        | <b>20</b>  |
| 1.1. Stresul: repere conceptuale, evolutive și interdisciplinare .....                                                                                                            | 20         |
| 1.2. Caracteristicile psihofiziologice și psihosociale ale copilului cu afecțiuni<br>neuromotorii.....                                                                            | 26         |
| 1.3. Particularitățile manifestării stresului în mediul mamelor care au în îngrijire copii cu<br>afecțiuni neuromotorii.....                                                      | 32         |
| 1.4. „GROUP MOVIE THERAPY”: aspecte noționale, istorice și metodologice.....                                                                                                      | 44         |
| 1.5. Concluzii la Capitolul 1.....                                                                                                                                                | 55         |
| <b>2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ PRIVIND MANIFESTAREA NIVELULUI<br/>DE STRES LA MAMELE COPIILOR CU AFECȚIUNI NEUROMOTORII...</b>                                                    | <b>57</b>  |
| 2.1. Lotul cercetării și instrumentele aplicate în studiul experimental de constatare.....                                                                                        | 57         |
| 2.2. Studiul comparativ al particularităților de manifestare a nivelului de stres la mamele<br>copiilor cu afecțiuni neuromotorii și la mamele copiilor cu dezvoltare tipică..... | 64         |
| 2.3. Rezultatele statistice semnificative obținute în cadrul etapei de constatare.....                                                                                            | 74         |
| 2.4. Concluzii la Capitolul 2.....                                                                                                                                                | 80         |
| <b>3. DESIGNUL DEMERSULUI EXPERIMENTAL - FORMATIV.....</b>                                                                                                                        | <b>82</b>  |
| 3.1. Principiile și strategiile de lucru în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor<br>cu afecțiuni neuromotorii.....                                                   | 82         |
| 3.2. Strategia „GROUP MOVIE THERAPY” și posibilitățile de aplicare în gestionarea<br>nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii.....                         | 98         |
| 3.3. Rolul strategiei „GROUP MOVIE THERAPY” în gestionarea nivelului de stres la<br>mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii.....                                                | 137        |
| 3.4. Concluzii la Capitolul 3.....                                                                                                                                                | 146        |
| <b>CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....</b>                                                                                                                                     | <b>150</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIE.....</b>                                                                                                                                                          | <b>154</b> |
| <b>ANEXE.....</b>                                                                                                                                                                 | <b>168</b> |

|                                                     |                                                                                                                                                     |            |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ANEXA 1</b>                                      | Testul de determinare a nivelului de stres PSM 25 (Водопянова, Н.).....                                                                             | 168        |
| <b>ANEXA 2</b>                                      | Testul de evaluare a nivelului tensiunii neuropsihice (Т.А. Немчин ).....                                                                           | 170        |
| <b>ANEXA 3</b>                                      | Testul de determinare a mecanismelor de coping COPE (Carver, Scheier și Weintraub).....                                                             | 173        |
| <b>ANEXA 4</b>                                      | Rezultatele demersului experimental constatativ. Frecvențe absolute.....                                                                            | 177        |
| <b>ANEXA 5</b>                                      | Rezultatele demersului experimental constatativ. Corelații per loturi de cercetare la etapa de constatare .....                                     | 187        |
| <b>ANEXA 6</b>                                      | Poze din cadrul experimentului formativ.....                                                                                                        | 193        |
| <b>ANEXA 7</b>                                      | Rezultatele demersului experimental de control. Compararea mediilor pentru mecanismele de coping în grupul de control.....                          | 196        |
| <b>ANEXA 8</b>                                      | Diferențe semnificative statistic a mediilor înregistrate pentru nivelul de tensiune neuropsihică și stres în cadrul experimentului de control..... | 199        |
| <b>DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....</b> |                                                                                                                                                     | <b>200</b> |
| <b>CV-ul AUTOAREI.....</b>                          |                                                                                                                                                     | <b>201</b> |

## ADNOTARE

### **Gavriliță Lucia. Rolul „GROUP MOVIE THERAPY” în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii**

**Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2021**

**Structura tezei:** Introducere, adnotările, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 210 titluri, 8 anexe; 138 pagini de text de bază, 21 de figuri și 37 de tabele. Rezultatele cercetării au fost publicate în 13 lucrări științifice.

**Cuvinte-cheie:** stres, gestionarea nivelului de stres, copil cu afecțiuni neuromotorii, mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii, strategii de coping, resurse de coping, GROUP MOVIE THERAPY, film, grup de suport.

**Scopul cercetării:** fundamentarea teoretică și validarea empirică a premiselor susceptibile să transforme GROUP MOVIE THERAPY într-o strategie eficientă de gestionare a nivelului de stres la mamele copiilor cu Afecțiuni Neuromotorii.

**Obiectivele cercetării:** profilarea și interpretarea aspectelor teoretico-conceptuale cu referire la stresul mamelor copiilor cu afecțiuni neuromotorii și caracteristicile „GROUP MOVIE THERAPY”; identificarea locului GROUP MOVIE THERAPY în sistemul strategiilor de intervenție psihosocială; organizarea și desfășurarea unui studiu empiric complex, axat pe identificarea particularităților de manifestare a nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii și la mamele copiilor cu dezvoltare tipică; implementarea strategiei GROUP MOVIE THERAPY în scopul diminuării nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii; elaborarea concluziilor și recomandărilor de rigoare.

**Noutatea și originalitatea științifică:** proiectarea și punerea în practică a unei platforme epistemico-empirice inedite cu referire la posibilitatea gestionării nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii prin mijlocirea GROUP MOVIE THERAPY. Lucrarea de față reprezintă, la nivel național, unul din primele studii de factură psihosocială care oferă o viziune unitară asupra principiilor, condițiilor și metodelor care fac posibilă transformarea GROUP MOVIE THERAPY într-o strategie eficientă de gestionare a nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii.

**Rezultatul obținut** care contribuie la soluționarea unei probleme științifice importante constă în fundamentarea științifică a interdisciplinarității conceptului de stres, ceea ce a condus la identificarea particularităților de manifestare a stresului la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii, la dezvoltarea resurselor de coping în gestionarea nivelului de stres acestora prin aplicarea strategiei Group Movie Therapy.

**Semnificația teoretică:** elaborarea și punerea în aplicare a unei ecuații epistemico-empirice unitare cu referire la strategia GROUP MOVIE THERAPY și rolul acesteia în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii. Rezultatele cercetării se înscriu în spectrul obiectivelor de bază ale științei psihosociale contemporane, punând în ordinea de zi o problemă de actualitate, oferind o variantă originală de soluționare a acesteia.

**Valoarea aplicativă:** utilizarea rezultatelor cercetării în diverse domenii: în cercetare, contribuind la extinderea granițelor epistemologice ale teoriei cu referire la GROUP MOVIE THERAPY și la diversificarea strategiilor ei de punere în aplicare; în activitatea de consiliere a familiilor realizată la diferite nivele de intervenție; la elaborarea programelor de sprijin pentru părinții copiilor cu dizabilități, în vederea dezvoltării parentingului pozitiv prin stimularea resurselor de coping, contribuind la prevenirea divorțului, separării și abandonării copilului; în contextul formării inițiale și continue a specialiștilor din domeniul vizat.

**Implementarea rezultatelor științifice:** elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihosocială în gestionarea nivelului de stres, axat pe GROUP MOVIE THERAPY; elaborarea și publicarea a 13 articole în revistele de specialitate, a 12 comunicări sau/și teze în volumele întrunirilor cu caracter științific; crearea unei săli de terapie prin film în cadrul Centrului „Speranța”; dezvoltarea și implementarea programelor de suport pentru familiile copiilor cu dizabilități; formare pentru cadre didactice și manageriale din învățământul general din Republica Moldova cu privire la educația incluzivă.

## АННОТАЦИЯ

**Гаврилица Лучия. Роль «GROUP MOVIE THERAPY» в управлении уровня стресса у матерей детей с нейромоторными нарушениями.**

**Диссертация на соискание учёной степени доктора психологии.**

**Кишинёу, 2021**

**Структура работы:** Диссертация состоит из введения, трех глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии 210 наименований, 8 приложений; 138 страниц основного текста, 21 фигуры и 37 таблиц. Результаты исследования опубликованы в 13 научных статьях.

**Ключевые слова:** стресс, управление стрессом, уровень стресса, ребенок с нейромоторными нарушениями, матери детей с нейромоторными расстройствами, стратегии совладания со стрессом, ресурсы совладания со стрессом, групповая кинотерапия, фильм, группа поддержки.

**Цель исследования:** теоретическое обоснование и эмпирическая проверка предпосылок, способствующие трансформации GROUP MOVIE THERAPY в эффективную стратегию управления уровнем стресса у матерей детей с нейромоторными нарушениями.

**Задачи исследования:** профилирование и интерпретация теоретических и концептуальных аспектов стресса матерей детей с нейромоторными расстройствами и характеристики „GROUP MOVIE THERAPY”; определение места GROUP MOVIE THERAPY в системе стратегий психосоциального вмешательства; организация и проведение комплексного эмпирического исследования, направленного на выявление особенностей уровня стресса у матерей детей с нейромоторными нарушениями и матерей детей с типичным развитием; реализация стратегии GROUP MOVIE THERAPY с целью снижения уровня стресса у матерей детей с нейромоторными нарушениями; разработка необходимых выводов и рекомендаций.

**Научная новизна и оригинальность:** разработка и реализация уникальной эпистемико-эмпирической платформы касательно возможности управления уровнем стресса у матерей детей с нейромоторными нарушениями с помощью GROUP MOVIE THERAPY. Данная работа является одним из первых национальных психосоциальных исследований, в котором дается единое представление о принципах, условиях и методах, позволяющие превратить групповую кинотерапию в эффективную стратегию управления уровнем стресса у матерей детей с нейромоторными нарушениями.

**Результаты исследования, которые способствуют решению важной научной проблемы,** заключаются в научном обосновании междисциплинарности концепции стресса, в выявлении особенностей стресса у матерей детей с нейромоторными нарушениями; в разработке и внедрении стратегии GROUP MOVIE THERAPY, в результате которой были расширены и укреплены копинг-ресурсы способные справиться со стрессом.

**Теоретическая значимость** включает разработку и реализацию единого эпистемико-эмпирического уравнения касательно стратегии GROUP MOVIE THERAPY и ее роли в управлении уровнем стресса у матерей детей с нейромоторными нарушениями. Результаты исследования входят в спектр основных задач современной психосоциальной науки, выдвигая на повестку дня один из актуальных вопросов и предлагая для этого оригинальное решение.

**Практическая значимость исследования** включает использование полученных результатов в различных областях: в исследованиях, способствующих расширению эпистемологических границ теории применительно к GROUP MOVIE THERAPY и диверсификации стратегий ее реализации; на разных уровнях семейного консультирования; при разработке программ поддержки для родителей детей с ограниченными возможностями, чтобы развить позитивное воспитание за счет стимулирования ресурсов выживания, помощи в предотвращении разводов, разлучения и отказа от детей; в контексте начальной и непрерывной подготовки специалистов в данной области.

**Внедрение научных результатов:** полученные результаты были опубликованы в 13 статьях в специализированных журналах, в 12 сообщениях/тезисах в научных сборниках; был создан кабинет кинотерапии в Центре „Speranța”; разработана и внедрена программа поддержки семей с детьми с ограниченными возможностями. Практические материалы были использованы при подготовке учителей/менеджеров общего образования в вопросах инклюзивного образования в Республике Молдова.

## ANNOTATION

**Gavriliță Lucia. The role of „GROUP MOVIE THERAPY” in a stress management level in mothers of children with neuromotor disorders.**

Doctoral thesis in psychology. Chisinau, 2021

**Thesis structure:** Introduction, annotations, three chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 210 titles, 8 annexes; 138 pages of basic text, 21 figures and 37 tables. The research results have been published in 13 scientific papers.

**Keywords:** stress, stress management level, child with neuromotor disorders, mothers of children with neuromotor disorders, coping strategies, coping resources, GROUP MOVIE THERAPY, film, self-support group.

**The aim of the research:** the theoretical and empirical validation of the premises likely to transform GROUP MOVIE THERAPY into an effective stress management level strategy for mothers of children with Neuromotor Disorders.

**The objectives of the research:** profiling and interpreting the theoretical and conceptual aspects of stress in mothers of children with Neuromotor Disorders and the characteristics of „GROUP MOVIE THERAPY”; identifying the place of GROUP MOVIE THERAPY in the system of psychosocial intervention strategies; organizing and conducting a complex empirical study, focused on identifying the peculiarities of stress level in mothers of children with neuromotor disorders and mothers of children with typical development; implementation of the GROUP MOVIE THERAPY strategy in order to reduce the stress level in mothers of children with neuromotor disorders; elaboration of the necessary conclusions and recommendations.

**Scientific novelty and originality:** Design and implementation of a unique epistemic-empirical platform with reference to the possibility of stress management level in mothers of children with neuromotor disorders through GROUP MOVIE THERAPY. This paper is one of the first national psychosocial studies to provide a unified view of the principles, conditions and methods that make it possible to transform GROUP MOVIE THERAPY into an effective stress management level strategy for mothers of children with neuromotor disorders.

**The result obtained that contributes to solving an important scientific problem consists in** the solving of the important scientific issue of the interdisciplinarity of the concept of stress level, which led to the identification of the peculiarities of stress in mothers of children with neuromotor disorders, to the development of coping resources in managing their stress by applying GROUP MOVIE THERAPY strategy.

**Theoretical significance:** Development and implementation of a unitary epistemic-empirical equation with reference to the GROUP MOVIE THERAPY strategy and its role in stress management level in mothers of children with neuromotor disorders. The research results are part of the spectrum of basic objectives of contemporary psychosocial science, putting on the agenda a topical issue, offering an original solution.

**Applied value:** The use of research results in various fields: in research, contributing to the extension of the epistemological boundaries of the theory with reference to GROUP MOVIE THERAPY and to the diversification of its implementation strategies; in the family counseling activity carried out at different levels of intervention; when developing support programs for parents of children with disabilities, in order to develop positive parenting by stimulating coping resources, helping to prevent divorce, separation and child abandonment; in the context of the initial and continuous training of the specialists in the targeted field.

**Implementation of scientific results:** Development and implementation of a psychological intervention program in stress management, focused on GROUP MOVIE THERAPY; elaboration and publication of 13 articles in specialized journals, 12 communications and / or theses in the volumes of scientific meetings; creation of a film therapy room within the „Speranța” Center; development and implementation of support programs for families of children with disabilities; training for teachers and managers in general education in the Republic on inclusive education.

## LISTA TABELELOR

### Titlul

|                                                                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelul 1.1. Manifestările stresului ca fenomen psihologic, social și medical.....                                                                                                                       | 23 |
| Tabelul 1.2. Stadii de dezvoltare a stresului: manifestări și capacități de adaptare.....                                                                                                                | 25 |
| Tabelul 1.3. Tulburări și deficiențe manifestate de copilul cu AN.....                                                                                                                                   | 29 |
| Tabelul 1.4. Comportamente sau atitudini ale părinților față de deficiența copilului.....                                                                                                                | 41 |
| Tabelul 1.5. Tipologiile suportului social.....                                                                                                                                                          | 51 |
| Tabelul 2.1. Tehnici psihometrice administrate în cadrul experimentului de constatare pentru studierea manifestărilor stresului în rândul mamelor.....                                                   | 58 |
| Tabelul 2.2. Distribuirea loturilor după criteriul de vârstă.....                                                                                                                                        | 62 |
| Tabelul 2.3. Semnificația statistică a diferenței mediilor obținute pentru ambele grupuri de cercetare (Testul PSM 25).....                                                                              | 66 |
| Tabelul 2.4. Compararea indicilor nivelului de stres pentru mamele copiilor cu AN și mamele copiilor cu dezvoltare tipică (Testul PSM 25).....                                                           | 66 |
| Tabelul 2.5. Semnificația statistică a diferenței mediilor pentru grupurile cercetate manifestate la variabila <i>tensiune neuropsihică</i> (Testul de evaluare a nivelului tensiunii neuropsihice)..... | 68 |
| Tabelul 2.6. Semnificația statistică a diferențelor obținute în cadrul stabilirii valorilor medii pentru mecanismele de coping utilizate de grupurile experimentale și de control.....                   | 68 |
| Tabelul 2.7. Rezultatele obținute pentru strategia de coping <i>planificare</i> , pentru cele două grupuri în comparație (Chestionarul COPE).....                                                        | 70 |
| Tabelul 2.8. Rezultatele obținute pentru strategia de coping <i>căutarea suportului social emoțional</i> (Chestionarul COPE).....                                                                        | 71 |
| Tabelul 2.9. Rezultatele medii obținute la ambele grupuri pentru strategia de coping <i>descărcarea emoțională</i> (Chestionarul COPE).....                                                              | 72 |
| Tabelul 2.10. Diferențe statistice semnificative obținute pentru strategia de coping <i>negarea</i> (Chestionarul COPE).....                                                                             | 73 |
| Tabelul 2.11. Grupurile participante la etapa experimentului de formare a cercetării.....                                                                                                                | 75 |
| Tabelul 2.12. Corelația dintre nivelul de stres și nivelul de tensiune neuropsihică a subiecților cercetați și mecanismele de coping ale acestora.....                                                   | 76 |
| Tabelul 2.13. Corelația dintre mecanismele de coping ale respondenților.....                                                                                                                             | 76 |
| Tabelul 2.14. Corelația dintre nivelul de stres și nivelul de tensiune neuropsihică ale respondenților.....                                                                                              | 77 |
| Tabelul 2.15. Diferențe semnificative obținute la etapa Test (grupul experimental și                                                                                                                     |    |



|                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| grupul de control).....                                                                                                                                                                                                                              | 78  |
| Tabelul 2.16. Diferențe semnificative la rezultatele brute în etapa Test pentru ambele grupuri experimentale.....                                                                                                                                    | 78  |
| Tabelul 2.17. Test Statistics (a) privind diferențele la rezultatele Test pentru ambele grupuri experimentale.....                                                                                                                                   | 79  |
| Tabelul 2.18. Test Statistics (b) privind diferențele statistic semnificative la etapa Test între grupurile cercetate pentru stres și tensiune neuropsihică.....                                                                                     | 79  |
| Tabelul 3.1. Resurse de coping în gestionarea stresului mamelor copiilor cu afecțiuni neuromotorii prin GMT.....                                                                                                                                     | 89  |
| Tabelul 3.2. Resurse de coping dezvoltate pentru gestionarea stresului mamelor copiilor cu afecțiuni neuromotorii prin GMT.....                                                                                                                      | 90  |
| Tabelul 3.3. Corespondența strategiilor de coping, ca variabile ale cercetării, cu resursele de coping.....                                                                                                                                          | 91  |
| Tabelul 3.4. Obiective realizate în cadrul ședințelor GMT.....                                                                                                                                                                                       | 105 |
| Tabelul 3.5. Diversitatea tehnicilor folosite în terapia experiențială, aplicate în cadrul ședințelor GMT.....                                                                                                                                       | 107 |
| Tabelul 3.6. Tehnici pentru conștientizarea emoțiilor trăite și exprimarea lor utilizate în intervenția GMT.....                                                                                                                                     | 108 |
| Tabelul 3.7. Mesajul filmelor vizionate și resursele de coping dezvoltate în cadrul ședințelor GMT.....                                                                                                                                              | 109 |
| Tabelul 3.8. Etapele GMT: conținutul și obiective.....                                                                                                                                                                                               | 111 |
| Tabelul 3.9. Întrebări adresate grupului în urma vizionării filmului.....                                                                                                                                                                            | 134 |
| Tabelul 3.10. Sinteza ședințelor GMT.....                                                                                                                                                                                                            | 135 |
| Tabelul 3.11. Diferențele obținute la compararea rezultatelor testării și retestării în cercetarea nivelului de stres și a tensiunii neuropsihice în grupul experimental (rezultate brute).....                                                      | 137 |
| Tabelul 3.12. Corelații comparative la etapele Pre și Posttestare a nivelului de stres și a tensiunii neuropsihice în cadrul grupului experimental (Testul PSM-25 și Testul de măsurare a nivelului tensiunii neuropsihice (după Т.А. Немчин ))..... | 138 |
| Tabelul 3.13. Diferențe semnificative la etapa Retest în raport cu scorurile obținute la Test.....                                                                                                                                                   | 139 |
| Tabelul 3.14. Test Statistics (c) privind rezultatele comparative la etapele Pre și RE-testare în grupul experimental.....                                                                                                                           | 142 |

## LISTA FIGURILOR

### Titlul

|                                                                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Fig. 1.1. Stresul în structura psihicului uman.....                                                                                                        | 24  |
| Fig. 1.2. GMT în contextul terapiilor ocupaționale.....                                                                                                    | 46  |
| Fig. 1.3. Inter-relaționarea dintre GMT și alte terapii.....                                                                                               | 47  |
| Fig. 1.4. Relevanța grupului de suport în contextul intervenției „GMT” .....                                                                               | 50  |
| Fig. 2.1. Distribuția statistică (200 subiecți) după criteriul statutului familial (%).....                                                                | 62  |
| Fig. 2.2. Distribuția lotului (200 subiecți) după criteriul mediului de proveniență (%).....                                                               | 63  |
| Fig. 2.3. Distribuția lotului de cercetare (200 subiecți) după criteriul statutului profesional pe care îl dețin (%).....                                  | 64  |
| Fig. 2.4. Manifestarea nivelului de stres la mamele copiilor cu AN și la mamele copiilor cu dezvoltare tipică (Testul PSM 25).....                         | 65  |
| Fig. 2.5. Frecvențe absolute de manifestare a stresului la ambele loturi de cercetare.....                                                                 | 65  |
| Fig. 2.6. Media aritmetică a manifestării tensiunii neuropsihice la mame (Testul de evaluare a nivelului tensiunii neuropsihice).....                      | 67  |
| Fig. 2.7. Frecvențe absolute de manifestare a stabilității neuropsihice .....                                                                              | 67  |
| Fig. 2.8. Valorile medii obținute la scala ce reprezintă strategia de coping <i>planificarea</i> (Chestionarul COPE).....                                  | 69  |
| Fig. 2.9. Mediile la scala ce reprezintă strategia de coping <i>căutarea suportului social emoțional</i> (Chestionarul COPE).....                          | 70  |
| Fig. 2.10. Mediile la scala ce reprezintă strategia de coping <i>descărcarea emoțională</i> (Chestionarul COPE).....                                       | 71  |
| Figura 2.11. Mediile la scala ce reprezintă strategia de coping <i>negarea</i> (Chestionarul COPE).....                                                    | 72  |
| Fig. 2.12. Diferențele semnificative dintre grupurile experimental și de control obținute la etapa Pre-test (testul statistic NPar Mann-Whitney Test)..... | 77  |
| Fig. 3.1. Resursele de coping pentru gestionarea stresului la mamele copiilor cu AN în cadrul strategiei GMT („Inima mamei”).....                          | 89  |
| Fig. 3.2. Modelul strategic al GMT aplicat în gestionarea stresului mamelor copiilor cu afecțiuni neuromotorii.....                                        | 103 |
| Fig. 3.3. Tehnicile experiențiale utilizate în terapia rogersiană.....                                                                                     | 106 |
| Fig. 3.4. Rezultate medii pentru manifestarea mecanismelor de coping la etapele T-R (I)..                                                                  | 140 |
| Fig. 3.5. Rezultate medii pentru manifestarea mecanismelor de coping la etapele T-R (II)..                                                                 | 143 |

## LISTA ABREVIERILOR

AC – acceptare (mecanism de coping)

AN – afecțiuni neuromotorii

Chestionarul COPE – Chestionarul de determinare a mecanismelor de coping COPE (Carver, Scheier și Weintraub)

CA – coping activ (mecanism de coping)

CIF – Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății

DE – descărcare emoțională (mecanism de coping)

DSM-5– Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

EAC – eliminarea activităților concurente (mecanism de coping)

GMT – Group Movie Therapy

NEG – negare (mecanism de coping)

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

OR – orientare către religie (mecanism de coping)

PCI– paralizie cerebrală infantilă

PC – pasivitate comportamentală (mecanism de coping)

PL – planificare (mecanism de coping)

PM – pasivitate mintală (mecanism de coping)

R de la A – renunțarea de la activități (mecanism de coping)

R de la AM – recurgere la alcool-medicamente (mecanism de coping)

RP– reinterpretare pozitivă (mecanism de coping)

SPU – sistemul psihic uman

SSE – căutarea suportului social-emoțional (mecanism de coping)

SSI – căutarea suportului social-instrumental (mecanism de coping)

Testul PSM-25 – Testul de determinare a nivelului de stres PSM 25 (după Н. Водопянова)

## INTRODUCERE

**Actualitatea și importanța temei abordate.** În ultimii ani, Republica Moldova a realizat mai multe progrese în promovarea politicilor în domeniul protecției persoanelor cu dizabilități și a familiilor acestora, care sunt în concordanță cu standardele europene și internaționale. Prin Legea nr. 166-XVIII din 09.07.2010, Republica Moldova a ratificat "Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități", fapt care a pus bazele unei reforme substanțiale în domeniu. Primul pas în implementarea Convenției a fost elaborarea și promovarea "Strategiei de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități", adoptată de Parlamentul Republicii Moldova prin Legea nr.169-XVIII din 09.07.2010 [198].

Strategia definește modul de reformare a politicii statului în domeniul dizabilității și cuprinde liniile directoare ale activităților pe care diverși actori publici și privați urmează să le realizeze. În perioada imediat următoare, Statul a întreprins numeroase acțiuni pentru a asigura implementarea Convenției, de asemenea a inițiat implementarea unui "Program de dezvoltare a educației incluzive pentru anii 2011-2020" (HG. 523 din 11.07.2011) [197], iar în 2014 a fost aprobat Codul educației al Republicii Moldova prin Legea nr. 152 din 17.07.2014, care conține un capitol dedicat învățământului pentru copii și elevi cu cerințe educaționale speciale. Acest lucru demonstrează clar orientarea Republicii Moldova în direcția construirii unei societăți incluzive și nediscriminatorii. În centrul tuturor acestor inițiative este familia.

De foarte mult timp, este un adevăr recunoscut faptul că sănătatea membrilor unei familii influențează echilibrul acesteia și, în particular, al membrilor care o compun. Fiind unitatea grupală fundamentală a societății, familia și problemele ei au reprezentat un subiect de reflecție și de analiză în planul spiritualității umane încă din timpuri străvechi. Cunoașterea științifică privind familia, având în mentalitatea cotidiană o sursă esențială de informație și inspirându-se masiv în ceea ce privește ipotezele și teoriile sociale, urmărește depășirea nivelului simțului comun prin asumarea câtorva deziderate principale: problemele legate de alegerea partenerului, statusurile și rolurile din familie, socializarea și educația copiilor, afectivitatea și cooperarea, tensiunile și strategiile lor de rezolvare, realitatea de ansamblu, dinamica și funcțiile grupului familial etc. [74, p.16].

Întemeierea familiei, în special odată cu apariția copilului, le solicită celor doi parteneri definirea rolurilor conjugale. Fără îndoială, perioada de socializare oferă o imagine despre cerințele față de rolul matrimonial, dar acestea urmează a fi precizate în situații concrete și pline de stres pentru familie. În opoziție cu societatea tradițională, unde rolurile erau bine conturate, astăzi, identitatea de rol în cadrul familiei este negociată din ce în ce mai pronunțat între cei doi parteneri [131, p.86].

Astfel, în respectivul proces, impactul apariției copilului cu dizabilități, inclusiv a copilului cu AN, este foarte pregnant. Acest fapt de familie produce o nouă situație în cuplu, afectând profund relația partenerilor conjugali. Viața mamei se concentrează, în special, în jurul copilului, ea fiind nevoită să întrerupă, pentru o perioadă nedeterminată, activitatea profesională, ceea ce generează reducerea considerabilă a veniturilor familiei. Rolul de mamă implică multiple sarcini, cărora le face față cu mai mult sau mai puțin succes. Rolul de tată nu este nici el simplu și se referă, în special, la asigurarea bunăstării materiale, dar și emoționale, la consolidarea relațiilor în cadrul familiei și în afara acesteia etc. De aceea, putem înțelege transformările radicale care survin, de foarte multe ori, în relațiile dintre cei doi [74, p.153].

*Sistemul parental* ocrotește fizic și afectiv copilul, protejându-l de suferințe fizice și morale, și impune limite care garantează această protecție. Obligația părinților este de a respecta copilul și de a-i crea un climat propice dezvoltării, în conformitate cu vârsta lui. Cu cât sistemul familial deviază de la modelul sănătos, cu atât are șanse mai mari să fie disfuncțional.

Părinții iubesc sau rejectează copiii, îi controlează sau îi lasă în afara controlului. După anul 1960, au început să apară mai multe cercetări care s-au axat pe studiere conduitei parentale și influențele acestora, afirmând certitudinea că relațiile dintre părinte și copil acționează asupra conștiinței de sine a copilului. De regulă, familia are un rol antipatogen și sanogenetic, în cadrul ei rezolvându-se mai multe probleme de ordin afectiv și sexual necesare menținerii echilibrului psihic, în același timp oferind un mediu securizant și protector pentru membrii ei, care sunt mai vulnerabili la posibilele agresiuni din afară [103, pp.71-73].

Nici un stereotip nu este atât de viabil, decât acela conform căruia se consideră că mamei îi revine, în mod natural, rolul de a crește și a educa copiii, în timp ce tatălui i se atribuie rolul de autoritate distantă. Atât studiile științifice, cât și cele empirice au cultivat și au susținut reprezentarea universală despre rolurile parentale, în care bărbatul/tatăl exercită o activitate extrafamilială, profesională, aflându-se mai mult în afara familiei, iar femeia-mamă exercită o activitate intrafamilială de creștere și educație a copiilor, chiar dacă este implicată și într-o activitate profesională.

Analizând problema actorilor educației familiale, L. Benson constată, încă în 1968, că numărul studiilor consacrate relației mamă-copil în SUA depășeau de 15 ori studiile consacrate relației tată-copil [35, p.273].

O altă problemă dificilă cu care se confruntă ambii părinți, odată cu apariția copilului cu dizabilități în familie, ține de acceptarea acestuia și a situației lui de dezvoltare. S-a constatat că acceptarea/respingerea copilului cu dizabilități, ca și componentă de bază a atitudinii parentale, determină atitudinea generală a părintelui față de copilul său. Această atitudine de acceptare/neacceptare a copilului influențează toți ceilalți parametri atitudinali, sporind tendința

de cooperare cu copilul în cazul acceptării lui, distanța emoțională dintre părinte-copil, manifestată prin tendințe simbiotice ale părintelui, dar și cea de infantilizare a copilului, care este o caracteristică a atitudinilor părinților care au copii cu dizabilități. Dacă părintele acceptă copilul, dragostea pentru el îl face să se adapteze la specificul lui, dar și să-l ajute pe acesta să se adapteze la cerințele mediului înconjurător [22].

Nașterea copilului cu dizabilități generează schimbări legate de obișnuințele familiei, atitudinile și comportamentele parentale, modelele de interacțiune intra- și extrafamiliale. Schimbările la care este supusă familia și cărora trebuie să se adapteze sunt însoțite de anumite stări de stres, care apar atât la nivel individual, cât și la nivelul familiei ca întreg [72, p.38].

Aceste stări devin omniprezente în aceste familii și devin tot mai dificil de gestionat, fapt pentru care este nevoie de o concentrare evidentă pe abilitatea părinților de a face față stresului și, astfel, de a evita riscul disfuncționalității.

În acest context, devin tot mai necesare intervențiile de acordare a susținerii psihologice pentru familia care crește și educă copii cu dizabilități. Ajungem, astfel, la conceptul de referință al cercetării noastre – **GROUP MOVIE THERAPY**, în continuare GMT, care, în traducere din engleză, înseamnă *terapie prin film*. Conotația GMT, în calitate de strategie relevantă în gestionarea nivelului de stres la mamele cu copii cu dizabilități, pornește de la *calitatea relației mamă-copil*. Dacă reprezentările sociale și individuale ale dizabilității au evoluat pe parcursul ultimilor 20 de ani, regăsim încă concepții și abordări pe cele care încearcă să responsabilizeze atitudinea și comportamentul părinților cu copii cu AN și a familiei extinse. Cu regret, constatăm că reprezentările cu privire la copiii cu dizabilități, interiorizate de către părinții care au un asemenea copil, se înscriu, în mare măsură, în tiparul stigmatizării, influențând negativ relaționarea cu copilul.

Deducem, astfel, **actualitatea și importanța cercetării GMT ca strategie relevantă în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu AN**, din perspectiva următoarelor argumente:

(a) prezența unei probleme, a unei afecțiuni la copil reprezintă o mare provocare pentru orice familie, dar mai ales pentru mamă;

(b) creșterea și educația copilului cu AN are un impact asupra familiei care se poate repercuta pe mai multe planuri, efectele financiare fiind semnificative, indiferent că este vorba despre costuri *directe* (un anumit regim alimentar, transport, asistent personal, medicație, echipament specializat, inclusiv diverse tehnologii asistive etc.) sau *indirecte* (stresul mamei, epuizarea părinților, divorțuri sau separări temporare, rupturi familiale, absentism la locul de muncă etc.). Costurile indirecte sunt la fel de importante ca și cele directe, deși sunt mai dificil de evaluat, prin efectele asupra tuturor dimensiunilor vieții familiale;

(c) în majoritatea cazurilor, părinții copilului cu AN identifică modificări legate de exercitarea rolurilor parentale; astfel, părinții abordează o varietate de roluri, se angajează într-un număr mare de obligații care să permită satisfacerea tuturor nevoilor copilului;

(d) utilizarea serviciilor specializate destinate susținerii familiilor și multiplicarea rolurilor pe care acestea le exercită poate fi, uneori, o sursă de insatisfacții: indisponibilitatea serviciilor, personal insuficient/mai puțin calificat, programe de intervenție cu susținere financiară limitată, servicii educaționale fragmentate și necorelate cu necesitățile individuale ale copilului, dificultăți de incluziune școlară și/sau socială etc. [15, p.173].

În literatura de specialitate, identificăm cercetări reprezentative ale mai multor autori care, prin studii de valoare teoretică și praxiologică, au contribuit la explorarea procesului de gestionare a stresului mamelor cu copii care prezintă dizabilități, în general, și a copiilor cu AN, în special. Este de menționat faptul că stresul parental care apare ca reacție în procesul de creștere și educație a copiilor cu AN, dar și praxiologia strategiei GMT, prezintă abordări interdisciplinare din diverse teorii și modele explicative ale *psihologiei sociale, psihopedagogiei speciale, asistenței sociale, psihologiei și sociologiei familiei, artterapiei etc.* Astfel, pentru cercetarea noastră, identificăm valoarea principalelor referințe conceptuale (*stres, relație mamă-copil cu dizabilități/ afecțiuni neuromotorii, resurse de coping, terapie prin film*) conținute în sursele de specialitate editate în Occident, Rusia, România și Republica Moldova.

În Republica Moldova, până în prezent nu au fost înregistrate cercetări pe dimensiunea GMT. În arealul științific românesc, însă, cinematerapia nu reprezintă o sferă necunoscută și complet nevalorificată. Domeniul vizat este abordat, spre exemplu, de către I. Mitrofan [82], I. Holdevici [71], I.-B. Iamandescu [73], C. Valush [126], S-D. Dumitrache [44].

Utilizată ca parte a psihoterapiei, *terapia cinematografică* este o metodă inovatoare care se bazează pe principiile terapeutice tradiționale, fiind descrisă de către diverși cercetători occidentali: R. Mc Conkey, M. Changb [174], G. Solomon [184], F. Ulus [186], etc. Grație puterii enorme de transformare a filmului, terapia cinematografică poate fi un catalizator puternic pentru vindecarea și dezvoltarea persoanei deschise să învețe. Terapia cinematografică folosește, în scop de intervenție, mai multe efecte - ale imaginilor, complotului, muzicii etc.

În viziunea autorilor ruși A. Менегетти [143], Ю. Фадеева [207], Н. Прокофьева [205], К. Корбут [202], Е.Н. Павлова [145], А.А. Баканова [136], filmoterapia (*кинотерапия*) este un instrument subtil pentru autodiagnosticarea și influențarea inconștientului personalității. În sesiunile de terapie cinematografică, participanții, combinând plăcerea estetică și intelectuală, își pot rezolva problemele personale, folosind, în calitate de material de stimulare, operele clasicii cinematografului. Acest lucru este posibil grație ocaziilor de reflecție asupra propriilor trăiri pe care le oferă vizionarea unui film. În cadrul terapiei prin film, are loc un proces de examinare a

propriilor însușiri și fapte, cu identificarea unor tipare comportamentale inconștiente, după care devine posibilă modificarea conștientizată a propriilor acțiuni.

Un alt domeniu relevant pentru cercetarea noastră îl constituie fundamentele teoretice ale studierii *stresului* și *resurselor de coping*, care completează o arie importantă de cercetare din sfera psihologiei sociale. Observările empirice, cât și analiza cercetărilor realizate în Occident, mai cu seamă de către H. Seyle [181]; [182], R. S. Lazarus, S. Folkman [167], K. Scherer [179]; [178], A. Bandura [154], P. Thoits [185], constituie o pistă valoroasă în acest sens. Acestea sunt completate de studiile experimentale ale autorilor ruși: H. Водопянова [138], Л. Попова [146], В. РОМЕК [150], Е.Т. Соколова [151], Г. Филиппова [152].

O contribuție remarcabilă la acest capitol este adusă și prin lucrările cercetătorilor din România: Ș. Ionescu [75], M. Micle [80], C. Ciofu [26], P. Derevenco, L. Anghel [40], R. Floru [51], V. Preda [94], D. Cosman [29], I. Holdevici [69]; [70], A.Băban [8], D. David [39], C. Enăchescu [48], I. Dafinoiu [36], etc.

Prezintă interes și studiile realizate în Republica Moldova de către cercetătorii N. Bucun [20], M. Șleahțișchi [115]; [118]; [119], M. Șleahțișchi [116], A. Calancea [25], T. Vasian [130], S. Rusnac [105] etc. Toate împreună constituie un reper valoros pentru identificarea situațiilor stresante în relaționarea mamă-copil cu AN, dar și pentru *elaborarea unor strategii eficiente de gestionare a stresului la mamele cu copii cu AN*.

Observăm, în ultima perioadă, un interes tot mai sporit pentru studiul familiei care educă copii cu dizabilități, inclusiv cu AN, mai ales în contextul asigurării, la nivel social, a echității de drepturi pentru absolut toate persoanele, categoria respectivă rămânând a fi una dintre cele mai vulnerabile la acest capitol. N. Bucun [19]; [22]; [20]; [21], A. Racu [97]; [98]; [99]; N. Andronachi [4], T. Vasian [127]; [128]; [129]; [130], A. Cucer [34], V. Rusnac [107]; [108], A.Bolboceanu [14] sunt câțiva dintre cercetătorii din Republica Moldova care și-au orintat atenția asupra acestui obiect de studiu.

În Rusia, s-au ocupat de abordarea psihologică a familiei în care se educă un copil cu dizabilități mai mulți cercetători: И. Левченко [140], Н. Малофеев [141], Г. Мишина [144], В. Ткачева [153], Н. Белопольская [137], Ю. Гиппенрейтер [139], etc.

Prezintă interes și abordarea cercetătorilor români, precum T. Vrăsmaș [133], A. Gherguț [66], A. Albu și C. Albu [1], Gh. Radu [101], A. Racu [100], D. Popovici [93], care subliniază normalitatea familiei în care se educă un copil cu dizabilități și dreptul ei de a avea aceleași nevoi și aceleași cerințe în satisfacerea lor, precum le are oricare altă familie [130].

Descrierea situației în domeniul de cercetare condiționează, în general, identificarea direcțiilor de lucru în activitatea cu familiile copiilor cu dizabilități, iar, în particular, subliniază lipsa/insuficiența cercetărilor pe segmentul îngust al lucrului cu mamele copiilor cu AN.



Astfel, deducem necesitatea și relevanța cercetării de față în cadrul psihologiei sociale și pentru domeniul specific al asistenței psihologice acordate mamei copiilor cu AN.

Ținând cont de actualitatea, importanța și gradul de cercetare al temei, a fost identificată **problema cercetării**, care constă în formularea unui răspuns la următoarea întrebare: *Cum poate fi fundamentat teoretic și validat experimental rolul GMT în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu AN?* Odată clarificată, aceasta ar putea oferi repere pentru dezvoltarea în practica psihosocială a unor programe de intervenție eficiente, realizate în spațiul familial și în cel educațional.

Actualitatea și gradul de investigare a temei de cercetare, complexitatea și caracterul interdisciplinar al acesteia, au făcut ca **scopul cercetării** să se rezume la *fundamentarea teoretică și validarea empirică a premiselor susceptibile să transforme GMT într-o strategie eficientă de gestionare a nivelului de stres la mamele copiilor cu AN.*

În vederea realizării scopului propus, au fost stabilite următoarele **obiective**:

1. Stabilirea profilului și interpretarea aspectelor teoretico-conceptuale, cu referire la stresul mamei copiilor cu AN și caracteristicile „GMT”;
2. identificarea locului GMT în sistemul strategiilor de intervenție psihosocială;
3. organizarea și desfășurarea unui studiu empiric complex, axat pe identificarea particularităților de manifestare a nivelului de stres la mamele copiilor cu AN și la mamele cu copii cu dezvoltare tipică;
4. implementarea strategiei GMT în scopul diminuării nivelului de stres la mamele copiilor cu AN;
5. formularea concluziilor și recomandărilor de rigoare.

**Ipoteza cercetării**, examinată în acest demers, este concretizată în câteva teze:

- Tensiunea neuropsihică și nivelul de stres sunt determinate de condițiile specifice ale subiectului, ce reprezintă un factor social de bază în formarea comportamentului acestuia;
- Mamele care au în îngrijire copii cu AN manifestă un nivel mai înalt de stres și tensiune neuropsihică, în comparație cu mamele copiilor cu dezvoltare tipică, fiind orientate spre mecanisme de coping mai puțin eficiente;
- Prin utilizarea GMT, pot fi dezvoltate resurse de coping care să diminueze nivelul de stres la mamele care au în îngrijire copii cu AN, astfel asigurând o gestionare mai bună a acestuia.

**Metodologia cercetării.** Aceasta s-a pliat în totalitate pe problema, caracterul, scopul și obiectivele cercetării, luând forma unui agregat operațional complex constituit din: *studiul bibliografic și documentar* (metodă prin care informațiile cu referire la tema cercetării au fost extrase din variate surse de specialitate (monografii, volume academice, dicționare, enciclopedii, reviste etc.)

sau/și din presă, autobiografiile ori memoriile unor personalități de marcă din domeniul psihologiei sociale); *observația psihosociologică* (metodă care, pe întreg parcursul cercetării, a avut mai multe fațete: simplă și complexă, directă și indirectă, continuă și discontinuă); *experimentul de constatare*, formativ și cel de control; *analiza statistico-matematică* (metodă prin care a fost realizată măsurarea, cuantificarea și prezentarea grafică a datelor obținute la faza empirică a cercetării); *analiza cantitativă și calitativă* (metodă prin care a fost realizată prelucrarea datelor cu caracter empiric, în scopul identificării regularităților/lanțurilor cauzale existente și a elaborării unui set coerent de concluzii).

În calitate de instrumente de cercetare au fost aplicate: ***Testul de determinare a nivelului de stres PSM 25***, elaborat de Lemyr, Tessier și Fillion, fiind utilizat de către noi în varianta adaptată de H. Водопьянова; ***Testul de evaluare a nivelului tensiunii neuropsihice***, a cărui autor este T.A. Немчин; ***Chestionarul de studiere a mecanismelor de coping COPE***, elaborat de Carver, Scheier și Weintraub (1989).

**Noutatea științifică a cercetării** constă în proiectarea și punerea în practică a unei platforme epistemo-empirice inedite, care se referă la posibilitatea gestionării nivelului de stres la mamele cu copii cu AN prin intermediul GMT. Lucrarea de față reprezintă, la nivel național, unul din primele studii de extracție psihosocială care oferă o viziune unitară asupra principiilor, condițiilor și metodelor care fac posibilă transformarea GMT într-o strategie eficientă de gestionare a nivelului de stres la mamele copiilor cu AN.

**Semnificația teoretică a cercetării** constă în elaborarea și punerea în aplicare a unei ecuații epistemo-empirice unitare care se referă la strategia GMT și rolul acesteia în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu AN. Rezultatele cercetării se înscriu perfect în spectrul obiectivelor de bază ale științei psihosociale contemporane, aducând în prim-plan o problemă actuală și oferind o variantă originală de soluționare a acesteia.

**Sumarul compartimentelor tezei.** Cercetarea constă din introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie (210 de surse), adnotare (în limba română, rusă și engleză) și 8 anexe. În text sunt inserate 37 de tabele și 21 de figuri.

În **Introducere** sunt prezentate actualitatea și importanța temei de cercetare, problema, scopul și obiectivele studiului, precum și metodologia și ipoteza cercetării. Tot aici, sunt specificate noutatea științifică și semnificația teoretică a cercetării.

În **Capitolul 1. Aspecte teoretico-conceptuale privind stresul mamelor copiilor cu afecțiuni neuromotorii și caracteristicile „GROUP MOVIE THERAPY” (GMT)**, identificăm reperele conceptuale ale cercetării. Primul capitol conține o incursiune istorică privind originea, evoluția și interdisciplinaritatea conceptului de stres. De asemenea, este precizată problema familiilor care educă copii cu dizabilități, în special cu AN, din perspectiva dezvoltării relației

părinte-copil cu AN, a gestionării stărilor de stres cu care se confruntă părinții, a resurselor de coping de care dispun aceștia pentru a face față situației create. Urmează abordarea semnificației GMT în calitate de strategie utilizată în lucrul cu familia, în special în scopul gestionării nivelului de stres parental în contextul creșterii și educației copilului cu dizabilități/cu AN.

În **Capitolul 2. Cercetarea experimentală privind manifestarea nivelului de stres la mamele copiilor cu AN** ne propunem sondarea particularităților de manifestare a nivelului de stres la mamele cu copii cu AN, elucidând etapele prin care trec acestea în procesul de adaptare la diagnosticul copilului, evidențiind rolul acceptării dizabilității prin manifestarea unui pareting pozitiv. Capitolul conține, de asemenea, designul studiului experimental, metodologia aplicată, caracteristicile definitorii ale lotului cercetării. Examinarea rezultatelor studiului comparativ de constatare a nivelului de stres manifestat de către mamele copiilor cu AN și a mamelor cu copii tipici continuă cu prezentarea resurselor de coping adoptate de către acestea. La finalul capitolului, sunt prezentate datele statistice semnificative privind rezultatele obținute la etapa de constatare.

**Capitolul 3. Designul demersului experimental-formativ** prezintă contextul organizării și desfășurării experimentului formativ: premise, principii și condiții de formare a resurselor de coping la mamele copiilor cu AN. Examinarea rezultatelor experimentale privind eficiența strategiei GMT în gestionarea nivelului de stres la acest grup de mame oferă argumente solide pentru recunoașterea GMT ca strategie eficientă de intervenție psihosocială în gestionarea nivelului de stres.

Cercetarea se încheie cu prezentarea **concluziilor generale și a recomandărilor**. Sinteza rezultatelor finale ale investigațiilor experimentale de constatare și de formare în domeniul gestionării stresului a permis formularea concluziilor și sugestiilor pentru cercetători, dar și pentru practicieni, care să poată contribui la eficientizarea asistenței psihosociale a familiilor cu copii cu dizabilități, prin oferirea unor strategii viabile care să le ajute să-și optimizeze funcționalitatea.

# 1. ASPECTE TEORETICO-CONCEPTUALE PRIVIND STRESUL MAMELOR COPIILOR CU AFECȚIUNI NEUROMOTORII ȘI CARACTERISTICILE „GROUP MOVIE THERAPY”

## 1.1. Stresul: repere conceptuale, evolutive și interdisciplinare

Încă din antichitate, filosofii stoici considerau că suferim mai mult în imaginație, decât în realitate. Plecând de la această idee, studiul stresului și al mecanismelor care ne fac să rezistăm în fața acestuia s-a realizat, de-a lungul timpului, din perspective multiple. Avem aici două constructe psihologice de o importanță majoră: *stresul* (descriș prin suferință), respectiv evaluările cognitive realizate de orice individ în momentul confruntării cu un *stresor* (descriș prin imaginație). Cu toate acestea, trecerea de la viziunile filosofice la cele științifice a fost una mult mai dificilă, stresul fiind văzut, adesea, ca o componentă specifică a mediului.

În mod paradoxal, viziunea filosofică a anticipat cu mai multă acuratețe o abordare holistică și comprehensivă a acestui fenomen, abordare descriș în psihologia actuală de *teoria tranzacțională a stresului*. Așadar, în psihologia modernă, stresul e determinat de evaluările individului în raport cu stimulii din mediu, respectiv și mecanismele de *coping* angajate de individ pentru a rezista acestor stimuli [125, p.49].

Fiind descriș, inițial, într-o manieră lipsită de rigurozitate științifică, prin afirmații filosofice sau viziuni laice, studiul stresului și a modului în care indivizii rezistă la stres s-a maturizat ulterior, fiind orientat, gradual, spre viziuni tot mai fundamentate științific. Primele explicații tindeau să indice inconștientul și mecanismele inconștiente de *coping* în fața stresului, iar următoarele viziuni, influențate de modificările de paradigmă din interiorul psihologiei, exacerbau rolul componentei biologice, analizând stresul printr-o lentilă mai degrabă medicală. În final, revoluția cognitivă din sfera psihologiei, determinată de mișcările „New Look”, a echivalat cu mutarea interesului de pe determinismul și reduționismul teoriilor anterioare spre o viziune dinamică și complexă, conturată de modelele cognitive [ibidem].

În ultimele decenii, stresul rămâne subiectul preferat al cercetărilor din domeniu. Din cauza expunerii omului la evenimente copleșitoare și traumatice, stresul persistă ca un element de actualitate, fiind răspândit în rândul populației la nivel global. Numeroase studii și-au propus să-i înțeleagă și să-i explice cauzele și evoluția, mecanismele de funcționare, beneficiile și dezavantajele. Cu toate acestea, aspecte esențiale rămân încă fără răspunsuri clare, în timp ce statisticile demonstrează că circa 90% dintre persoane au fost/sunt supuse evenimentelor traumatice, cu un risc sporit pentru existența lor, de-a lungul vieții [155].

Un alt argument îl constituie datele prezentate de H. Benson care susține că în jur de 80% dintre consultațiile medicale sunt asociate cu o formă de stres. Institutul American pentru Stres prezintă noi date, conform cărora 60-80% dintre accidentele care se întâmplă la locul de muncă sunt cauzate de stres [apud 33, p.15]. În pofida atenției sporite acordate cercetării stresului, efectele sale devastatoare se fac în continuare simțite la nivel global.

În lucrarea noastră ne-am propus să aprofundăm o latură specifică a stresului, și anume manifestarea lui la mamele copiilor cu AN – un subiect mai rar întâlnit în contextul cercetărilor din Republica Moldova. Vom prezenta delimitările conceptuale pe acest segment în aria de cercetare, analizând reperele evolutive și interdisciplinare ale conceptului de *stres*, dar și abordările termenilor conecși domeniului nostru îngust de investigație. Acestea se referă la *dizabilitate* și, în special, la AN, la fel la *relația mamă-copil*, creând astfel un parcurs investigațional care conduce spre ideea definirii GMT ca strategie de intervenție psihosocială în gestionarea nivelului de stres la mamele cu copii cu AN.

Vom începe cu prezentarea termenului de *stres*, întâlnit în mai multe domenii cu sens aproape similar. Este de menționat faptul că primele observații privind adaptarea organismului la mediu datează încă din perioada antichității. Astfel, *Hipocrate* este primul care constată că stresul nu se reduce doar la *suferință, tulburare*, dar implică și lupta organismului pentru a-și redobândi starea de echilibru [ibidem].

Inițial, termenul de stres a fost folosit în mecanică și introdus în arealul terminologiei științifice prin *cercetările din fizică* [191]. În secolul al XIX-lea, termenul a fost preluat în domeniul *biologiei*, fiind utilizat cu sensul de „solicitare asupra unui organ al corpului sau a unei puteri a minții”. Totodată, acesta se referă și la agresiunile exercitate asupra organismului care induc stări de stres, dar și la reacția organismului la agresiuni [43, p.750].

Din punct de vedere etimologic, cuvântul *stres* provine din latinescul *stringere*, ceea ce înseamnă *a constrânge* și circumscrie o serie de substantive cu mai multe sensuri: *forță, solicitare, presiune, apăsare, efort intens, tensiune, încordare nervoasă*. Această tensiune își are sursa principală în stimulările externe la care este supus organismul și constituie rezultatul anumitor schimburi dintre individ și mediu [75].

DEX-ul definește *stresul* ca fiind „un nume dat oricărui factor de mediu (traumatism, emoție, frig, căldură etc.) capabil să provoace la om și la animale o stare de tensiune și o reacție de alarmă a organismului, determinând uneori îmbolnăviri grave; efect nefavorabil produs asupra organismului ființelor de un factor de mediu” [42].

În *medicină*, stresul se definește ca stare reacțională a organismului supus unei acțiuni bruște a mai multor factori: traumatism, șoc emoțional, operație chirurgicală, intoxicație, frig, zgomot, surmenaj etc. [199]. De fapt, conceptul de *stres* a cunoscut o utilizare largă, fiind preluat

anume din medicină de către fiziologul canadian H. Selye, care a definit sensul medical actual al termenului ca fiind „răspunsul nespecific al corpului la orice solicitare făcută asupra sa” [29, p.286].

În limbajul comun, termenul de stres denumește, adesea, nu doar acest răspuns al organismului, ci și factorii declanșatori (stresori) și, uneori, tulburările legate de stres. De cele mai multe ori, stresul este conotat negativ, corespunzând categoriei denumită în teoria lui H. Selye *disstress* [ibidem].

În *psihologie*, stresul desemnează starea în care se găsește un organism amenințat cu dezechilibrul, sub acțiunea unor agenți sau circumstanțe care pun în pericol condițiile homeostatice [77, p.301].

Conform *Dicționarului de pedagogie*, stresul reflectă agresiunea din partea mediului sau orice stare de tensiune creată de acesta, față de care organismul se apără prin reacții adaptative de suprasolicitare a axului hipotalamo-hipofizo-suprarenal. Concomitent, au loc stări emoționale deosebite (teamă, anxietate), create de efortul continuu de adaptare la factorii stresanți [41, p.425].

În plan general, *noțiunea de stres* desemnează acele situații de natură fizică sau psihică, care obligă individul să facă eforturi de adaptare care depășesc capacitățile sale obișnuite. Astfel de situații, abuziv repetate, produc la nivelul organismului modificări non-specifice, iar în efortul continuu de a le depăși pot avea loc dereglări ale mecanismelor adaptative ale organismului și, în consecință, instalarea unei stări de anormalitate/suprasolicitare [10, p.3].

Starea de stres definește un organism care face un efort intens pentru a se adapta unor situații puțin obișnuite. Atunci când menținerea echilibrului necesită eforturi compensatorii deosebite, când solicitările atrag sau depășesc limitele resurselor adaptative, când integrarea organismului este amenințată, persoana intră în stare de stres.

Într-o abordare sistemic-cibernetică, M. Golu atrage atenția asupra faptului că stresul relevă „o stare de tensiune, încordare și disconfort determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrare sau reprimare a unor stări de motivație (trebuințe, dorințe, aspirații), de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme” [90, p.56].

R. Atkinson și colaboratorii săi caracterizează situațiile în care apare stresul. Potrivit acestora, starea de stres apare atunci când oamenii se confruntă cu evenimente pe care le percep ca fiind periculoase pentru bunăstarea lor fizică sau psihologică; aceste evenimente sunt deseori considerate stresori, iar reacțiile oamenilor sunt denumite răspunsuri de stres [5, p.674].

P. Popescu-Neveanu definește stresul prin prisma a două accepțiuni: a) *situație, stimul*, ce pune organismul într-o stare de tensiune; b) însăși *starea de tensiune* deosebită a organismului prin care acesta își mobilizează toate resursele sale de apărare pentru a face față unei agresiuni

fizice sau psihice [92, p.685]. Aceste constatări ne permit să conchidem că stresul poate fi studiat nu numai la nivel intra-individual, ci și la nivelul unui sistem, în care individul este element subordonat. În același context, P. Popescu-Neveanu subliniază că termenul de stres, așa cum l-a creat H. Selye, se referea la starea organismului aflat în situații amenințătoare. Dacă utilizarea termenului de stres raportat la o situație stresantă ia în considerare condițiile dăunătoare, agresive, care asaltează sau amenință organismul, presiunile, constrângerile, privațiunile la care e supus individul, utilizarea lui în scopul de a defini o stare a organismului ia în considerare suferința, uzura acestuia, precum și răspunsurile psihologice și fiziologice ale individului la interacțiunea cu agenții stresori [51, p.18].

A. Băban menționează complexitatea stresului ca fenomen psihosocial ce reiese din confruntarea persoanei cu cerințe, sarcini, situații, care sunt percepute ca fiind dificile, dureroase sau de mare importanță pentru persoana respectivă [6, p.25].

Definițiile stresului poartă amprenta diferitelor abordări ale acestui concept, în funcție de perspectiva domeniului științific în cadrul căruia este examinat. Astfel, din **perspectiva fiziologică**, stresul reprezintă răspunsul organismului la stimulii exteriori. Din **perspectiva psihologică**, stresul rezultă din perceperea de către individ a unei stări de efort de adaptare, prin necesarul de reorientare față de solicitarea nou-apărută. Din **perspectiva sociologică**, cauzalitatea stresului este atribuită caracteristicilor agenților stresori din mediu [29, p.289]. Toate aceste abordări scot în evidență complexitatea fenomenului de stres, cu valențe atât pe dimensiunea psihologică, cât și socială, medicală, după cum poate fi observat și în tabelul ce urmează.

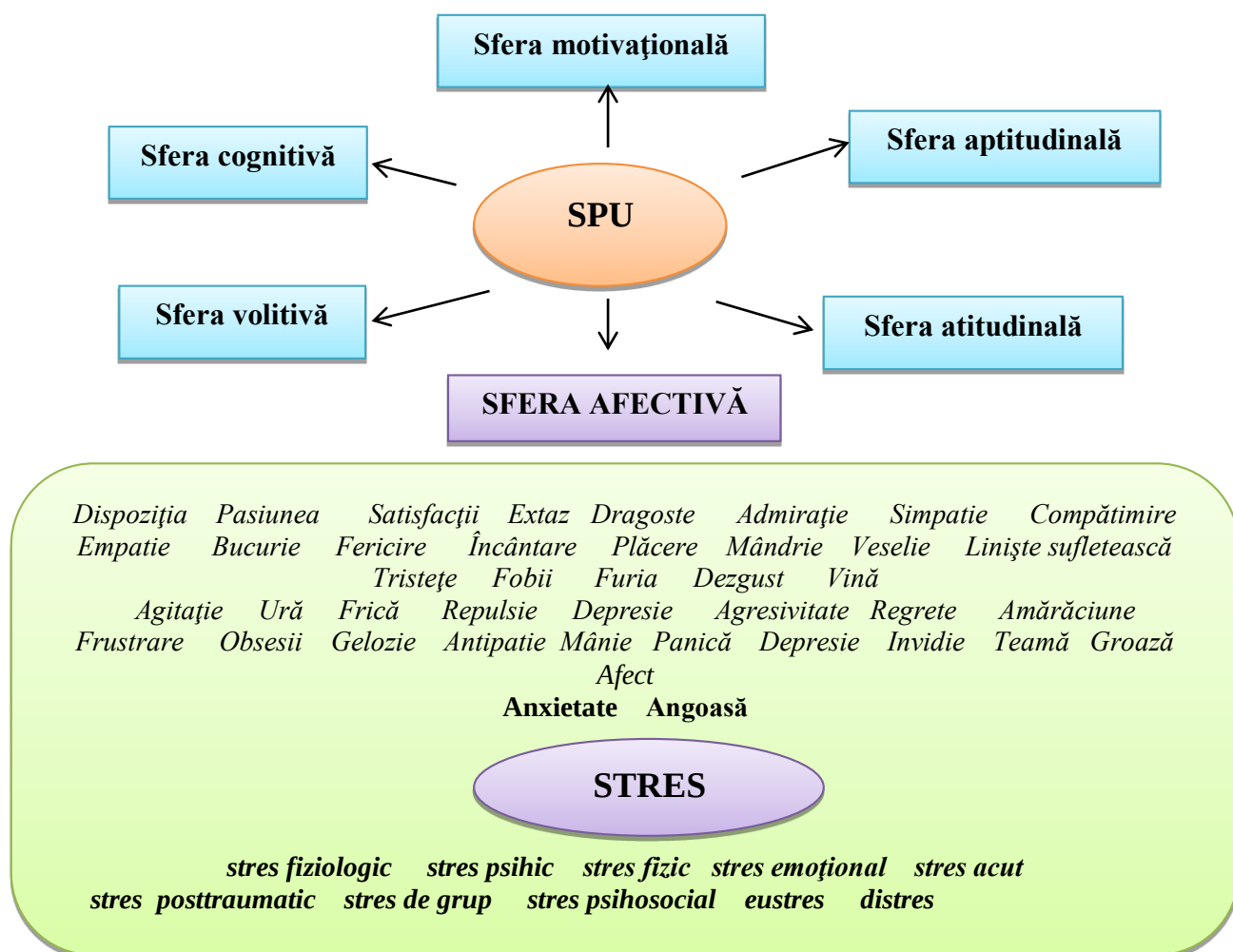
**Tabelul 1.1. Manifestările stresului ca fenomen psihologic, social și medical** [59, p.60]

| MANIFESTĂRILE STRESULUI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| În aspect psihologic                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | În aspect social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | În aspect medical                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frustrare</li> <li>• Iritare</li> <li>• Frică</li> <li>• Furie</li> <li>• Rușine</li> <li>• Anxietate</li> <li>• Agresivitate</li> <li>• Neliniște sufletească</li> <li>• Confuzie</li> <li>• Conflict intern</li> <li>• Strigăt</li> <li>• Înviniuire</li> <li>• Egoism</li> <li>• Răutate</li> <li>• Respingere</li> <li>• Adaptare</li> <li>• Rezistență</li> <li>• Disconfort</li> <li>• Insatisfacție</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acțiune externă</li> <li>• Suprasolicitare</li> <li>• Amenințare</li> <li>• Agitație</li> <li>• Criză de timp</li> <li>• Exigență</li> <li>• Lipsă de resurse</li> <li>• Nedreptate</li> <li>• Conflict extern</li> <li>• Ceartă</li> <li>• Pericol</li> <li>• Izolare</li> <li>• Luptă</li> <li>• Povară</li> <li>• Forță</li> <li>• Efort</li> <li>• Dezechilibru</li> <li>• Prejudiciu</li> <li>• Eveniment critic</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tensiune</li> <li>• Încordare</li> <li>• Insomnie</li> <li>• Oboseală</li> <li>• Lentoare</li> <li>• Epuizare</li> <li>• Plâns</li> <li>• Solicitare</li> <li>• Șoc</li> <li>• Adrenalină</li> <li>• Rezistență</li> <li>• Nervi</li> <li>• Presiune</li> <li>• Sindrom</li> <li>• Reacție</li> <li>• Factor de risc</li> <li>• Nocivitate</li> <li>• Euforie</li> </ul> |

În vocabularul curent sunt folosite și cuvintele *eustress* și *distres* - două tipuri fundamentale de stres, reliefate de către H. Selye în 1973. Eustress-ul (din limba greacă „eu” - bun) reprezintă stresul pozitiv, vitalizant, favorabil vieții. Acesta nu trebuie confundat cu orice emoție plăcută, fiind generat de stări psihice cu tonalitate afectivă pozitivă puternic exprimată și, mai ales, cu durată prelungită. Distres-ul este termenul ce desemnează stările de stres cu un potențial nociv, negativ, distrugător pentru organism [apud 49, p.584].

Observăm relația strânsă dintre stres și diverse stări emoționale, care, reprezentând sfera afectivă a psihicului uman, constituie, de fapt, generatorul vieții psihice. Acesta edifică exhaustiv relațiile și atitudinile inter/intra-umane, produce un impact major asupra formării personalității, propulsează transformările de personalitate, reorientează și ierarhizează valorile, exprimă confortul și disconfortul psihicului în diverse situații existențiale [24, p.31].

Conținutul psihologic și poziționarea *stresului* în sistemul psihic uman (SPU) pot fi examinate în figura ce urmează.



**Fig. 1.1. Stresul în structura psihicului uman** [59, p.60]

D. Cristea face referire la influența factorilor ce joacă rolul de stresori pentru individul uman. Conform opiniei sale, stresul reprezintă acea stare specială a organismului, creată sub



influența unor factori exteriori agresivi care, producând șocuri emoționale, dezechilibre psihice și fiziologice sau traume, îl pun în imposibilitatea de a reacționa într-un mod adecvat. Situația stresantă este cea în care se produc asemenea agresiuni asupra organismului, iar stresul desemnează starea în care se găsește organismul supus agresiunii [32, p.445].

Stresul nu trebuie privit neapărat doar dintr-o perspectivă negativă. Cercetătoarea S. Rusnac menționează normalitatea stării de stres, apreciind-o drept o stare adecvată a psihicului uman, ce se datorează funcției adaptative a stresului, realizată prin formarea unor reacții stereotipe, filogenetice ale organismului, care constituie experiențe și modele de răspuns la situațiile dificile de viață [106, p.11-12].

Abordarea din perspectiva biomedicală a **modelului clasic al evoluției stresului propus de H. Selye** denotă dezvoltarea stadială a stresului. Conform modelului examinat, stresul trece prin trei etape: *reacția de alarmă* (alertă), *rezistența* (adaptarea) și *epuizarea*, care pot fi reevaluate, ținându-se cont de capacitatea umană de a utiliza experiențele trăite.

**Tabelul 1.2. Stadii de dezvoltare a stresului: manifestări și capacități de adaptare** [ibidem]

| Stadii            | Manifestări                                                                                                                                                                                             | Capacități de adaptare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Alarmă</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• încordare psihică;</li> <li>• diminuarea posibilității de răspuns adecvat;</li> <li>• reacții necontrolate</li> </ul>                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• mobilizarea resurselor de adaptare;</li> <li>• încercări de raționalizare a situației prin compararea ei cu evenimente similare din trecut;</li> <li>• utilizarea unor modele comportamentale care în situații similare au dus la succes;</li> </ul>                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Rezistență</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sporirea nivelului de rezistență fiziologică, psihică și socială peste normă; epuizare</li> </ul>                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• echilibrarea consumului energetic;</li> <li>• renunțarea la activități care solicită efort;</li> <li>• economie a emoțiilor, manifestată uneori printr-o oarecare distanțare afectivă de evenimente și persoane</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Epuizare</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• epuizare energetică;</li> <li>• manifestări psihosomatice grave;</li> <li>• incapacitate de a opune rezistență chiar la cei mai neînsemnați factori</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• în condițiile când la stadiile anterioare au fost folosite pozitiv experiențele trecute, la acest stadiu nu se ajunge. În caz contrar, se pot utiliza, dar cu mai puțin succes, anumite mecanisme de adaptare:</li> <li>• schimbarea cardinală a atitudinii față de sine și propriile resurse;</li> <li>• reevaluarea modului de viață cu adaptarea unor modele securizante: <i>energetic, regim de recuperare cu implicarea mai multor specialiști</i></li> </ul> |

În concluzie, în toate cazurile descrise, stresul trebuie înțeles ca o interacțiune specifică dintre individ și situație, existând mari diferențe interpersonale în ceea ce privește reacțiile la diverși factori stresanți și la efectele psihologice, fiziologice pe care aceștia le generează. Efectele stresului țin de o serie complexă de factori, cu pondere variată de la o situație la alta: contextul social în care se produce acțiunea, semnificația socioculturală și individuală a factorilor stresanți, motivațiile individuale și de grup care susțin atitudinile și acțiunile subiectului.

## 1.2. Caracteristicile psihofizice și psihosociale ale copilului cu afecțiuni neuromotorii

Dat fiind faptul că obiectul cercetării noastre îl constituie *manifestarea stresului la mamele copiilor cu AN*, ne propunem elucidarea aspectelor de definire a *afecțiunilor neuromotorii*, care fac parte din domeniul vast al domeniului dizabilității. Înțelegerea acestora se centrează pe o viziune mai extinsă, cea a *dizabilității*, parte componentă a condiției umane. Aproape fiecare dintre noi pe parcursul vieții ne confruntăm fie temporar, fie pe o perioadă mai îndelungată cu o formă sau alta de dizabilitate. Realizarea unor programe, care ar întruni intervenții în toate aceste domenii, impune cunoașterea gradului de dezvoltare a copilului cu dizabilități, a mediului din care provine, a modului în care reușește să perceapă situația prezentă și în care va izbuti să se integreze în viitor [1, p.9].

Toate acestea pot fi atinse doar dacă se pune problema identificării și eliminării barierelor de învățare sau participare a copilului sau a persoanei cu dizabilități la viața socială. Tocmai pentru a oferi un termen general pentru diversitatea de afectări, boli, limitări de activitate și restricții de participare, dar și pentru a scoate în evidență factorii de mediu cu care interacționează persoanele și care descriu contextul în care trăiesc, OMS propune în 2001 *Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății* (CIF, 2001 și CIF-CA, 2007) [27]. Aceasta vine să înlocuiască abordarea și termenii de până atunci, în care *handicapul* era definit ca o consecință a maladiilor asupra persoanei și era analizat în trei planuri:

- a) *deficiență (infirmitate)* – alterarea unei structuri sau a unei funcții psihologice, fiziologice sau anatomice;
- b) *incapacitate* – reducerea parțială sau totală de îndeplinire într-un mod normal a unei activități;
- c) *dezavantaj* – consecința deficienței sau incapacității asupra posibilităților de incluziune socială, școlară sau profesională [50, p.147-150].

În CIF abordarea tradițională a handicapului ca o caracteristică individuală a persoanei, a fost înlocuită cu abordarea socială a handicapului, cu accentul pe condițiile defavorizante, neadaptate ale mediului și societății, care stau la baza discriminării și accesibilității reduse la drepturile generale ale persoanei și care condiționează dezavantajul social. Aici s-a propus abordarea dizabilității prin prisma unui model holistic, bio-psiho-social, care îmbină modelul medical cu cel social al dizabilității. CIF-ul clasifică factorii de mediu în individuali – din imediata apropiere (locuința, locul de muncă etc.) și sociali – structuri sociale, servicii, abordări din societate etc. Factorii de mediu interacționează cu componenta funcției și structuri ale organismului. Dizabilitatea este caracterizată ca fiind un rezultat sau un efect al unor relații complexe dintre starea de sănătate, factorii personali și factorii externi [27].

Astfel, dizabilitatea este definită ca un dezavantaj pentru o persoană, rezultând dintr-o deficiență sau o incapacitate, care limitează sau împiedică îndeplinirea unui rol considerat normal, corelat cu particularitățile sale de vârstă, sex, statut sociocultural. Analizată în plan practic, dizabilitatea vizează relaționarea defectuoasă a persoanei purtătoare cu mediul social, profesional, natural în care există. Din acest motiv, ea este privată de niște importante valori socio-umane, accesibile altora și inaccesibile ei ca urmare a prezenței anumitor deficiențe, incapacități etc. Firește, dizabilitatea poate fi unul dintre motivele excluderii persoanei din viața socială, dacă mediul în care trăiește nu-i vine în ajutor prin crearea unui cadru legal adecvat, ce prevede acordarea serviciilor de sprijin, prin adaptările de rigoare operate în mediul fizic urban și, nu în ultimul rând, prin atmosfera binevoitoare, stimulativă, instaurată la nivelul relațiilor interumane ca urmare a schimbărilor de mentalitate și de abordare a dizabilității persoanelor [96, p.32].

Potrivit noii definiții a dizabilității, oricărei persoane, inclusiv celei cu dizabilități, îi revine un rol social, care nu este altceva decât un model de comportare determinat de poziția sau statutul în societate, de modalitățile de implementare a drepturilor și responsabilităților/obligațiilor prevăzute de lege. Firește, persoana cu anumite deficiențe, dizabilități riscă să-și compromită rolul social, dacă nu beneficiază de un suport adecvat și de un mediu favorizant. Noua abordare a dizabilității prevede, în mod explicit, obligația statelor și a societăților civile de a-și conjuga eforturile pentru constituirea mediului propice aspirațiilor persoanelor cu dizabilități și așteptărilor pe care societatea le are față de acestea.

Dizabilitatea poate fi rezultatul diverselor afecțiuni, inclusiv, a celor neuromotorii. DSM-5 definește *afecțiunile neuromotorii* ca fiind tulburări de coordonare ale aparatului locomotor, mișcări stereotipe și necontrolate, care se manifestă prin oboseală și încetinire sau inexactitatea performanței deprinderilor motrice care provoacă interferențe cu activitățile din viața de zi cu zi. Vedem că și această definiție prezintă o abordare prin prisma interacțiunii cu mediul înconjurător [162, p.31].

Dizabilitatea cauzată de afecțiunile neuromotorii se înscrie în categoria dizabilităților fizice. De rând cu acești termeni, sunt folosiți și alții, precum dizabilități și afecțiuni locomotorii, neuromotorii. Considerăm că termenul de *afecțiune neuromotorie* este mai puțin peiorativ și nu lezează demnitatea individuală sau de grup. Subliniem ideea că un copil ce prezintă astfel de afecțiuni, poate avea nevoie de o atenție specială, de un parcurs educațional adaptat, individualizat, de un program de stimulare și dezvoltare pe termen lung.

Dizabilitatea este complexă, dinamică și multidimensională. În ultimile decenii mișcările organizațiilor persoanelor cu dizabilități au identificat impactul barierilor sociale și fizice privind persoanele cu dizabilități. Tranziția de la abordarea individualizată din punct de vedere medicală

la abordarea din perspectivă socială este descrisă ca o „schimbare de paradigmă” de la „modelul medical” - la „modelul social”, în care persoanele sunt privite ca fiind „dizabiliate” de societate mai degrabă decât dizabilitatea în sine pe care o au. Dizabilitatea nu trebuie abordată doar din punct de vedere medical sau doar din punct de vedere social. Multe persoane cu dizabilități se confruntă cu probleme serioase de sănătate. Este nevoie de o abordare echilibrată, ținându-se cont de multiplele aspecte ale dizabilității [54, p.7].

*Modelul tradițional al dizabilității, cel medical*, se axează pe deficiențele persoanelor cu dizabilități și explică dificultățile cu care se confruntă în viață prin prisma acestor deficiențe. Respectivul model consideră dizabilitatea ca ceva negativ, ce vizează persoana în sine, limitându-i capacitatea de a participa la viața socială, iar responsabilitatea de a încerca să se adapteze acestei lumi îi aparține la fel persoanei cu dizabilități.

*Modelul actual, cel social*, pune accentul pe mediul social și modul în care acesta poate asigura participarea și implicarea deplină a persoanei cu dizabilități. Copiii cu dizabilități, inclusiv generate de afecțiuni neuromotorii, pot întâmpina dificultăți în diverse sisteme: medical, educațional, social etc. Aceste bariere, însă, nu se explică prin prezența afecțiunilor în dezvoltare, ci prin însuși sistemele cu care interacționează persoana și care îi îngăduiesc accesul și participarea. Problema de bază ce se pune vizează lichidarea barierelor ce restricționează și limitează participarea. În acest sens problematica dizabilității trebuie privită în mod complex - *medical, educațional, psihologic, profesional, social etc.*

Afecțiunile neuromotorii sunt determinate, în principal, de afectarea structurilor și funcțiilor neuronale, de la nivel central sau periferic, răspunzătoare de funcționarea mecanismului neuromuscular (reprezentat în cele mai multe situații de placa motorie și vizibilă prin calitatea și modul de producere a reflexelor neuromusculare primare sau complexe) [55, p.24]. Acestea se referă la deficitul neuromuscular, cauzat de o leziune non-progresivă, cu locație singulară sau multiplă în creierul imatur, având ca rezultat un deficit în funcționarea motorie și în integritatea senzorială, proprioceptivă, tactilă și kinestezică.

Afecțiunile neuromotorii prezintă implicații la fiecare etapă de dezvoltare a copilului, crescând, de multe ori, dificultățile de progres optim în sfera cognitivă, psiho-socială. Efectele nocive pot fi diminuate prin intermediul suportului psihologic pe care îl oferă familia, intervenției medicale, psihosociale. Prezența afecțiunilor neuromotorii la copil nu-l plasează în mod automat în categoria celor cu risc crescut pentru diverse probleme psihosociale. Mulți dintre aceștia reușesc să se adapteze, înregistrând un parcurs social adecvat.

Afecțiunea neuromotorie, ce determină reducerea mobilității, lipsește copilul de autonomie, acesta dobândind o încredere redusă în propriile forțe, însoțită de teama de a acționa

în mediu și în grupul de copii. Copilul, pe măsură ce se dezvoltă din punct de vedere motor, își însușește primele elemente privind autonomia.

Deficiența neuromotorie are efecte grave asupra tuturor domeniilor de dezvoltare: cognitiv, afectiv, psihosocial etc. Astfel, afectarea abilităților motorii determină o diminuare a posibilităților de contact cu mediul ambiant, de explorare și de formare a relațiilor interpersonale. Copilul întâmpină dificultăți în perceperea conștientă a propriului corp, fiind perturbate senzațiile corporale, percepțiile spațio-temporale și kinestezice. Formarea reprezentărilor în astfel de condiții este afectată, generând dificultăți de coordonare perceptiv-motorie.

**Tabelul 1.3. Tulburări și deficiențe manifestate de copilul cu AN [89, p.195]**

| <b>Tulburări și deficiențe</b> | <b>Caracteristici</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Repercusiuni</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Deficitul cognitiv</i>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- tulburări perceptiv spațio-temporale</li> <li>- dificultăți legate de conceptualizare</li> <li>- dificultăți în înțelegerea modificărilor legate de sex, de situația de dependență în alimentație, igienă personală, transport și deplasare</li> </ul> | <p>Asupra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dezvoltării cognitive a copilului</li> <li>- formării imaginii de sine</li> <li>- însușirii și operării cu diverse noțiuni sau concepte</li> </ul>                                                                                                                                                                                  |
| <i>Deficiențe de învățare</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- lipsa posibilității de învățare prin imitație</li> </ul>                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- resurselor atenționale către stimulii relevanți</li> <li>- inabilității de a lua parte la un program școlar</li> <li>- performanțelor școlare</li> </ul>                                                                                                                                                                                           |
| <i>Tulburările afective</i>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- labilitatea emoțională</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                      | <p>În adolescență pot apărea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stări de depresie, de anxietate, stimă de sine scăzută</li> <li>- tulburări de comportament (impulsivitate) datorită problemelor legate de înțelegerea celor din jur, de imposibilitatea de a se face înțeles</li> <li>- dificultăți în menținerea atenției</li> <li>- lipsa abilităților lingvistice</li> </ul> |
| <i>Tulburările de limbaj</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- absența limbajului</li> <li>- nedeveloparea limbajului</li> <li>- tulburări fono-articulatorii (disfagia, dizartria)</li> </ul>                                                                                                                        | <p>Inteligibilitatea redusă a vorbirii face dificilă:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- comunicarea copilului cu persoanele din anturajul său</li> <li>- îngreunează relaționarea cu alți copii</li> <li>- pune probleme în sfera incluziunii școlare și sociale a copilului</li> </ul>                                                                                          |

Afecțiunile neuromotorii sunt determinate de tulburări morfologice și de disfuncții la nivel cerebral, ce afectează cu predilecție funcția motorie: motricitatea voluntară, reflexele posturale, în coordonare. Astfel, achizițiile motrice de bază pot fi mult întârziate sau nu se fac deloc, copilul rămânând într-un stadiu de dezvoltare motorie primară, cu repercusiuni grave asupra domeniilor de dezvoltare psihomotorie, cognitivă și comportamental-afectivă [89, p.182].

Cu toate că acest gen de afecțiuni prezintă o mare diversitate, alimentată de criterii precum cele de etiologie, momentul apariției, nivelul de afecțiune etc., totuși, conform statisticilor, cele mai frecvente (89%) sunt **paraliziile cerebrale infantile (PCI)**. Situația

persoanelor cu PCI se complică din cauza afecțiunilor de alt ordin decât cel locomotor, pe care le atestă - intelectuale, comportamentale, de vorbire etc. Acestea se manifestă în diverse particularități specifice: mișcări dificile, îngreuiate; abilități motorii achiziționate foarte greu; abilități de autonomie personală reduse; dificultăți de limbaj, comunicare; învățare dificilă, cu dezvoltarea problematică a abilităților școlare etc. [12, p.33].

Vârsta de debut a afecțiunii schimbă implicațiile emoționale, cognitive și sociale. Afecțiunile neuromotorii au efect asupra creșterii și dezvoltării, limitează capacitatea de mișcare, lipsind copilul de procesul firesc de cunoaștere prin explorarea mediului fizic. În astfel de condiții, funcția cognitivă este afectată. Orice limitare a mișcărilor de cauză neuromusculară sau articulară apărută precoce se soldează cu afectarea dezvoltării intelectuale [26, p.118].

Deoarece tulburările respective vizează, practic, cele mai importante domenii ale existenței: motricitatea, psihicul, vorbirea, această caracteristică de esență îi justifică pe mulți cercetători să raporteze PCI la categoria dizabilităților asociate [99, p.103]. Deseori, dizabilitățile neuromotorii sunt asociate cu întârzieri în dezvoltarea mintală, care pot fi de diferit grad. Prin aceasta se explică faptul că, de regulă, acești copii necesită asistență multidisciplinară: curativă, socială, psihopedagogică, logopedică etc.

Pentru elucidarea profilului psihosocial al copilului cu Afecțiuni Neuromotorii (AN), vom prezenta particularitățile individuale de dezvoltare ale acestuia la diferite vârste. Este cunoscut faptul că *perioada preșcolarității* reprezintă stadiul de dezvoltare a inițiativei. În cazul copiilor cu AN, dezvoltarea competențelor academice este influențată considerabil de situația specifică de dezvoltare ce se datorează prezenței deficienței. Copilul cu tulburări de mobilitate se bucură de posibilități limitate de a veni în contact cu mediul înconjurător și de a extinde spectrul relațiilor sociale. Comportamentul lui este imatur, de cele mai dese ori, inadecvat situației sociale sau școlare. Acest comportament se face mai vizibil în condițiile unei hiperprotecții manifestate în cadrul familiei [40].

Afecțiunea limitează capacitatea copilului de a dobândi competențe din diverse domenii: motor, cognitiv, social etc. La lista factorilor ce influențează negativ asupra dezvoltării copilului concurează și multiplele internări, administrarea de lungă durată a medicamentelor, imobilizarea la pat și imposibilitatea de a participa, din această cauză, la activitățile specifice vârstei, în special, jocul împreună cu alți copii. Deficiențele neuromotorii produc limite la nivelul desfășurării diverselor tipuri de joc, manifestate prin ineficiența actului motor în explorarea și manipularea materialelor și obiectelor de joc de către copil, având consecințe asupra dezvoltării funcțiilor lui cognitive și motorii, a laturii motivațional-volitive, subminând potențialul energetic al comportamentului lui de explorare și cunoaștere.

*În perioada școlară, copilul cu AN începe să întâmpine dificultăți datorate diferenței dintre imaginea corporală și funcționalitatea corporală. El disociază părțile funcționale de cele nefuncționale ale propriului corp, conștientizând capacitățile reduse în realizarea sarcinilor școlare, în comunicarea stărilor, atât prin intermediul limbajului verbal, cât și prin cel expresiv, gestual și acțional. Comportamentul expresiv, reprezentat prin voce, expresia feței, postură, atitudini, conduite motorii, este adesea afectat și perceput inadecvat de anturaj. Grimasele faciale, spasmele interferează cu mișcarea expresivă intențională, dobândesc o anumită semnificație ce nu corespunde cu starea pe care dorește copilul să o transmită [1, p.110]. Aceste manifestări dau naștere unor puternice complexe de inferioritate, atât copilul, cât și colegii sesizând că este *altfel*. Unii dintre copii devin izolați social în societatea colegilor de școală. Cum școala reprezintă terenul de confruntare între copii și locul în care apare pentru prima oară experiența succesului și sensul competiției profesionale, absenteismul cronic generat de afecțiune limitează considerabil posibilitatea unei performanțe școlare înalte, de multe ori, reprezentând singurul domeniu în care copilul poate fi competitiv [26, p.118].*

Pe măsură ce se dezvoltă, copilul cu AN devine tot mai conștient de propriile caracteristici fizice și de personalitate. Prin autoevaluare, prin monitorizarea activităților desfășurate, dar și prin compararea cu alți copii, el devine conștient de deficiența sa. Acum copilul este capabil să înțeleagă situația în care se află, să-și construiască „un sine” în care percepțiile și răspunsurile celorlalți oameni joacă un rol important în modelarea conștiinței de sine [110, p.110].

*Vârsta pubertății* poate aduce mari neliniști copiilor cu AN. Unii constată că nu pot fi fizic la fel de atractivi ca ceilalți colegi, că au creștere întârziată și semnele secundare de pubertate nu au apărut, similar colegilor lor. Această constatare le creează o senzație de neliniște și anxietate, favorizând apariția complexelor de inferioritate, observate, mai ales, în relațiile cu tinerii de sex opus. Unii copii sunt decepționați de ceea ce li se întâmplă, devin rebeli, sabotează tratamentul. În astfel de situații rolul îndrumător al părinților este decisiv. Copiii trebuie informați asupra importanței și avantajelor unui tratament medical adecvat, ei fiind singurii responsabili pentru corectitudinea aplicării lui.

*În adolescență*, după cum este bine știut, este omniprezentă dorința de apartenență la un grup social. În cazul adolescentului cu AN, modificările și tulburările existente trebuie integrate în propria imagine de sine prin cunoașterea propriilor capacități fizice și psihice. Acest fapt influențează, în mod direct sau indirect, stabilirea unor relații cu semenii, iar în viitor, a unor relații de cuplu. Tot în această perioadă, ei devin tot mai expuși stresului emoțional cauzat de existența prejudecăților societății (inclusiv ale familiei). Toate acestea pot duce, în timp, la tulburări emoționale manifestate prin depresie, anxietate, furie, negarea deficienței, exploatarea

stării de boală (reacție hipocondriacă) și, în final, autoizolare [89, p.201]. Adolescența este poate perioada cea mai importantă în dezvoltarea copilului cu afecțiuni neuromotorii, perioada în care adultul trebuie să-i fie alături pentru a-l ghida și sprijini. Aceasta îl va ajuta să intre mult mai pregătit din punct de vedere psihologic și emoțional în următoarea etapă a vieții. S-a demonstrat, însă, că starea de bine, de sănătate este apreciată subiectiv de către tinerii cu AN. Cei care acuză o stare de sănătate nesatisfăcătoare relatează, de fapt, nu măsura suferinței lor fizice, ci reflectarea acesteia în aspect psihologic (starea de nemulțumire, depresie, anxietate) [26, p.120]. Afecțiunea neuromotorie care condiționează deficiențe de adaptare, are și unele arii psihosociale mai vulnerabile. Acestea includ planificarea viitorului, proiectarea anumitor meserii, angajarea într-o eventuală căsătorie.

În concluzie, afecțiunile neuromotorii interferează sau întrerup chiar legătura copilului cu mediul, având efecte nefaste asupra relației părinți-copii. Hiperprotecția mamelor în raport cu copiii lor conduce la limitarea inițiativei și la manifestarea neîncrederii în raport cu posibilitățile lor. Ei devin extrem de dependenți, în special, de mamă. Nu pot fi despărțiți de familie nici pentru perioade scurte de timp, prezentând o puternică anxietate și frică de separare sau abandon. Atitudinea supraprotectivă a mamei generează comportamente lipsite de inițiativă la copii, având și repercusiuni negative sesizabile asupra dezvoltării lor cognitive.

### **1.3. Particularitățile manifestării stresului în mediul mamelor care au în îngrijire copii cu afecțiuni neuromotorii**

Dintre toate relațiile de tip social, cele stabilite între părinți și copii tind a fi cele mai durabile. Sunt legături de viață și moarte, legături necesare în majoritatea familiilor, ele existând nu doar pentru a veni în întâmpinarea nevoilor de bază ale copilului mic, dar și pentru a furniza acestora exemple despre cum se relaționează cu alți indivizi sau grupuri din afara familiei. Aceasta înseamnă de fapt că toate celelalte conexiuni, obligații și expectații de tip social se construiesc pe ceea ce se întâmplă între membrii familiei. Aici ne însușim un anumit tip de comportament, pe care-l practicăm nu doar față de figurile impunătoare ale familiei, cele cu autoritate, dar și față de persoanele care dețin puterea, în general [88, p.93].

Subliniem faptul că în orice societate „familia constituie factorul primordial al formării și socializării copilului, reprezentând cadrul fundamental în interiorul căruia sunt satisfăcute nevoile sale psihologice și sociale și îndeplinite etapele ciclului de creștere și dezvoltare”. Modul de relaționare din cadrul familiei, climatul afectiv și modelele comportamentale oferite copilului în primii ani de viață sunt esențiale pentru integrarea socială a acestuia. Astfel, părinții încearcă



să-i insuflă copilului anumite valori, însă acesta „va prelua, în mod inevitabil, valorile care îi sunt transmise prin intermediul comportamentului, sentimentelor și atitudinii părinților săi în viața de zi cu zi” [7, p.148-149].

Nașterea copilului este un eveniment central în viața femeii, unul miraculos și traumatizant în egală măsură, unul încărcat de emoții și implicații imposibil de uitat. Apariția copilului devine o parte importantă a identității de mamă. Mama se naște din punct de vedere psihologic în aceeași măsură în care bebelușul ei vine pe lume, odată cu dezvoltarea sentimentului de a fi mamă [113, p.68-70].

Cel mai intens impact psihologic al nașterii, pentru majoritatea femeilor, este sentimentul de împlinire și de plenitudine pe care îl simt în acel moment. Prezența unor deficiențe la copilul nou-născut, însă, pot umbri aceste trăiri. Marea majoritate a mamelor trecute prin experiența creșterii unui copil cu dizabilități trăiesc un gen de traumă, extrem de intensă, mai ales pe parcursul primelor luni de după naștere. Reacțiile lor psihoemoționale, comportamentale nu sunt de natură psihiatrică, ci reprezintă manifestări ale stresului în niște circumstanțe extreme [142], [153], [22], [130].

Deși fiecare mamă în parte se atașează de copilul său într-un fel unic, majoritatea femeilor urmează unul din trei tipare generale și, așa cum se întâmplă și în cazul multor alte aspecte ale maternității, acest lucru se întâmplă inconștient, în cea mai mare parte. Deloc surprinzător, procesul de atașament începe din timpul sarcinii, cu gândurile și fantasmele femeii despre copilul său nenăscut încă. Să aruncăm o privire la cele trei tipare comune de atașament și să ascultăm gândurile a trei femei diferite în perioada lor de sarcină. Modul în care își imaginează aceste femei bebelușii lor le va afecta căsnicia, stilul de viață, precum și propriul suflet [113, p.53].

Studiile arată că unii părinți se adaptează mai bine decât alții la particularitățile copilului. Aceste particularități sunt reflectate în temperamentele copiilor, care afectează modul de interacțiune cu părinții. Atașamentul apare așadar la intersecția dintre predispozițiile temperamentale ale copilului și oferta părinților. Din această perspectivă, M. Thomass și E. Chess subliniază relația dintre *stilul de disciplină parentală* și *temperamentul copilului* în stabilirea atașamentului între părinte și copil. Autorii concluzionează că nevoia de atașament este înăscută, prezentă la toți membrii speciei, însă capacitatea de a manifesta un veritabil atașament depinde de „întâlnirea” fiecărui individ cu o „figură de atașament”. Dacă acest lucru nu este posibil, întreaga dezvoltare ulterioară a individului are foarte mult de suferit [15, p.82-84].

Părinții sunt factorii naturali decisivi în crearea confortului psihic și fizic, în asigurarea premiselor pentru o viață sănătoasă, fără riscuri pentru copii, în educația lor pentru viață. Educația de calitate formează personalități de calitate, iar o personalitate de calitate știe să-și

valorifice plenar potențialul fizic. Familia trebuie să accepte dizabilitatea copilului ca o treaptă spre ameliorarea situației. Gândirea pozitivă a părinților i se transmite automat copilului, dându-i încredere în forțele proprii și în rostul efortului. Această încredere se alimentează din micile, dar importante victorii raportate de copil asupra dizabilității sale. Redobândirea unor deprinderi igienice simple (spălatul, îmbrăcatul, alimentarea etc.) îi vor asigura copilului un anumit grad de independență [98, p.120].

Mai puțin sunt studiate particularitățile psihosociale de manifestare a stresului la mame, în dependență de anumite criterii, precum tipul și complexitatea dizabilității copilului, vârsta acestuia, resursele interne de care dispune mama, dar și modalitățile psihosociale de intervenție în astfel de situații. Studiind reacția mamei la afecțiunile de dezvoltare ale copilului, se constată că ea este vizibil mai afectată decât tatăl copilului. De multe ori poate avea o atitudine de hipersolicitudine față de copil, deși aparent ignoră defectul copilului, iar în alte cazuri îl supradimensionează în privința consecințelor. Modul ei de reacție depinde de mai multe condiții: temperament, experiență, viața personală, echilibrul vieții familiale, relația cu soțul, încadrarea sa în activitatea profesională, satisfacțiile profesionale etc. Mama unui copil cu dizabilități trăiește frecvent situații, în care i se poate reproșa că își neglijează soțul, ceilalți copii, deoarece acordă un timp excesiv îngrijirii copilului bolnav de care se simte mai legată. Reproșurile respective îi subminează substanțial starea de bine [26, p.119].

Una dintre îndatoririle esențiale ale atitudinii maternității este aceea de a trece prin experiența de a fi o mamă competentă, capabilă să-și iubească copilul în mod liber și deplin. În cazul unei mame ce educă un copil cu dizabilități acest lucru ar putea fi pus în pericol. Unele mame se îndoiesc de faptul că vor fi capabile să iubească un copil „imperfect”, care le-a aruncat într-o asemenea stare de haos. În unele cazuri, mama unui copil cu dizabilități poate percepe deficiența ca fiind o rată proprie, care, însă, nu e legată și de soțului ei. Această trăire negativă se poate consolida, mai cu seamă dacă dizabilitatea a fost rezultatul unui eveniment survenit în timpul nașterii [113, p.215]. Toate aceste aspecte pun o presiune enormă pe starea psihoemoțională a mamei. Acestea, de asemenea, îi revine, în majoritatea timpului, rolul de a iniția activități de recuperare a dezvoltării copilului. După ce șocul emoțional inițial dispare, ea se angajează în activități de protecție și de compensare a deficienței copilului, devenind foarte activă, în majoritatea dintre cazuri. Totuși, mama poate resimți adesea un sentiment acut de vinovăție, considerând că tot ce se întâmplă cu copilul i se datorează ei. Aceste trăiri se acutizează mai ales odată cu creșterea izolării sociale a mamelor din această categorie, care se explică prin nedorința lor de a intra în diverse discuții, de a lega prietenii, pentru a nu trece iar și iar prin experiența traumatizantă de relatare a propriei istorii de viață, explicând și justificând situația copilului [177].

În general, caracteristicile psihosociale ale dezvoltării copilului generate de prezența dizabilității afectează starea mamei, generând cote înalte de stres. Parcursul de dezvoltare al copilului cu AN poate fi problematic din variate motive: dificultăți individuale de învățare; limitări în stabilirea relațiilor, mai ales, cu persoanele din afara familiei; nevoi afective crescute, pentru a se simți iubit și în siguranță; multiplicarea intervențiilor (medicale, ortopedice, speciale) pe care trebuie să le parcurgă; realizarea proiectelor de viitor afectată de dificultățile existente (capacități de învățare reduse, proiecte profesionale restrânse, lipsa, de cele mai dese ori, a unor relații sentimentale reciproce, caracteristice copiilor de aceeași vârstă etc.) [31].

Relația de atașament dintre mamă și copil este inițiată pe baza răspunsului la nevoile copilului de îngrijire, protecție și securitate, nevoi care sunt mai mult sau mai puțin satisfăcute de adulții din jurul său. Astfel, copilăria este o perioadă de vulnerabilitate emoțională și fizică, în care copilul depinde de părinte sau de adultul care-l îngrijește și care va deveni principala sa figură de atașament sau persoană de referință [91, p.61].

*Atașamentul* se referă la crearea unei legături speciale unul cu celălalt. Legătura dintre mamă și copil este inițial una fizică, fiind cea care ține mama în apropierea bebelușului, iar atunci când bebelușul învață să se deplaseze, ține bebelușul în preajma mamei, sau cel puțin întreține dorința să se întoarcă lângă mamă, la finalul incursiunilor sale prin lume. Acest atașament este cel care ține bebelușul în siguranță, la adăpost de pericolele externe ale lumii. Cu toate acestea, legătura bazată pe atașament are, de asemenea, și o componentă psihologică, conferind sentimentul de siguranță atunci când bebelușul și mama se află unul lângă celălalt. Punctul culminant al sentimentului de siguranță, acela în care persoana experimentează senzația că este complet la adăpost, apare în momentul în care mama și copilul sunt îmbrățișați, piept lângă piept. Un copil ținut în brațe în acest fel îmbrățișează lumea fără teamă. Atașamentul mamei față de bebelușul ei ia naștere mai repede, apărând de obicei încă din primele săptămâni de viață ale bebelușului. Este ceva fascinant să poți asista la modul în care ia ființă atașamentul unui mame. În condiții normale, imediat după naștere, atunci când bebelușul trebuie curățat, moașa sau medicul aduc bebelușul înapoi la mama sa și îl pun pe pat, lângă ea. Acesta este momentul în care mama inițiază ceea ce eu pot descrie doar ca pe un dans lent cu bebelușul ei [113, p.212].

Atașamentul este un sistem funcțional continuu care-i oferă copilului sentimentul securității și facilitează comportamentul de explorare. Calitatea relației de atașament își are originea în modul în care copilul vede în figura atașamentului o sursă de securitate. Atașamentul reprezintă un tip specific de relaționare interpersonală, o legătură afectivă de durată și intensitate substanțială [23, p.33].

În acest context, John Bowlby (1907-1990), fondatorul teoriei atașamentului, afirma: „Ceea ce constituie „capacitatea de a fi matern” nu poate fi considerat în termeni de ore pe zi, ci doar în termeni de plăcere resimțită de mamă și de copil în schimburile lor reciproce. Căldura schimburilor este văzută aici ca pozitivă, iar aceasta chiar și pentru autonomia copilului. În fapt, cu cât este mai călduroasă relația, cu atât mai bine își va dezvolta copilul individualitatea: această teorie va ilustra, printr-o abordare totodată clinică și științifică, subtilitatea comportamentelor noastre, care-i permite individului să se folosească de ceilalți ca să-și ia zborul, să se ajute de cunoscut pentru a se deschide necunoscutului, să se sprijine pe trecut pentru a îmbrățișa viitorul. Referindu-se la faimosul mecanism al „amprenteii”, J. Bowlby postulează că atașamentul copilului față de părinți ar avea o funcție adaptativă de protecție. El sugerează că siguranța experimentată în relație (ca și certitudinea că îndepărtarea de părinte nu riscă să distrugă legătura) va servi ca sprijin pentru explorarea de către copil a lumii materiale și sociale. Astfel, atașamentul față de părinți ar servi totodată și unei a doua funcții adaptative: socializarea. Prin urmare, dacă a putut să experimenteze o anumită securitate în relația cu părinții săi (ca și certitudinea că relația va persista dincolo de separare), copilul se va simți mai liber să plece să descopere lumea fizică și socială, să exploreze și să stabilească noi relații [76, p.43-45].

Părinții reacționează diferit la anunțul confirmării dizabilității copilului, retrăind emoții negative puternice: disperare, descurajare, frustrare, dezorientare, decepție, nesiguranță pentru viitor. Reacția comună generată de părinți în astfel de situații este cea de șoc. La unii dintre ei apare reacția de negare, condiționată de incapacitatea de a accepta pentru moment cele întâmplate și negarea existenței deficienței. Altele sunt legate de sentimentul de pierdere a speranței în raport cu copilul, de culpabilizare, responsabilitate pentru cele întâmplate, rușine, furie puternică îndreptată spre personalul medical. Scad stima de sine și eficacitatea proprie în rolul de părinte, relațiile de cuplu și familiale devin încordate; rutinele familiale sunt întrerupte [81, p.350].

Statutul de părinte al unui copil cu dizabilități se construiește în jurul unei dinamici specifice. Copiii sunt în același timp o sursă de bucurii, dar și o sursă de nefericire. Istoria și evoluția copilului cu dizabilități începe în momentul apariției îndoielii și incertitudinii la prima vedere a mamei asupra copilului. La început, ea examinează integralitatea corporală, fizică, a nou-născutului, apoi se orientează asupra apartenenței la gen. Această primă privire asupra nou-născutului, în situația unui copil cu deficiențe, se încarcă cu îndoială, care, treptat, devine certitudine. Anunțul existenței unei deficiențe la nou-născut - prima etapă a unui lung și dificil proces evolutiv atât pentru copil, cât și pentru familie - are un ecou și o rezonanță puternică. În astfel de situații, fiecare familie are propriul parcurs, propriul mod de a reacționa, în funcție de structura/compoziția sa, de personalitatea membrilor ei, de situația profesională și economică, de

zona geografică în care trăiesc, de susținerea din partea anturajului sau a familiei lărgite, de posibilitățile de acces la viața comunității etc. Cu toate acestea, dificultățile cărora familia trebuie să le facă față sunt asemănătoare [15, p.177].

Mult prea adesea se întâmplă ca unul dintre părinți să fie considerat a fi „de vină” atunci când copilul are o problemă. Acest sentiment ar putea să aibă un fundament și în realitate, atunci când una dintre ramurile familiei este purtătoarea unei anumite gene sau atunci când o anumită trăsătură fizică sau comportamentală este recunoscută a fi moștenită frecvent în cadrul uneia dintre familiile de origine. Cu toate acestea, plasarea vinei pe umerii celuilalt nu poate prinde rădăcini decât cu condiția ca sămânța să cadă pe teren fertil – de exemplu, dacă unul dintre parteneri manifestă deja lipsă de încredere sau dacă îi repugnă o anumită caracteristică a celuilalt. În astfel de cazuri, trăsătura respectivă va deveni un soi de linie de falie, drept în mijlocul căreia va cădea copilul cu dizabilități. Învinovățirea devine o continuare sau o exagerare a unei probleme care exista deja înainte ca bebelușul să se fi născut [113, p.217].

Atitudinea părinților și a societății față de copiii cu dizabilități este mai puțin favorabilă decât față de copiii tipici. Prezența unui copil cu dizabilitate într-o familie modifică întreaga structură a familiei, afectând uneori chiar și relațiile familiei cu societatea. Părinții copilului cu dizabilitate manifestă o gamă variată de atitudini, de la o extremă la alta: izolarea de restul comunității, respingerea copilului sau dimpotrivă protejarea exagerată a acestuia, sentimente de culpabilitate față de situația în care se află copilul lor sau chiar abandonul copilului cu dizabilitate. Modul în care reacționează părinții în momentul diagnosticării copilului lor variază. Reacțiile generale pot fi de: *grijă, negare totală a problemei și refuzul acceptării protezei, frustrare, supărare, mânie, stânjenală, izolare, vinovăție, critică nediferențiată ș.a.* [7, p.153].

Părinții sunt uneori disperați și incapabili să primească orice fel de informații sau, de multe ori sunt agresivi ori vulnerabili, în încercarea unei recuperări rapide. Atitudinea adoptată de părinți față de copilul cu handicap depinde de mai mulți factori, și anume: tipul și gradul dizabilității, factorii afectivi, sociali și culturali ai anturajului, care condiționează modul în care părinții trăiesc această realitate, nivelul de aspirație familială, precum și măsura în care copilul a corespuns sau nu așteptărilor paterne, în sensul unei viitoare „*realizări sociale*”.

Prezența unui copil cu dizabilitate într-o familie produce o modificare mai mult sau mai puțin profundă a întregii structuri, afectează atât „echilibrul interior” cât și „echilibrul exterior” care vizează relațiile familiale cu societatea. Există studii care arată că 25% din familiile cu copii cu dizabilitate sunt complet izolate. Motivele invocate de subiecți erau de „apărare și de teama de a lăsa copilul în grija altcuiva”. Un procent considerabil de părinți se autoizolează, datorită atitudinii comunității față de copilul lor cu dizabilitate, atitudine resimțită ca ostilitate. Impactul atitudinilor culturale dominante referitoare la dizabilitate afectează profund familia, însă

atitudinile părinților față de propriii copii au „consecințe mult mai îndepărtate: acceptarea socială a individului este pe măsura acceptării familiale pe care a cunoscut-o” [ibidem].

În acest context, venirea pe lume a unui copil cu dizabilități poate pune în pericol integritatea unei căsnicii. Apar amintiri și asocieri dureroase. Unii părinți s-ar putea simți izolați, deoarece rețeaua lor de cunoscuți dispare brusc sau se reduce substanțial. În situația creată, ei nu au pe nimeni cu care să-și împărtășească experiențele și dificultățile și se tem adesea ca nu cumva să-i plictisească pe ceilalți, ori se tem că alții nu vor fi capabili să înțeleagă cum e viața lor zilnică. Deseori, ei își dau seama că sunt izolați social, ceea ce le întărește sentimentul de ratare. Ei se trezesc într-un moment, petrecând o cantitate uriașă de timp în efectuarea unor eforturi suplimentare pentru asigurarea îngrijirii necesare copilului și adesea se văd siliți să cheltuiască sume impresionante de bani pentru servicii pe care nu le anticipaseră vreodată [113, pp.217-218].

Multe dintre studiile ce reflectă problematica familiilor ce au în îngrijire copii cu dizabilități constată că cel mai afectat membru al familiei de specificul de dezvoltare al copilului este mama [124], [98], [95], [66], [164], [175]. Ea este persoana care petrece cel mai mult timp cu copilul, aflându-se în preajma lui aproape permanent. De multe ori, are tendința de a exagera aspectele de îngrijire, tratament ale copilului, în detrimentul atenției pentru ceilalți membri ai familiei. De asemenea, poate rămâne blocată la stadiul de negare a dizabilității sau la stadiul de tranzacție, apelând la diverse tratamente, mai ales la o kinetoterapie excesivă, în cazul copilului cu AN. Mama poate să creadă că, lucrând intensiv asupra dezvoltării motricității copilului, acesta se va putea recupera. Mai ales că aceste cogniții sunt alimentate și de anumite studii, în cadrul cărora se susține că prin stimulare se pot naște circuite neurologice care pot înlocui structurile lezate sau care lipsesc la un copil [164]. Puține, însă, sunt cazurile soldate cu acest rezultat.

În situația existenței unui copil cu dizabilități, familia este nevoită să-și readapteze mecanismele existențiale. Uneori, cei doi părinți își împart sarcinile, dar, cu timpul, unul dintre părinți și acesta este, de cele mai dese ori, mama, preia în întregime grija copilului [163, pp.65-77]. Sunt multiple și situațiile în care părinții apreciază că o astfel de situație le afectează cariera, activitatea profesională, dar și capacitatea de a mobiliza resursele de energie necesare pendulării între sarcinile de serviciu și vizitele la medic sau la cabinetele de specialitate. În astfel de condiții, nu de puține ori, unul dintre părinți renunță la serviciu pentru a se putea dedica exclusiv îngrijirii copilului și acesta, iarăși, este cazul mamei [15, p.174]. Pot apărea multe tipuri de scenarii, însă, în majoritatea cazurilor, cursul vieții familiei va fi modificat pentru totdeauna. În cadrul unei familii care are de crescut un copil cu dizabilități, rolurile și alianțele se dezvoltă adesea în mod diferit, față de cum ar fi fost dacă ar fi avut parte de un copil fără nevoi speciale [113, p.216].

Un aspect important al structurii de gen îl reprezintă responsabilitatea femeii de a crește copii. *Teoriile individualiste* atribuie maternitatea predispozițiilor biologice ale femeii sau motivațiilor psihologice puternic internalizate în copilărie. Dar maternitatea are importante baze interacționiste: părinții se comportă astfel încât să corespundă imaginilor cognitive despre femei și bărbați, iar ideea de „îngrijire“ a copiilor relaționează mai mult cu mama decât cu tata în vreme ce teoriile individualiste prezic faptul că bărbații vor avea dificultăți cu „maternitatea“, chiar și în situații în care este nevoie de ei, teoria interacțională sugerează că aceștia pot performa noi roluri, atunci când se confruntă cu situații deosebite și cu expectații sociale diverse [9, p.131].

În consecință, multitudinea grijilor cotidiene legate de îngrijirea copilului favorizează sporirea solicitării atât fizice, cât și psihoemoționale din partea mamei, subminându-i puterile, provocând o oboseală continuă și o astenizare generală. Ea se simte deprimată și depășită de situație. Imaginea ei de sine la fel este influențată, inclusiv de imposibilitatea realizării planurilor personale, profesionale. Cu anii, se ajunge la schimbări profunde în personalitatea mamei, după cum concluzionează В. Вишнеvский, afirmând că atât nașterea copilului cu dizabilități, cât și îngrijirea, comunicarea cu el pe parcurs constituie factori stresogeni patogeni pentru evoluția mamei [apud 153, p.37].

Un alt studiu realizat în California, care de asemenea confirmă predispunerea majoră a mamei la situații stresogene, generate de existența dizabilității la copil, evidențiază mai mulți *factori asociați stărilor de stres* prin care trece [apud 26, p.105-106]. Printre aceștia se enumeră: factori ce vizează copilul și relația părintelui cu el (problemele de comportament ale copilului, nivelul lui de inteligență, performanța academică, vârsta etc.); factori ce țin de particularitățile familiei (coeziunea membrilor de familie, distribuirea responsabilităților, venitul familiei etc.), factori psihologici condiționați de personalitatea mamei (starea ei de bine, gradul de satisfacție în raport cu situația/relațiile create, atitudinea față de copil etc.). Mai multe surse din domeniul de specialitate indică asupra faptului că familiile copiilor cu dizabilități sunt sub presiunea unui stres continuu [1], [95], [142], [140]. Se constată că majoritatea părinților copiilor cu dizabilități, mai ales, ai celor cu dizabilități severe, sunt afectați pe termen lung de diverse probleme legate de starea continuă de stres cu care se confruntă zilnic. Depresia, neînțelegerile din familie soldate, de multe ori, cu destrămarea acesteia, presiunea fizică și emoțională resimțită de fiecare membru creează chiar mai mult stres decât dizabilitatea copilului în sine [209, p.327-43].

Într-un șir de lucrări științifice [157], [169], [170] este documentat cu minuțiozitate faptul că părinții copiilor cu probleme de dezvoltare au un risc sporit de creștere a nivelului de stres emoțional sau psihologic în comparație cu părinții copiilor cu dezvoltare tipică. Chiar dacă distribuirea rolurilor parentale dintre soți s-a îmbunătățit considerabil în ultima perioadă, totuși,

mamele rămân a duce cea mai simțită povară în creșterea copilului cu dizabilități. Din această cauză ele demonstrează frecvent stări depresive, anxietate, probleme psihosomatice de sănătate, dificultăți de ordin social (izolare, singurătate), nivel de autorespect scăzut [187], [160], [161], [168], [159].

Studiile analizate permit constatarea următoarelor fapte:

1. Mamele copiilor cu dizabilități raportează niveluri de stres general mai ridicate decât mamele copiilor cu dezvoltare tipică [1], [15], [17], [21], [33], [115];
2. Mamele copiilor cu dizabilități se simt mai izolate decât mamele copiilor cu dezvoltare tipică [10], [19], [53], [62];
3. Mamele copiilor cu dizabilități se confruntă cu situații de percepție inadecvată privind rolul său de părinte [56], [61], [115];
4. Mamele copiilor cu dizabilități se întâlnesc cu dificultăți de acceptare a copilului [22] [61], [115], [130].

Nașterea copilului cu dizabilități întrerupe ciclul normal al vieții de familie, schimbându-i în totalitate modul obișnuit de viață, constituit de ani de zile. Capacitatea familiei de a face față situației depinde de mai mulți factori, precum propriile resurse interne, relațiile din cadrul familiei și înafara ei, sprijinul social care vine, în special, de la familie, gradul dizabilității copilului și, respectiv, dificultățile lui de adaptare în societate. În astfel de condiții mama are nevoie, în cea mai mare măsură, de însoțire specializată din partea unei persoane cu care să poată stabili o alianță și care să înțeleagă prin ce trece. Ea are nevoie de validare ca mamă pe anumite zone, indiferent cât de neînsemnate ar fi acestea, în care ea să se poată afirma și simți ca atare. Acest însoțitor ar trebui să o ajute să intre în contact cu copilul ei, să o învețe cum anume să ajungă să-l cunoască mai bine, arătându-i ce poate să facă, să vadă și să audă copilul, nu doar să observe ceea ce nu poate [115, p.219].

Părinții copiilor cu dizabilități se află într-o situație psihotraumatizantă de durată, care le influențează toate dimensiunile existenței. Conflictul intern trăit, în special, de către mamă, naște stări emoționale negative, generând subaprecierea, o imagine de sine inadecvată. Acest conflict va determina și specificul relației mamă-copil [130]. Astfel, relația mamă-copil cu AN, care se stabilește și se consolidează imediat după naștere, poate evolua, pe lângă posibilul parcurs pozitiv, și în mod nedorit, în una din cele două direcții contrarii: de hiperprotecție sau de rejecție (abandonare psihică). Afecțiunile neuromotorii, care generează dizabilitatea copilului, devin, așa dar, obiect de studiu ca factor de stres parental și de interferare a relației părinți-copii. Afecțiunile neuromotorii pot influența dezvoltarea copilului pentru perioade îndelungate de timp, iar de multe ori, și pentru toată viața, ceea ce are consecințe asupra calității interacțiunii lui cu mediul fizic și social, familia fiind cap de listă în acest sens [121]. În situația creată unii dintre



părinți se confruntă cu problema acceptării și aprecierii inadecvate a posibilităților psihofizice ale propriului copil, adoptând mai multe tipuri posibile de comportament. A. Racu menționează promovarea unor *comportamente parentale favorabile și nefavorabile pentru copil*, descrise în tabelul ce urmează.

**Tabelul 1.4. Comportamente sau atitudini ale părinților față de deficiența copilului**

[97, p.73]

| <b>I. Comportament favorabil sau atitudine adecvată</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• stabilirea unor relații în familie, când copilul cu dizabilități este tratat ca un copil sănătos;</li> <li>• recunoașterea statutului acestuia de membru cu drepturi depline al familiei;</li> <li>• respectarea personalității acestuia;</li> <li>• încrederea în posibilitățile lui de dezvoltare;</li> <li>• acceptarea atât a copilului, cât și a deficienței sale.</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
| <b>II. Comportamentul nefavorabil sau atitudinea inadecvată</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
| <i>Tipuri</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <i>Descriere</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <i>Consețe</i>                                                                                                                                                       |
| <b>Hipertutelarea</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Părinții încearcă un sentiment puternic de vină față de copil, caută în permanență să-și răscumpere vina. Apare un sentiment de dragoste și milă oarbă. Acești copii sunt excluși din orice activitate, lipsiți de posibilitatea de a depune vreun efort pentru rezolvarea celor mai elementare probleme.                                              | Copilul devine totalmente dependent de părinții săi și inadaptat la cerințele vieții.                                                                                |
| <b>Supraaprecierea</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Părinții apreciază încorect posibilitățile psihofizice ale copilului, neagă cu vehemență deficiența prezentă. Nu vor să creadă în diagnosticele calificate ale specialiștilor, nu admit nici un fel de concluzii ale comisiilor abilitate.                                                                                                             | Copilul și părinții trăiesc o situație tensionată, insistând și perseverând în atitudinea lor inadecvată.                                                            |
| <b>Pesimismul</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Acest comportament este adoptat de către acei părinți ce au recurs la „tactica trădării”, renunță la orice speranță, abandonează toate eforturile îndreptate spre ameliorarea situației. Este vorba despre „pierderea sensului vieții”. Acești părinți sunt convinși că toate încercările de a educa și instrui un copil cu dizabilități sunt inutile. | Părinții nu-și mobilizează puterile pentru recuperarea și integrarea copilului în societate. Adeseori renunță la copil sau, nu se pot împăca cu deficiența acestuia. |
| <b>Indiferența</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Părinții se împacă cu existența deficienței, dar nu acceptă copilul ca atare. Sunt lipsiți de emoții, ignoră și neglijează copilul. Sunt frecvente și cazurile de abuz fizic. Copilului nu i se acordă atenția cuvenită, el nu primește îngrijirea și educația de care are nevoie.                                                                     | Copilul trece pe planul secund al părinților; de multe ori, acești copii sunt abandonați la maternitate sau în instituțiile specializate.                            |

Relația regresivă (simbiotică) stabilită de anumite mame cu copilul, pare a fi o tentativă pentru a scăpa de riscul unei depresii. Aceste reacții de depresie sau de decompensare a părinților nu sunt rare, din cauza singurătății în care adesea se află. Manifestările extreme ale comportamentului parental sunt destul de periculoase și au consecințe grave pentru dezvoltarea copilului cu dizabilități, generând probleme semnificative de adaptare socială. Atitudinea parentală nefavorabilă în raport cu copilul cu dizabilități, după cum menționa L. Vâgotski, reprezintă cauza tuturor influențelor negative ce duc la inadaptarea socială a copiilor. Numai printr-o apreciere adecvată, prin care să se estimeze posibilitățile și capacitățile reale ale

copilului, se dezvoltă niște relații optime ce influențează favorabil evoluția procesului lui de adaptare. Acceptarea deficienței copilului de către părinte nu înseamnă resemnare, negare sau ignorare, ci constituie capacitatea părinților de a considera acest fapt împlinit ca o realitate în care se află copilul lor, cu acordarea atenției și sprijinului necesar de-a lungul vieții [ibidem].

**Sentimentul acceptării** este un element important, ce determină legătura afectivă mamă-copii. Antropologul R. Rohner subliniază efectele respingerii, neacceptării sau izolării emoționale a copiilor de către părinți: „Sentimentul izolării duce la anxietate. Să fii izolat înseamnă să fii dat la o parte, lipsit de posibilitatea de a folosi puterile umane. Să fii izolat înseamnă să fii neajutorat, incapabil de a înfrunta lumea - lucrurile și oamenii” [52, p.350].

Pentru părintele unui copil cu dizabilități fizice situația este una dificilă. Părintele mai întâi trebuie să se adapteze la situația reală în care copilul visat nu a apărut. Adaptarea devine extrem de complicată, în situația în care aspectul corporal al copilului este modificat. Uneori pot apărea reacții de respingere, dar, pe măsura trecerii timpului, intervine necesitatea protecției acestui copil. Părinții acestui copil se simt investiți cu o misiune aparte, atașamentul lor dezvoltându-se treptat. La rândul său, calitatea atașamentului copilului se corelează cu calitatea reacției părinților, care va dezvolta dragostea față de părinți, ca reacție de răspuns la dragostea părinților [2, p.250-251]. Copilul se naște programat genetic spre a se conecta la lumea aceasta, prin intermediul celui care îl îngrijește și care, de regulă, este mama. Aceasta, interacționând afectiv pozitiv cu el, devine figura de atașament [17].

J. Bowlby descrie comportamentele specifice pe care le poate dezvolta copilul în cadrul relației de atașament, care, într-un final, se soldează cu dezvoltarea unui *model internalizat de funcționare a bazei de securitate*. Acesta reprezintă o schemă internă a funcționării sinelui în relație cu alții, ceea ce îi va oferi copilului securitatea necesară pentru a porni în explorarea lumii, pentru a trăi cu un sentiment de bunăstare și pentru a învăța să se calmeze singur în momentele de supărare pe care viața i le va rezerva în viitor. Astfel, experiența pe care copilul o trăiește cu figura de atașament este determinantă pentru organizarea întregului sistem [apud 86, p.154-155]. În copilărie, atașamentul este fundamental pentru explorarea lumii înconjurătoare de către copil și învățarea unor reguli de interacțiune și reglare emoțională, dar și pentru a crește șansele de supraviețuire. Componenta fundamentală a teoriei atașamentului este cea comportamentală, conform căreia *proximitatea copilului față de mamă* facilitează reprezentările ulterioare despre atașament și modalitatea de a face față stresului [114, p.217].

**Rolul mamei** este de a oferi un mediu în care dezvoltarea naturală a copilului să fie cât mai puțin perturbată. Un manual de la Institutul Gesell pentru Studiul Copilului, conținând sfaturi pentru mame, spunea: „Înainte de toate, recunoașteți individualitatea copilului dumneavoastră, ca atare și abandonați ideea că i-o puteți produce (altfel decât prin moștenire)

sau i-o puteți modifica în mod esențial” [67, p.2]. Copilul cu dizabilități are aceleași nevoi de îngrijire din partea părinților ca și ceilalți copii. El are nevoie de dragoste, de hrană și de a fi tratat cu respect și demnitate. Alături de aceste nevoi, el poate avea și nevoi speciale, care solicită părinților mai mult timp, mai multe resurse materiale și anumite abilități suplimentare pentru a-l îngriji și a învăța să-l iubească. De aceea, este foarte importantă prima experiență a părinților în îngrijirea copilului cu dizabilități, care contribuie la reducerea stigmei și ajută părinții și copilul cu această afecțiune să se adapteze în societate [124, p.72].

În familia în care s-a născut un copil cu dizabilități au loc schimbări la nivel de atitudine a părintelui față de acest copil, confirmate inclusiv de studiile autohtone [21]. Se constată că în familia care educă copii cu dizabilități mai frecvent sunt diagnosticate următoarele tipuri de atitudini parentale inadecvate: *respingerea emoțională a copilului cu dizabilități, infantilizarea lui (copilul nu este perceput ca fiind valoros de către părinte), hipersocializarea autoritară cu cerințe exagerate și inadecvate față de dezvoltarea copilului*. Atitudinea părintelui față de copilul cu dizabilități determină modelul educațional și de relaționare la care va recurge părintele în continuare. Atunci când părintele acceptă dizabilitatea copilului, el manifestă tendințe de a-l susține, de a-i acorda ajutor, de a depăși împreună problemele cu care se confruntă copilul. Atunci când dezvoltarea sa nu este percepută de către părinte ca fiind lipsită de vreo perspectivă, gândurile legate de viitorul copilului motivează părintele să caute acele mijloace care i-ar permite să înfrunte dificultățile, să adapteze mediul existent la posibilitățile copilului [130].

Factorii de personalitate ai părintelui contribuie cel mai mult la felul în care acesta stăpânește stresul legat de situația traumatizantă a existenței dizabilității la copil. Un studiu de durată asupra reprezentărilor despre copil și a expectanțelor valorice legate de maternitate la un grup de mame ce educă copii cu dizabilități a arătat că relația mamă-copil este foarte mult influențată de particularitățile poziției materne interne atât asupra rolului său de mamă, cât și de reprezentarea pe care și-o formează legată de copilul cu dizabilități. În cadrul cercetării respective au fost stabilite și un șir de condiții ce ar putea fi utilizate în calitate de resurse psihologice pe care ar putea conta familia ce educă un copil cu dizabilități în depășirea crizei. Printre ele se numără motivația parentală înaltă, reflexia asupra propriilor acțiuni, tendința spre perfecțiune în educația și dezvoltarea copilului. Mai mult ca atât, resursele acestor părinți pot fi utilizate cu succes în activitatea cu alți părinți, ce trec prin perioade similare. Posibilitatea de a ajuta alte familii poate fi semnificativă pentru propria autorealizare a acestei categorii de părinți [147], [148].

E. Vrașmaș, unul din promotorii de vază ai educației incluzive din România, descrie modelul socio-educațional centrat pe nevoile familiei. Autoarea identifică 2 tipuri de intervenție asupra părinților: ***prevenirea și rezolvarea situațiilor de criză, problemelor, conflictelor.***

Intervențiile propuse implică *prevenția în plan intelectual-cognitiv* (informarea, orientarea), *sprijinul social* (reprofesionalizare, asistență în soluționarea diverselor probleme de ordin social), *intervenția psihologică* (rezolvarea problemelor comportamentale, emoționale). Asigurarea serviciilor de sprijin adecvate familiei determină ***împuternicirea prin excelență a părintelui***, întărirea și încurajarea părintelui de a-și realiza responsabilitățile față de copil [133, p.210]. Axarea pe resursele familiei nu ignoră dizabilitatea copilului, ci pune în evidență punctele forte ale familiei.

În concluzie, problemele abordate în studiile examinate solicită studiere aprofundată în continuare. Sunt necesare programe de sprijin pentru mamele ce educă copii cu dizabilități în vederea acceptării situației copilului, fortificarea resurselor interioare pentru depășirea situației traumatizante, construirea unor relații armonioase atât cu copilul, cât și cu întreaga familie. La fel este acută necesitatea unor programe instructiv-educative referitoare la problema acceptării dizabilității pentru instituțiile de învățământ în vederea formării unor imagini adecvate despre dizabilitate la cetățeni și acceptării de către ei a diversității și dizabilității ca parte a experienței umane.

#### **1.4. „GROUP MOVIE THERAPY”: aspecte noționale, istorice și metodologice**

Reprezentările facilitează percepția unui produs cinematografic. Televiziunea, filmul, audio-vizualul sunt domenii care au capacitatea de a modela comportamente, de a forma noi atitudini, „nu atât prin mesajele pretext pe care ni le transmite - cât prin elementele specifice atmosferei pe fondul căreia se desfășoară acțiunea” [65, p.211].

Mesaje subînțelese, anumite valori aparent inexistente sunt inoculate spectatorului la nivel inconștient, astfel că el „se va trezi” la un moment dat promovând și aplicând un sistem de valori cu surse necunoscute, care pare a exista dintotdeauna, dar care nu găsește explicație în experiența directă a individului. Se observă aici o asemănare cu scenariile și schemele cognitive. Fiecare scenariu cinematografic are un protagonist - prin comparație, omul este protagonistul propriei vieți. Personajul de film are întotdeauna un scop pe care trebuie să îl atingă pe parcursul poveștii. Forțele antagonismului, întotdeauna la fel de puternice sau chiar mai puternice decât el, încearcă să îl oprească generând conflicte interioare, personale sau extrapersonale prin apariția unor neconcordanțe între acțiunile personajului și reacția lumii înconjurătoare la acestea. Toate aceste condiții favorizează *contaminarea psihologică*. Într-o formă simplă, contaminarea psihologică se referă la modul în care informațiile care conștient nu dorim să ne influențeze comportamentul, deciziile-gândirea sau emoțiile, ne influențează, totuși, în mod inconștient.

Dramatic este faptul că această influență există în ciuda faptului că subiectul încearcă să o blocheze conștient și voluntar și, mai mult, el nu își dă seama că este influențat [102, pp.22-23].

Conceptul de referință în cercetarea noastră - **GMT** - este un termen preluat din literatura engleză, care nu are o traducere exactă în limba română. Din acest motiv, vom recurge la traducerea fiecărui termen în parte: *Group* - grup [87]; *Movie* – film, cinema [ibidem]; *Therapy* – terapie [ibidem].

În literatura de specialitate identificăm mai mulți termeni, apropiați ca sens conceptului de GMT: *terapie de grup prin film*, *terapia vizionării filmului*, *filmul ca terapie de grup*, *terapia de grup prin vizionarea filmului*, *cinematerapie*, *terapia cinematografică*, *terapia prin film etc.*

În terapia cinematografică se folosesc trei principii simple.

**Primul este vizionarea eroilor filmului**, ținând atenție la realizarea lor de sine. Cine face ceea ce iubește, cine învață din viață, sunt acolo printre eroi stăpâni și înțelepți. Ceea ce îl împiedică sau îl ajută pe eroul filmului să mențină sănătatea și prudența.

**Al doilea principiu este auto-observarea.** La timp filmul, privitorul își observă constant propriile reacții la ceea ce se întâmplă în film. Vizualizatorii își amintește ce personaje și situații provoacă anumite alte emoții, ce gânduri și idei dau naștere mentalului răspuns.

**Al treilea principiu este observarea imaginilor filmului.** Primele trei până la cinci imagini sunt deosebit de importante, care sunt „codul figurativ” al filmului și reflectă o idee profundă, ascunsă și adesea necunoscută chiar și de cei mai mulți director. Este important să acordați atenție beneficiilor imaginilor pentru viața unei persoane, dinamicii acestor imagini și ce provoacă un răspuns intern.

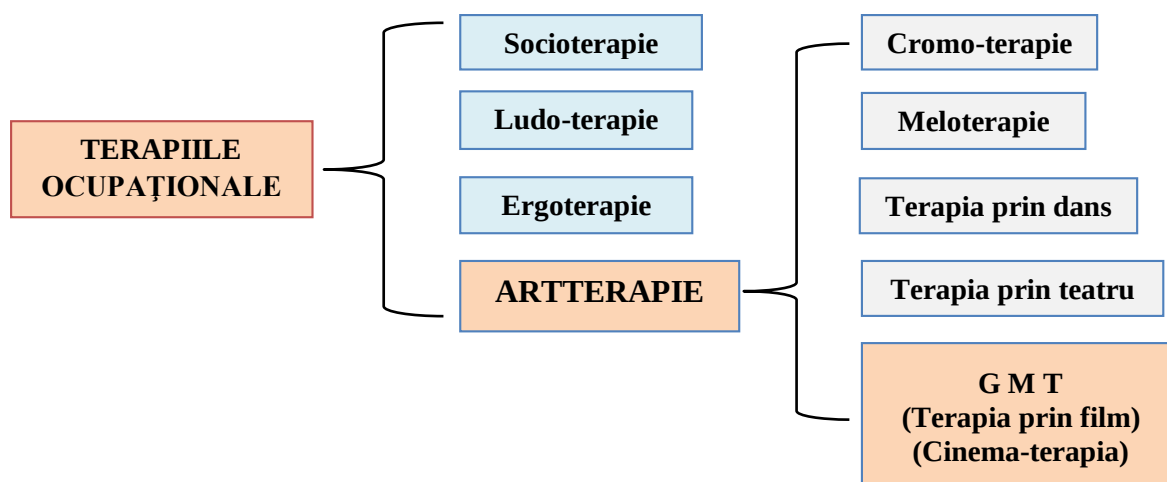
**Scopul principal al terapiei prin film** este de a ajuta spectatorul să vadă obstacole și oportunități pentru realizarea sa de sine. Și cele mai importante sarcini sunt: dezvoltarea obiceiului de auto-observare, capacitatea de a vedea maestri adevărați și înțelepți, precum și calea către autorealizare [203].

**Terapia cinematografică** vizionează filme populare urmate de discuții în grup - un proces creativ de descoperire de sine într-o atmosferă confortabilă. Același eveniment este interpretat de oameni în moduri diferite și, uneori, opusul. Totul din jur este perceput prin „filtre” ascunse ale conștiinței. Materialul filmului este folosit ca un mijloc de a dezvălui motive ulterioare și atitudini subconștiente care denaturează realitatea. Participanții la terapia cinematografică percep imaginile filmului, concentrându-se pe propriile imagini interne, care, la rândul lor, sunt determinate de propriile nevoi. Percepția fiecărui participant asupra imaginilor filmului corespunde exact propriei sale nevoi, proiecției complexului său, stereotipurilor sale. Acest lucru vă permite să aduceți cauza interioară a unei probleme la un nivel conștient [204].

Studiind interferența psihologiei cu cinematografia, cercetătoarea română L. Munteanu [193] descrie *cinematerapia* ca ramură a psihoterapiei care apelează la filme, fiind folosită în scop terapeutic încă din anii '90. **Terapia prin film** [196], [200], [205], [210] reprezintă o formă a artterapiei, fiind parte a grupului terapiilor ocupaționale (conform figurii 1.2.).

Artterapia este inclusă în sistemul metodelor de asistență psihologică și reprezintă orice acțiune cu scop terapeutic, care utilizează medierea unei conduite, referindu-se la utilizarea în scopuri terapeutice a tehnicilor din artă: pictură, desen, modelaj, sculptură, dar înglobează și terapiile muzicale, dansul, filmul, teatrul sau pantomima [38, p.49]. Ca orice tip de artterapie, GMT la fel folosește procesul creativ în scopul creșterii stării de bine a persoanei, sporirii capacităților ei fizice, mentale, emoționale.

Ca terapie de grup, ajută oamenii în rezolvarea diverselor probleme cotidiene, conflicte interne, oferind suport în dezvoltarea abilităților de relaționare interpersonală, gestionarea de comportamente, reducerea stresului, creșterea stimei de sine etc.

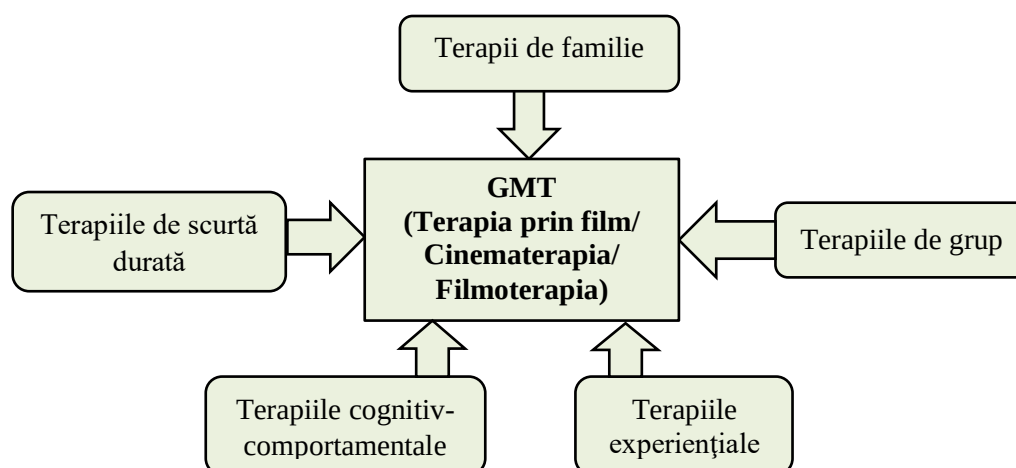


**Fig. 1.2. GMT în contextul terapiilor ocupaționale**

Prin intermediul artterapiei se asigură o stare de bine, de relaxare, de satisfacție persoanei implicate, sondând astfel potențialități personale nebănuite. Prin artterapie se realizează o intervenție colectivă terapeutică și compensatorie, care vizează dezvoltarea capacităților cognitive, afective și volitive. Activitatea de artterapie cultivă sensibilitatea, ajută la exprimarea sentimentelor, dezvoltă personalitatea, oferă un constant sentiment de fericire [47, p.13].

GMT, fiind integrată în grupul artterapiilor, poate aplica elemente practice caracteristice mai multor tipuri de terapii, precum cele experiențiale, cognitiv-comportamentale. De asemenea, GMT se poate realiza ca terapie de grup, ca terapie de familie (dacă persoanele implicate reprezintă cupluri, membri ai familiei).

În figura 1.3. prezentăm inter-relaționarea dintre GMT și alte tipuri de terapii psihologice, ce au la bază activitatea unui grup terapeutic.



**Fig. 1.3. Inter-relaționarea dintre GMT și alte terapii**

**Scopul GMT** constă în conștientizarea de către client a propriului Eu sau atingerea unui nivel superior de conștiință. Tehnicile sunt de autoperfecționare, axate mai puțin pe vindecare, simptom sau boală. Amintim că lucrul cu filmul are loc în manieră experiențială - o metodă holistică, centrată pe analiza de simbol, dezvoltare personală și auto-schimbare prin intermediul exercițiului provocator, improvizației și meditației creatoare cu suport artterapeutic și expresiv. La fel, utilizează puterea transfiguratoare a metaforei și a resemnificării experienței trăite, reconectând Ego-ul cu Sinele și stimulând procesele de unificare, integrare și transgresare, interne și externe [70, p.246].

GMT se consideră a fi o **terapie de grup**, reprezentând o activitate eficientă în vederea realizării scopurilor individuale, a creșterii personale și eliberării de confuziile și tensiunile interne ale persoanei. Consilierea în grup realizată în cadrul GMT oferă posibilitatea realizării mai multor obiective, dintre care cele relevante grupului cercetării noastre se referă la: *comunicare și dezvoltare de relații interpersonale; rezolvare de probleme și luare de decizii; dezvoltarea identității personale și stabilirea perspectivelor în conformitate cu oportunitatea; ameliorarea stării psihosomatice și menținerea unui mod sănătos de viață*. În grup au loc metamorfoze spectaculoase, atât la nivel colectiv, cât și la nivel individual. Aici se reconstituie un segment al vieții reale sociale, obiectivele terapeutice fiind atinse prin procese de comparare cu alții, prin cunoașterea modurilor în care pot fi abordate diverse dileme. *Atmosfera de susținere, contactul empatic, coeziunea grupală* oferă prilejuri pentru realizarea raporturilor, care servesc drept „oglină socială”. Prin analiza propriilor reacții și ale grupului în raport cu diferite personaje, faptele lor, scene din film ce plac sau displac, participanții pot lua contact cu părțile din umbră, iar prin ghidaj și travaliu terapeutic, își pot integra și unifica polaritățile. Astfel, putem conchide faptul că în ciuda interpretărilor superficiale la care a fost supusă de-a lungul timpului și în ciuda aparentei simplități, cinematerapia este o metodă aplicativă complexă,

validată științific. Aceasta nu este o tehnică facilă, accesibilă oricui, ci un instrument valid în modelarea aspectelor de tip emoțional, valoric și comportamental ale personalității umane, o tehnică valoroasă și atractivă care poate fi utilizată cu succes în procesul dezvoltării personale, în consiliere și în psihoterapie [45].

Aplicarea GMT se bazează pe prezența unui **grup terapeutic**, ce se consideră a fi un grup suportiv, în care elementul terapeutic este *interacțiunea suportivă* dintre membrii grupului. C. Rogers, în dezvoltarea versiunii sale de „*grup de întâlnire*”, subliniază realizarea unor trăiri foarte intense în cadrul activității grupului, atunci când persoane pot intra în contacte emoționale mai autentice prin intermediul întâlnirii cu propriul Eu, cu ceilalți și cu lumea semnificațiilor și trăirilor. El remarcă mai multe avantaje în cadrul *grupurilor de întâlnire*: a) experiența în cadrul grupului poate produce modificări permanente la nivelul personalității individului și, astfel, scopurile dezvoltării personale și cele ale grupului nu mai apar ca fiind separate; b) sunt stimulate confruntările autentice la nivelul grupului, iar exprimarea sinceră și deschisă a sentimentelor negative se dovedește în cele din urmă de folos pe termen lung; c) interesul de bază în terapiile de grup rămâne centrarea asupra conștientizării, exprimării și acceptării propriilor sentimente de către fiecare membru al grupului [69, p.77].

În cadrul GMT subiecții își percep și analizează propria situație, fiind susținuți de ceilalți membri ai grupului. Aceștia obțin beneficii în cadrul psihoterapiei doar dacă se simt acceptați de ceilalți membri ai grupului și de către psihoterapeut. Ei trebuie să găsească în situația de grup condiții care să le permită să nu mai dezvolte anxietatea care-i face ineficienți în relațiile cu ceilalți și nefericiți atunci când rămân singuri cu ei înșiși. În grup, participanții trebuie să se simtă liber să se autoexamineze, fiind asigurați de faptul că problemele sale vor fi înțelese așa cum sunt și că ei vor fi respectați ca persoană [ibidem].

În Republica Moldova, până în prezent nu au fost înregistrate cercetări pe dimensiunea GMT. În arealul științific românesc, însă, cinematerapia nu reprezintă o sferă necunoscută și complet nevalorificată. Domeniul vizat este abordat, spre exemplu, de către I. Mitrofan [81], [82], I. Holdevici [71], I.-B. IAMANDESCU [73], C. Valush [126], S-D. Dumitrache [44], [45], etc.

Utilizată ca parte a psihoterapiei, *terapia cinematografică* este o metodă inovatoare, ce se bazează pe principiile terapeutice tradiționale, fiind descrisă de către diverși cercetători occidentali: R. Mc Conkey, M. Truesdale-Kennedy [174], G. Solomon [184], F. Ulus [186], A. Zhewu [189], etc. Grație puterii enorme de transformare a filmului, terapia cinematografică poate fi un catalizator puternic pentru vindecarea și creșterea persoanei deschise să învețe. Terapia cinematografică folosește în scop de intervenție mai multe efecte: ale imaginilor, al complotului, al muzicii etc.

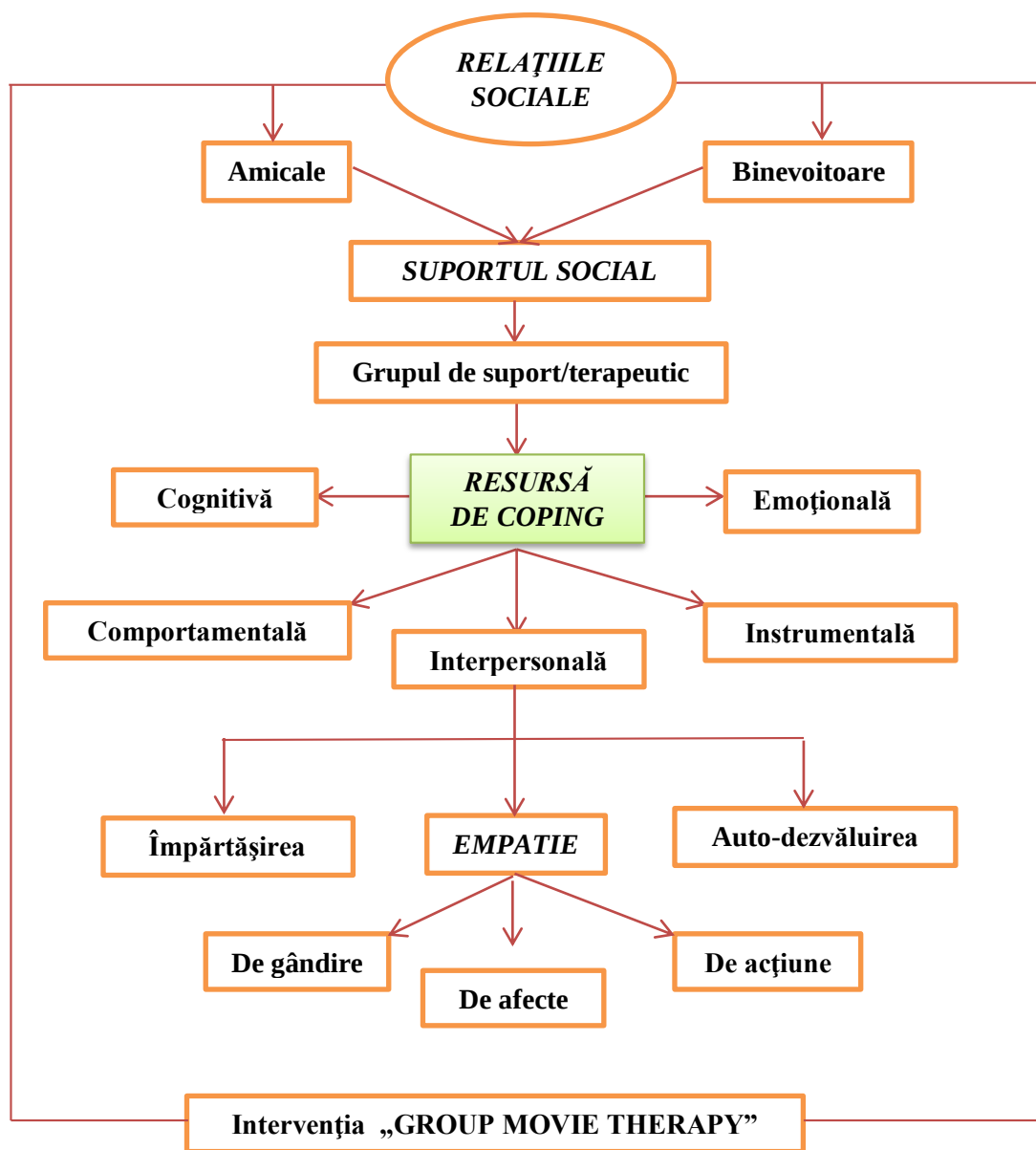


În viziunea autorilor ruși A. Менегетти [143], Ю. Фадеева [207], Н. Прокофьева [205], К. Корбут [202], Е.Н. Павлова [145], А.А. Баканова [136], О. С.Андреева [135], В.Е. Семенов [206], filmoterapia (*кинотерапия*) este un instrument subtil pentru autodiagnosticarea și influențarea inconștientului personalității. În sesiunile de terapie cinematografică, participanții, combinând plăcerea estetică și intelectuală, își pot rezolva problemele personale, folosind în calitate de material de stimulare operele clasicii cinematografeiei. Acest lucru este posibil grație ocaziilor de reflecție asupra propriilor trăiri pe care le oferă vizionarea unui film. În cadrul terapiei prin film are loc un proces de examinare a propriilor însușiri, fapte, cu identificarea unor tipare comportamentale inconștiente, după care devine posibilă modificarea conștientizată a propriilor acțiuni.

Actualmente, strategia terapeutică GMT prin vizionarea unui film se bucură de popularitate și este menită să formeze competențe parentale pentru depășirea unor situații de criză din familie, fiind accesibilă unui număr mai mare de persoane, ce își pun scopul ameliorării situației personale și îmbunătățirii calității vieții. *Relațiile sociale* stabilite la nivel de grup joacă un rol important în promovarea sănătății, rezilienței și menținerea stării de bine. Un aspect al relațiilor sociale care facilitează apariția acestor rezultate pozitive este *suportul social*- concept cercetat pe scară largă de către oamenii de știință începând cu anii '70. Astfel, diferite studii empirice arată că persoanele care beneficiază de suport social experimentează mai puțin stres în diferite circumstanțe ce determină apariția acestuia. Există cercetări care confirmă că suportul social reprezintă dimensiunea cu cel mai puternic efect asupra diminuării stresului traumatic [156, pp.748-766].

*Suportul social* reprezintă confortul, asistența și informația pe care individul le primește prin intermediul contactelor formale și informale din partea grupului. Rememorările experiențelor emoționale discutate în grup prezintă anumite constante: sunt *social dirijate* și se prezintă ca un *efort de verbalizare a experienței emoționale*. Beneficiul obținut poate proveni din posibilitatea de *împărtășire* ce facilitează socializarea și elaborarea mentală, printr-o mai bună stăpânire a reprezentărilor „traumatice” și posibilitatea unui tratament defensiv eficient [ibidem]. Tot prin intermediul grupului terapeutic de suport pot fi dezvoltate și diverse *resurse de coping*, necesare pentru gestionarea de către persoane a experiențelor traumatizante, inclusiv, cele ce provoacă apariția stresului.

*Scopul grupului de suport* constă în a dezvolta protecție, a crea un mediu securizant, în care participanții să aibă oportunitatea de a căpăta încredere și de a discuta cu alte persoane ce experimentează trăiri similare. Figura prezentată în continuare reflectă relevanța grupului de suport în contextul intervenției „GROUP MOVIE THERAPY”.



**Fig. 1.4. Relevanța grupului de suport în contextul intervenției „GMT” [58, p.52]**

Conform figurii 1.4, *relațiile sociale amicale, binevoitoare* prezintă *suportul social* cu efectele protectoare ale rememorării experiențelor emoționale. Într-adevăr, pentru fiecare individ apare drept un aspect fundamental posibilitatea de a avea zilnic *rația sa de schimburi afective* și de a putea prin intermediul acestora să-și verbalizeze experiențele afective [30, p.149].

**Resursele de coping** sunt definite ca abilități și caracteristici demonstrate a fi adaptativ-avantajoase în multe situații, care concură la o conduită eficientă de coping la nivel individual. Resursele de coping pot fi de natură cognitivă, emoțională, comportamentală, interpersonală, instrumentală. Resursele de coping pot fi: *stima de sine, auto-eficacitatea, sensul controlului asupra fenomenelor, sensul coerenței, sănătatea și energia*, toate acestea fiind dimensiuni ale tipului A de comportament [94, p.48].

*Suportul social* implică existența rețelelor sociale suportive, caracterizate prin *reciprocitate, accesibilitate și stabilitate*. Studiile realizate de-a lungul timpului confirmă rolul

suportului social în situații critice de viață, asocierea sa cu reziliența, cu starea de bine în perioade de stres sau cu satisfacția față de viață. În plus, suportul social scăzut este asociat cu un număr mare de tulburări psihice, precum depresia majoră, stresul posttraumatic, schizofrenia, dar și cu unele aspecte non-patologice (de exemplu, distresul psihic, afectele negative, stima de sine scăzută, pesimismul) [158, pp.267-283].

În tabelul nr. 1.5. prezentăm tipologiile și sursele suportului social.

**Tabelul 1.5. Tipologiile suportului social [37, pp.268-269]**

| Autorul                                    | Tip de suport                                  | Descrierea                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>S. Cobb (1982)</b>                      | <b>1. Social</b>                               | implică oferirea de sfaturi, consiliere, ghidare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                            | – <i>emoțional</i>                             | determină primitorul să creadă că este agreat și iubit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                            | – <i>suport stimei de sine</i>                 | determină primitorul să creadă că este stimat și apreciat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                            | – <i>rețeaua de suport</i>                     | determină primitorul să creadă că are o poziție bine definită în cadrul rețelei de comunicare și obligații mutuale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                            | <b>2. Activ</b>                                | maternal sau total, care conduce la dependență                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>C. Wan, J. Jaccard, S. Ramey (1996)</b> | <b>3. Material</b>                             | asigurarea de bunuri și servicii pentru ca o persoană să își poată atinge obiectivele                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                            | <b>1. Emoțional</b>                            | implică împărtășirea experienței de viață. Persoanele dezvoltă credința că sunt acceptate și apreciate pentru valoarea și experiențele lor. Comportamentele care exprimă <i>stimă, afecțiune, încredere, acceptare, încurajare, grijă</i> etc. reprezintă indicatori ai suportului emoțional și întăresc stima de sine a unei persoane. Studiile arată că femeile au tendința de a oferi mai mult suport emoțional comparativ cu bărbații. |
|                                            | <b>2. De tip companie / recreațional</b>       | servește la detașarea persoanei de problemele sale, la facilitarea unei stări afective pozitive și constă în petrecerea timpului liber alături de ceilalți. Aceste activități reduc stresul și asigură satisfacerea nevoilor de afiliere și contact social                                                                                                                                                                                 |
|                                            | <b>3. Tangibil / concret/ material</b>         | se referă la asigurarea asistenței financiare, a resurselor materiale și serviciilor necesare unei persoane                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>J. Mc Cubbin, A. Mc Cubbin (1992)</b>   | <b>4. Informațional</b>                        | implică oferirea informațiilor necesare persoanelor pentru a fi mai eficiente în încercarea lor de a găsi soluții la problemele cu care se confruntă. De asemenea, acest tip de suport poate spori credința unei persoane în capacitatea sa de a face față provocărilor. Comportamentele asociate unui asemenea tip de suport includ <i>feedbackul, sfaturile, consilierea, sugestiile, ghidarea, informarea</i> .                         |
|                                            | <b>1. Intergenerațional</b>                    | permite utilizarea reciprocă a experienței celor din generații diferite (de exemplu, bunici, părinți, tineri căsătoriți fără copii)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>J. Mc Cubbin, A. Mc Cubbin (1992)</b>   | <b>2. Grupurile de suport/ de înțajutorare</b> | pot fi definite ca asociații de indivizi care se confruntă cu aceeași problemă sau situație și care se întâlnesc în scopul acordării de ajutor reciproc.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

*Grupul de suport* poate contribui semnificativ la îmbunătățirea calității vieții membrilor săi, conceptualizat ca o combinație a resurselor interpersonale (calitatea relaționării), cognitive (interpretări ale expectanțelor), emoționale (încurajare), comportamentale (control și monitorizare) și instrumentale (ajutor direct în rezolvarea situațiilor de criză).

Cercetătorul P. Thoits consideră *suportul social* resursă decoping, definindu-l ca pe o participare activă a persoanelor semnificative la eforturile unui individ de a controla stresul, argumentând faptul că membrii rețelei sociale ai unei persoane pot facilita adoptarea strategiilor adecvate de coping și adaptarea la evenimente stresante [185, pp.416-423].

*Auto-dezvăluirea* care se produce în cadrul terapiei de grup reprezintă comunicarea verbală a informației personale către un alt individ sau grup de indivizi. S. Jourard a deschis seria cercetărilor în domeniul auto-dezvăluirii și a definit acest concept drept „*actul prin care te faci cunoscut, prin care te arăți celorlalți pentru ca aceștia să te poată percepe*” [171, p.19].

Auto-dezvăluirea mai are numeroase funcții: *dezvoltarea relațiilor interpersonale* (ne este greu să ne imaginăm cum se poate încheia o relație și cum se poate ea consolida, dacă nu ar exista un schimb de informații personale în grup); funcția *expresivă/de exprimare*; funcția de *auto-clarificare* (ne dezvăluim celuilalt pentru a ne lămurii propriile gânduri și sentimente); funcția de *validare socială* (face referire la feedbackul primit din partea celorlalți participanți). Auto-dezvăluirea este legată direct de sănătatea mentală [37, p.483].

GMT, utilizând în calitate de instrument principal **filmul**, poate conferi atractivitate oricărui demers terapeutic. În prezent, filmele sunt folosite în nenumărate contexte educative și terapeutice, dincolo de scopul principal pentru care au fost create, și anume, producerea divertismentului, a stării de bine. Astfel, filmul poate fi utilizat în: educație la nivelul celor trei procese: predare – învățare – evaluare; formarea specialiștilor din diverse domenii; dezvoltare personală; consiliere psihologică și psihoterapie individuală; psihoterapie de grup (copii, adolescenți, adulți, bătrâni); consiliere și psihoterapie de cuplu și familie; consiliere în carieră și cea vocațională [44, p.15].

În ultimul deceniu, GMT a apărut ca o strategie inovatoare în abordarea problemelor cu care se confruntă indivizii, cuplurile și familiile. Datorită faptului că filmul reflectă opinii despre lume și problemele ei, este utilizat ca instrument auxiliar în procesul de dezvoltare personală, consiliere și psihoterapie. Prin relatarea experienței de viață se poate influența conștiința persoanei, se pot crea momente ce pot genera gânduri, emoții și meditații [18, pp.14-16].

Utilizat în scop psihoterapeutic, filmul asigură adaptarea pozitivă și transformarea sanogenă a individului, indiferent de categoria beneficiarilor. Angela Zhe Wu, descrie GMT ca fiind „*o metodă creativă de intervenție terapeutică, în care facilitatorul folosește filmul ca instrument-metaforă pentru a susține și a încuraja procesul de auto-explorare, vindecare și dezvoltare personală*” a clientului [189, p.6].

Filmele oferă și o *recompensă emoțională*, declanșând diverse emoții la cel ce vizionează, uneori chiar simultan, când acesta râde și plânge în același timp. Este vorba despre

*funcția catartică*, de eliberare emoțională a filmului, de la care și a pornit după 1990 analiza complexă a funcției psihoterapeutice a filmului [109].

Filmul ca pretext și punct de sprijin în demersul terapeutic și de dezvoltare personală conferă, în primul rând, un cadru de lucru extrem de atractiv, sprijină crearea unui climat de grup ce favorizează încrederea și deschiderea reciprocă. Astfel, participanții vor putea cu o mai mare ușurință să abordeze diferite probleme de ordin personal, unele dintre care considerate de multe ori tabu, dureroase sau inaccesibile.

Filmul funcționează ca un ecran de proiecție în care subiectul are șansa de a se descoperi pe sine, de a descoperi lumea, având posibilitatea, prin ghidaj terapeutic, să identifice resurse, să depășească blocaje și să creeze strategii de coping. Povestea urmărită prin intermediul filmului, cât nu ar părea de banal, ne poate schimba temporar sau permanent modul de a aborda lucrurile, fiindcă orice experiență nouă este menită să ne motiveze emoțional, spiritual și fizic. Subconștientul nostru este destul de receptiv la astfel de întâmplări, motiv pentru care ajungem să fim mai motivați și mai hotărâți asupra propriilor decizii. Spectatorul participă la experiența vizionării de filme cu „tot arsenalul din dotare”: corp, minte, emoție și spirit. Astăzi este unanim recunoscut că emoțiile și sentimentele sunt forțe motivaționale, că, altfel spus, suntem tentați să reproducem situațiile și comportamentele care în trecut au fost însoțite de emoții plăcute (bucurie, reușită, satisfacție, admirație, dragoste etc.). Uneori, emoțiile plăcute trăite în trecut sunt cele care „aleg” pentru noi să revedem un anumit film; la fel de adevărat este și în cazul celor neplăcute (tristețea, furia, dezgustul, frica etc.), care ne fac să vizionăm, revizionăm sau să respingem anumite filme [195], [196].

Pentru atingerea unor cote cât mai înalte în cadrul influențelor psihologice prin intermediul GMT, cercetătorii atenționează asupra unor **condiții de selectare a filmelor**. Atunci când vom da prioritate unui anumit film în cadrul GMT, vom ține cont de *specificul și de nivelul cultural al grupului de participanți*. Totodată, vom alege întotdeauna filmele în funcție de *specificul problemelor cu care se confruntă clientul și de obiectivele ședințelor de lucru terapeutic*. D.Stults recomandă alegerea unui film care să îl ajute pe client: *să râdă, respectiv să privească problema într-o cheie amuzantă; să plângă, respectiv să își elibereze emoțiile pentru a se putea declanșa procesul de vindecare; să înțeleagă faptul că și alți oameni au aceeași problemă; să găsească un model de urmat; să descopere noi modalități de a comunica; să își pună la îndoială convingerile; să vizualizeze salvarea și eliberarea, întrucât, spune autorul, acestea sunt poveștile cu impactul cel mai puternic* [44, p.91].

Filmele sunt niște instrumente, prin care participanții au acces la lucrurile care îi preocupă cu adevărat, la cele care îi consumă interior, la problemele lor curente, la blocajele și resursele lor interioare. Atmosfera prielnică coeziunii grupului care se creează prin intermediul

vizionării în comun a filmului susține procesele de explorare, împărtășire, reechilibrare interioară și exterioară a participanților. Beneficiarul are șansa să descopere secvențe și cadre din propriul „film interior”, să le immortalizeze, să le îmbogățească și să le „editeze” sau transforme, în vederea unei creșteri pozitive și durabile a lui și a celorlalți. Astfel, participantul este nu doar spectator, ci el devine, pe lângă actor, regizor și scenarist al *filmului său interior*. Alți autori recomandă filmele și ca sursă de *insight* neașteptat, care este perceput ca ceva ce se produce plăcut odată cu vizionarea. În susținerea acestei idei, I. Cosmovici menționează: „*Filmele pot fi nu numai o companie plăcută, ci și prietenii buni care ne ajută să ne regândim viața, asta nu pentru că nu am ști să gândim singuri, ci pur și simplu pentru că nu avem timp de așa ceva: regăsim atunci în tihne nu răspunsurile, ci întrebările bune de la care am pornit, dar pe care le-am pierdut una câte una, pe străzile haotice ale carierei*” [apud 44, p.61].

T. Grodal oferă o explicație complexă a proceselor ce sunt declanșate la nivel individual în timpul vizionării unui film. Acestea se referă la: analiza cognitivă a unei situații narative date; evaluarea situației în relație cu preferințele unei ființe fictive, rezultatul acestei evaluări fiind adesea reprezentat mental și fizic de spectator ca „afect, „emoții” (în identificarea empatică cu ființa); simularea mentală a spectatorului și anticiparea planurilor pentru realizarea schemelor cognitive, comunicative și motorii din ficțiune orientată către reducerea emoțiilor negative și creșterea emoțiilor pozitive pentru ființele fictive; analiza cognitivă și reprezentarea afectivă a dezvoltării fictive actuale și consecințele sale pentru ființa fictivă (cum ar fi bucuria, ușurare, dezamăgire și frustrare) [109, p.187].

Filmul poate fi o sursă de inspirație, încurajare și speranță, poate facilita ameliorarea stărilor emoționale negative, poate oferi modele de urmat sau repere morale și valorice, ajută la înțelegerea naturii și sursei anumitor probleme, la consolidarea punctelor forte ale clientului, la îmbunătățirea comunicării și la deprinderea unor mecanisme salubre de coping, la învățarea de noi strategii de raportare sanogenă la realitate. Acestea pot fi folosite ca o evadare din rutina zilei, având o imensă putere de vindecare. Filmele dispun de mijloace specifice de influențare, fapt care face publicul să se regăsească în cadrul lor, să se inspire din ele, găsind răspunsurile necesare în trăirile presante ale timpului pe care îl parcurg [63, p.282].

În concluzie, atmosfera prielnică coeziunii grupului care se creează prin intermediul vizionării filmului susține procesele de explorare, împărtășire, re-echilibrare interioară a participanților. În lucrul cu mamele copiilor cu dizabilități, în scopul învățării depășirii situațiilor dificile cu care se confruntă, cinematerapia ar putea fi o modalitate de intervenție rapidă și eficientă cu impact pe termen lung.

## 1.5. Concluzii la Capitolul 1

Investigarea literaturii de specialitate referitoare la manifestarea și gestionarea nivelului de stres în rândul mamelor ce educă unul sau mai mulți copii cu dizabilități (în special, cu AN) a condus la sintetizarea următoarelor concluzii orientative pentru demersul cercetării experimentale:

1. *Stresul* ca fenomen psihosocial, reprezintă răspunsul non-specific al organismului la exigențele mediului, manifestându-se ca reacție a unui organism a cărui stare de bine este amenințată și care nu are un răspuns imediat pentru a combate amenințarea respectivă, însă are nevoia de a realiza funcțiile de adaptare și restabilire a stării de bine.
2. Situația psihotraumatizantă cauzată de apariția copilului cu dizabilități, percepută la nivelul familiei, poate genera un stres continuu, manifestat la toți membrii familiei. Vulnerabilitatea mamei în fața confruntării stresului este mai mare, fapt datorat aflării acesteia într-un proces permanent de îngrijire a copilului cu dizabilități.
3. Definirea *afecțiunilor neuromotorii* ca tulburări ce afectează, în special, componentele motrice ale persoanei, având o serie de consecințe în planul imaginii de sine și în modalitățile de relaționare cu factorii de mediu, cu alte persoane, permite scoaterea în evidență a limitărilor cu caracter psihosocial, ce creează bariere, inclusiv în relaționarea persoanei cu mediul familial (în cazul nostru se are în vedere, în special, interacțiunea copilului cu AN cu mama).
4. Studiul cercetărilor în domeniul gestionării stresului a permis elaborarea unei definiții de lucru a conceptului de GMT, ca parte a grupului artterapiilor și odirecție către descoperirea „filmului interior”, o metodă inedită de explorare, auto cunoaștere și devenire interioară prin intermediul utilizării filmului. Așa dar, GMT reprezintă o metodă de educație alternativă, care conferă nu doar atractivitate procesului educațional și terapeutic simultan, ci și profunzimea unei modificări și dezvoltări personale și relaționale semnificative, utilizând puterea de influență a grupului, pe de o parte, și a filmului, pe de altă parte. Noi vom califica GMT ca strategie de gestionare a stresului mamelor copiilor cu AN.

La etapa sintetizării informației științifice privind actualitatea și gradul de investigare a temei de cercetare, complexitatea și caracterul interdisciplinar a acesteia, am constatat că domeniul dat este în plină explorare. Mai puțin este examinat acest domeniu cu referire la mamele ce educă copii cu dizabilități, în special, cu AN. Aceste constatări ne permit să remarcăm necesitatea stabilirii particularităților psihologice de manifestare a stresului la mamele

cu copii cu AN, modalitățile de influență psihosocială în vederea gestionării stresului în mediul acestor mame și anume, prin utilizarea GMT ca strategie de intervenție psihosocială.

În contextul celor expuse, am realizat cercetarea experimentală a manifestării stresului la mamele care educă copii cu AN comparativ cu mamele ce educă copii cu dezvoltare tipică, urmărind **scopul** de a reliefa *fundamentarea teoretică și validarea empirică a premiselor susceptibile să transforme GMT într-o strategie eficientă de gestionare a nivelului de stres la mamele copiilor cu AN.*

**Ipoteza cercetării** înaintată în acest demers a fost concretizată în câteva teze:

- Tensiunea neuropsihică și nivelul de stres sunt determinate de condițiile specifice ale subiectului, ce reprezintă un factor social de bază în formarea comportamentului acestuia;
- Mamele care au în îngrijire copii cu AN manifestă un nivel mai înalt de stres și tensiune neuropsihică în comparație cu mamele copiilor cu dezvoltare tipică, fiind orientate spre mecanisme de coping mai puțin eficiente;
- Prin utilizarea GMT se pot dezvolta resurse de coping, care să diminueze nivelul de stres la mamele ce au în îngrijire copii cu AN, asigurând astfel o gestionare mai bună a acestuia.

În cadrul cercetării experimentale ne-am propus câteva modalități de verificare a ipotezei înaintate, care au constituit **obiectivele de cercetare**:

1. organizarea și desfășurarea unui studiu empiric complex, axat pe identificarea particularităților de manifestare a nivelului de stres la mamele copiilor cu AN și la mamele copiilor cu dezvoltare tipică;
2. implementarea strategiei GMT în scopul diminuării nivelului de stres la mamele copiilor cu AN;
3. elaborarea concluziilor și recomandărilor de rigoare.



## 2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ PRIVIND MANIFESTAREA NIVELULUI DE STRES LA MAMELE COPIILOR CU AFECȚIUNI NEUROMOTORII

### 2.1. Lotul cercetării și instrumentele aplicate în studiul experimental de constatare

În demersul de concepere, organizare și realizare a cercetării experimentale a manifestării nivelului de stres la mamele ce educă copii cu AN, am pornit de la experiența proprie. Având doi copii cu dizabilități, am observat că tensiunea și efortul pe care îl depun în creșterea lor este mult mai mare în comparație cu reacțiile manifestate de către mame în creșterea copiilor cu dezvoltare tipică. Deși povara a fost mereu mare, chiar odată cu nașterea lor, totuși aceasta a crescut considerabil când copiii mei au mers la școală. La fel, o altă constatare făcută pe parcurs de către mine se referă la faptul că mamele copiilor cu dizabilități, cu care am avut ocazia să interacționez în cadrul Asociației de părinți în care am activat, au tendința să ia cea mai mare parte din responsabilitățile de creștere și educație a copiilor lor, pe care le împart cu soții. Fiind în legătură cu peste 1000 de mame în cadrul respectivei asociații, am stabilit că mai mult de  $\frac{3}{4}$  din acestea își creșteau copiii singuri, fapt care demonstrează, cel puțin în baza cazurilor particulare examinate de către mine, că tații sunt cei care cedează mai ușor și mai frecvent în fața dificultăților de acest gen. Constatările expuse mi-au instigat interesul de a cerceta mai profund aceste aspecte ale vieții familiilor copiilor cu AN.

Investigația a avut loc în perioada octombrie 2014 – decembrie 2019, fiind realizată în câteva etape. Etapa experimentală a cercetării s-a axat pe studierea particularităților de manifestare a stresului la mamele ce au în îngrijire copii cu AN și compararea acestora cu manifestările de acest gen la mamele ce educă copii cu dezvoltare tipică. Astfel, **scopul experimentului de constatare** a implicat organizarea și desfășurarea unui studiu empiric complex, axat pe studierea particularităților stresului la mamele copiilor cu AN în comparație cu mamele care educă copii cu dezvoltare tipică.

Ulterior, în cadrul experimentului formativ, au fost stabilite modalități psihologice de gestionare a stresului în rândul mamelor cu copii cu AN, fiind utilizată experimental GMT ca strategie de intervenție psihosocială în vederea diminuării nivelului de stres.

*Etapile experimentului de constatare* au fost câteva:

- *prima etapă* a avut ca sarcină selectarea metodelor psihometrice, orientate spre studierea manifestării stresului, pe de o parte, și formarea lotului de cercetare, pe de altă parte;
- *cea de-a doua etapă* s-a axat pe administrarea metodelor psihometrice și acumularea datelor experimentale, iar analiza cantitativă și calitativă a datelor colectate a permis determinarea particularităților de manifestare a stresului în grupurile de mame cercetate în cadrul celei de-a *treia etapă*;

- *etapa a patra* s-a referit la formularea concluziilor în vederea confirmării ipotezei cercetării, urmată de elaborarea și aprobarea modelului psihosocial de utilizare a GMT în scopul gestionării stresului la mamele ce educă copii cu AN, realizate în faza experimentului de formare.

În cadrul cercetării au fost utilizate mai multe tehnici psihometrice, ce urmează să fie prezentate în continuare. Datele experimentale obținute au fost supuse prelucrării, fiind utilizată metoda teoretică ipotetico-deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor, precum și metode de interpretare cantitativă și calitativă cu diferențierea caracteristicilor pentru diferite grupuri experimentale. Dintre *metodele matematice de prelucrare statistică* utilizate în cadrul acestei cercetări se numără: compararea mediilor prin determinarea coeficienților statistici t-Student pentru eșantioanele independente, corelarea datelor prin calcularea coeficientului de corelație, stabilirea cotelor procentuale, valorilor medii.

În scopul verificării experimentale a ipotezei au fost selectate și administrate 3 tehnici psihometrice, prezentate în tabelul de mai jos.

**Tabelul 2.1. Tehnici psihometrice administrate în cadrul experimentului de constatare pentru studierea manifestărilor stresului în rândul mamelor**

| Denumirea tehnicii                                    | Autori                              | Sursa                | Anexe   |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|---------|
| Testul de determinare a nivelului de stres PSM 25     | Н. Водопянова                       | [138, p.41-43]       | Anexa 1 |
| Testul de evaluare a nivelului tensiunii neuropsihice | Т.А. Немчин                         | [apud 149, p.64-69]  | Anexa 2 |
| Testul de determinare a mecanismelor de coping COPE   | Carver, Scheier și Weintraub (1989) | [apud 25, p.108-112] | Anexa 3 |

**Testul de determinare a nivelului de stres PSM 25**, elaborat de Lemyr, Tessier și Fillion, a fost utilizat de către noi în varianta adaptată de Н. Водопянова [138]. Instrumentul reprezintă o scală concepută pentru măsurarea structurii fenomenologice a experienței de stres, care identifică detaliat starea individului supus stresului. Metoda a fost inițial dezvoltată în Franța și mai târziu tradusă și validată în Marea Britanie, Spania, Japonia, Rusia, dovedindu-și cu iscusință aplicabilitatea.

Chestionarul conține 25 de enunțuri. Acestea se referă la diverse comportamente și stări emoționale, ce trebuie evaluate de către respondent, utilizând o scală din 8 trepte, care indică lipsa totală a comportamentelor și stărilor descrise (niciodată (1)), până la prezența lor absolută în viața și activitatea persoanei (întotdeauna (8)). Scorul total pentru determinarea nivelului de stres este obținut prin însumarea punctajului obținut pentru fiecare item, un scor înalt determinând și prezența unui nivel sport de stres la cel ce completează chestionarul. Astfel, în urma aplicării chestionarului descris se pot obține trei niveluri ale stresului: nivel scăzut de stres,

ce este indicat prin acumularea unui punctaj de până la 99 puncte; nivel mediu al stresului, stabilit în cazul înregistrării unui scor de 100-125 puncte, și nivel înalt al stresului, prezent în cazul obținerii unui punctaj mai mare de 125 puncte.

**Testul de evaluare a nivelului tensiunii neuropsihice**, autorul căruia este T.A. Немчин a fost selectat pentru utilizarea în cadrul acestei cercetări, pentru că nivelul tensiunii neuropsihice corelează direct cu nivelul de manifestare a stresului [apud 149, p.64-69]. Starea de tensiune neuropsihică ridicată reflectă, de fapt, un nivel sporit de stres.

Instrumentul respectiv reprezintă un chestionar din 50 de afirmații, iar respondentul este invitat să dea un răspuns afirmativ sau negativ pentru fiecare. La analiza datelor obținute pentru fiecare răspuns de DA oferit pentru itemii 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26; 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 se oferă câte un punct. La fel, se alocă câte un punct pentru răspunsurile negative înregistrate pentru afirmațiile 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. În baza scorului total obținut de puncte se stabilește nivelul tensiunii neuropsihice.

Atfel, se pot determina 5 niveluri ale tensiunii neuropsihice:

- foarte ridicat, în cazul scorului de 40-50 puncte acumulate;
- ridicat, pentru un scor de 25-40 puncte;
- mediu, cu tendință spre ridicat, dacă respondentul a înregistrat un scor de 15-25 puncte;
- mediu, cu tendință spre scăzut, pentru un total de 5-15 puncte;
- scăzut, când respondentul acumulează un scor de până la 5 puncte.

**Chestionarul de studiere a mecanismelor de coping COPE** elaborat de Carver, Scheier și Weintraub (1989) a fost selectat, pentru a fi stabilite strategiile de coping la care recurg, de regulă, respondenții participanți la studiu [apud 25, p. 108-112].

Chestionarul integrează modelul stresului elaborat de Lazarus (1984), dar autorii chestionarului consideră departajarea formelor de coping în cele două tipuri (focalizat spre problemă și focalizat spre emoție), propus de autor, prea simplistă. Chestionarul COPE vizează 14 forme de coping, care pot avea preponderent un caracter activ sau pasiv.

Chestionarul cuprinde 53 de afirmații. Fiecare formă de coping este evaluată prin intermediul a 4 itemi. Excepție face *copingul prin recurgerea la alcool-medicamente*, care este măsurat printr-un singur item. Aprecierea manifestărilor descrise se face prin utilizarea unei scări, cu 4 opțiuni de alegere, în care: 1 – reflectă răspunsul „De obicei, nu fac acest lucru”; 2 – „Rareori fac acest lucru”; 3 – „Fac uneori acest lucru”; 4 – „Fac deseori acest lucru”. La analiza răspunsurilor oferite se analizează tipurile de comportament indicate pentru fiecare din cele 14 strategii de coping.

Cele 14 scale corespunzătoare strategiilor de coping sunt:

1. ***copingul activ (CA)*** – vizează acțiunile concrete, ce urmăresc înlăturarea stresorului sau ameliorarea efectelor sale. Este o formă de acțiune conștientă, de intensificare a efortului în vederea ameliorării sau ajustării la stresor (1,14, 31, 40);
2. ***planificarea (PL)*** - se referă la orientarea gândirii spre pașii și modalitățile de acțiune (2, 15, 30, 45);
3. ***eliminarea activităților concurente (EAC)*** – evaluează tendința persoanelor de a evita distragerea de la situația problematică, pentru a se putea concentra mai mult asupra soluționării ei (3, 16, 28, 42);
4. ***reținerea de a acționa(r de la A)*** – măsoară opusul tendințelor impulsive și premature de a acționa, chiar dacă situația nu o permite; este o formă de coping activ în sensul focalizării pe stresor, dar în același timp, o strategie pasivă, până în momentul când circumstanțele vor permite acțiunea (4, 17, 29, 43);
5. ***căutarea suportului social-instrumental (SSI)*** – evaluează tendința de a solicita sfaturi, informații, ajutor material necesar în acțiunile de ameliorare a situației; este considerat a fi o formă de coping activ (5,18,32,44);
6. ***căutarea suportului social-emoțional (SSE)*** – itemii descriu această strategie identifică în ce măsură persoana tinde să solicite înțelegere, compasiune sau suport moral de la prieteni, rude, colegi, pentru a diminua distresul; este o formă de coping focalizat pe emoție (6, 19, 33, 46);
7. ***reinterpretare pozitivă (RP)*** – identifică tendința unei persoane de a extrage un beneficiu chiar dintr-o situație indezirabilă sau cu consecințe nefaste; nu are doar scopul de a reduce distresul, ci poate fi punctul de plecare pentru un alt gen de acțiune asupra stresorului (7, 20, 34, 48);
8. ***acceptarea (AC)*** – vizează una dintre cele două situații: acceptarea realității factorului amenințător, în vederea acționării asupra lui sau acceptarea faptului că nu se poate face nimic pentru ameliorarea situației (8, 21,35, 47);
9. ***negarea (NEG)*** – se referă la refuzul de a crede că stresorul există sau la acțiunile întreprinse care ignoră stresorul, ca și cum nu ar fi real; deși, în mod tradițional, negarea este inclusă în categoria mecanismelor defensive, Carver și colaboratorii consideră utilă includerea negării în lista mecanismelor de coping (11, 24, 38, 52);
10. ***descărcarea emoțională (DE)*** – scala pune în evidență tendința persoanei de a-și reduce nivelul distresului prin exprimarea afectelor și emoțiilor negative (10, 23, 37, 51);
11. ***orientarea spre religie (OR)*** – se referă la măsura în care subiectul apelează, în momentele nesigure, la ajutor din partea divinității; autorii chestionarului apreciază că orientarea spre

religie este o strategie de coping cu funcții multiple: poate servi pentru reinterpretarea pozitivă, pentru suport emoțional sau ca o formă de coping activ la un stresor (9, 22, 36, 49);

**12. pasivitatea mentală (PM)** – scala identifică „tactica” folosită de anumite persoane în scopul de a evita confruntarea cu problema; pasivitatea mentală are loc prin „imersia” în alte activități: vizionarea de filme sau spectacole, vizitarea prietenilor, practicarea sporturilor etc.; este tendința opusă suprimării oricăror activități, pentru a se concentra asupra situației problematice (13, 26, 27, 53);

**13. pasivitatea comportamentală (PC)** – evaluează tendința de răspuns la stres prin reducerea efortului sau chiar abandonarea angajării în atingerea scopului sau înlăturarea stresorului care interferează cu scopul; pasivitatea comportamentală ca strategie de coping este similară conceptului de neajutorare (12, 25, 41, 50);

**14. recurgera la alcool-medicamente (R la AM)** – itemul identifică propensiunea de a apela la medicație anxiolitică sau la alcool pentru cuparea stărilor de disconfort psihic rezultate din confruntarea cu situația amenințătoare (39).

**Scopul cercetării** a determinat structura lotului de cercetare. Atenția noastră a fost îndreptată asupra familiilor în care sunt educați copii cu dizabilități, subiecți ai cercetării fiind, în special, mamele copiilor cu AN, precum și mamele care educă copii cu dezvoltare tipică, pentru a putea compara faptele stabilite pe cale experimentală.

Pentru realizarea experimentului de constatare au fost selectate două loturi de cercetare constituite din 200 mame, dintre care:

- 100 mame, care au în îngrijire copii cu AN, și au constituit primul lot sau *Grupul I*;
- 100 mame care au în îngrijire copii cu dezvoltare tipică, reprezentând cel de-al doilea lot sau *Grupul II*.

În cazul cercetării expuse avem un grup format din 200 de subiecți, dintre care 100 reprezintă mame care educă copii cu dizabilități și anume, cu AN, și 100 de subiecți sunt mame care au în îngrijire copii ce prezintă o dezvoltare tipică.

În scopul sporirii validității datelor experimentale obținute, s-a încercat repartizarea omogenă a respondenților în ambele grupuri, ținându-se cont de mai multe criterii: vârsta subiecților, mediul de proveniență, statutul familial, profesional, nivelul de educație.

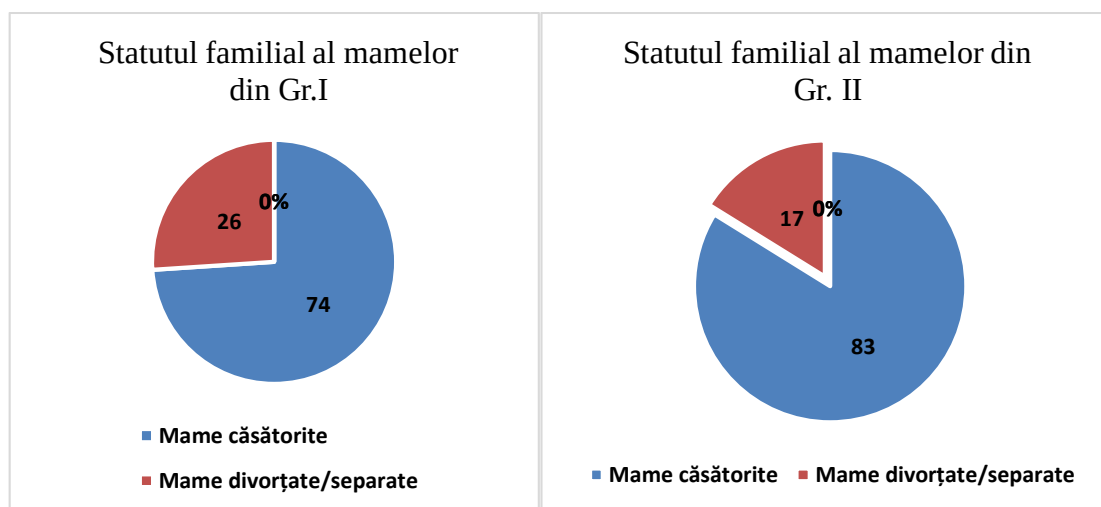
Astfel, conform *criteriului de vârstă*, au fost selectate mame cu vârsta cuprinsă 28 și 54 ani, atât în rândul mamelor cu copii cu AN, cât și printre cele cu copii cu dezvoltare tipică.

**Tabelul 2.2. Distribuirea loturilor după criteriul de vârstă**

| Grupurile participante la experiment | Intervalul de vârstă al participanților (ani) | Vârsta medie pe grup (ani) |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------|
| Grupul I                             | 31-54                                         | 41,03                      |
| Grupul II                            | 28-54                                         | 39,68                      |

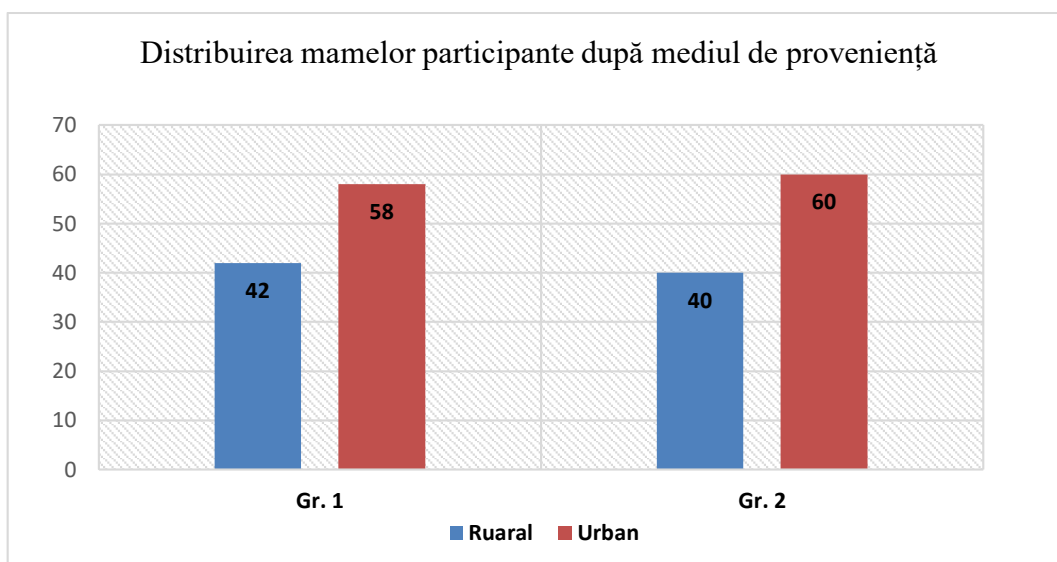
Din punct de vedere al *statutului familial*, în ambele grupuri au fost incluse atât participante ce își cresc copiii împreună cu soțul, cât și mame ce fac parte din familii monoparentale (mame solitare, mame aflate după divorț, văduve în urma decesului soțului). Am considerat acest aspect unul important, odată ce mai multe studii relevă existența unui număr mare de divorțuri în rândul familiilor copiilor cu dizabilități [115], [26], [142], [153].

Astfel, raportul mamelor din familii întregi și a celor din familii monoparentale este în favoarea celor ce-și cresc copiii de unele singure, acest fapt confirmând realitatea existentă în acest sens:



**Fig. 2.1. Distribuția statistică (200 subiecți) după criteriul statutului familial (%)**

Din perspectiva *mediului de proveniență*, în ambele grupuri au fost repartizate mame ce locuiesc în medii urbane și în medii rurale.



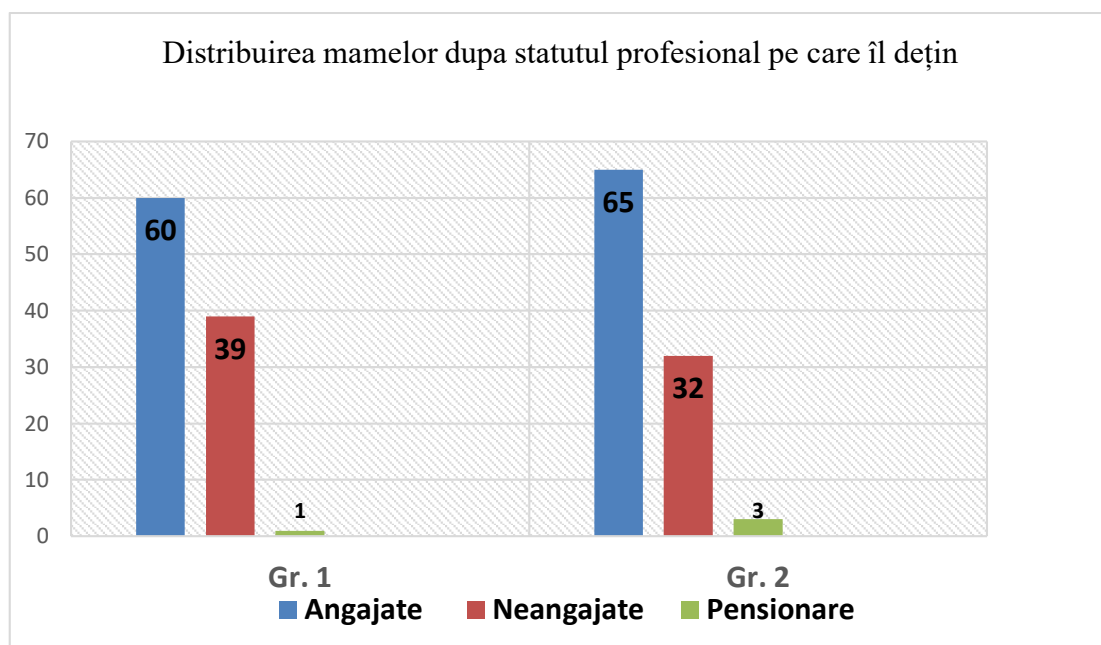
**Fig. 2.2. Distribuția lotului (200 subiecți) după criteriul mediului de proveniență (%)**

După cum reiese din datele prezentate în figura de mai sus, ponderea mamelor din mediul urban este ușor mai mare în ambele grupuri (58% în grupul I și 60% în grupul II) comparativ cu numărul celor ce locuiesc în mediul rural (42% în grupul I și 40% în grupul II).

După criteriul *nivelului de educație*, caracterizat de studiile pe care le deține fiecare subiect, a fost asigurată prezența în ambele grupuri a mamelor ce dețin diferite niveluri de studii:

- studii medii (29 subiecți în grupul I și 28 în grupul II);
- studii medii speciale (8 subiecți ce au finalizat o școală profesională în grupul I și 6 de acest gen în grupul I I, precum și 30 persoane ce au finalizat un colegiu în grupul I și 25 de acest fel în grupul II);
- studii superioare incomplete (23 persoane în grupul I și 30 în grupul II);
- studii superioare complete (10 subiecți în grupul I și 11 subiecți în grupul II).

În baza criteriului *statutului profesional* pe care îl dețin, mamele participante la studiul experimental s-au divizat în 3 categorii: angajate în câmpul muncii, neangajate în câmpul muncii, participante ajunse la vârsta de pensionare.



**Fig. 2.3. Distribuția lotului de cercetare (200 subiecți) după criteriul statutului profesional pe care îl dețin (%)**

După cum putem observa, cel mai mare număr de mame se regăsesc în rândul persoanelor angajate, și într-un grup și în altul: 60% printre mamele copiilor cu AN și 65% printre mamele copiilor cu dezvoltare tipică. Menționăm că formarea loturilor doar din mame a fost concepută din motivul că, după cum arată experiența, acestea își asumă cea mai mare responsabilitate, dintre toți membrii familiei, pentru îngrijirea copilului, lucru observat, în mod special, în cazul familiilor cu copii cu dizabilități [60], [86], [115], [133], [127].

## **2.2. Studiul comparativ al particularităților de manifestare a nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii și la mamele copiilor cu dezvoltare tipică**

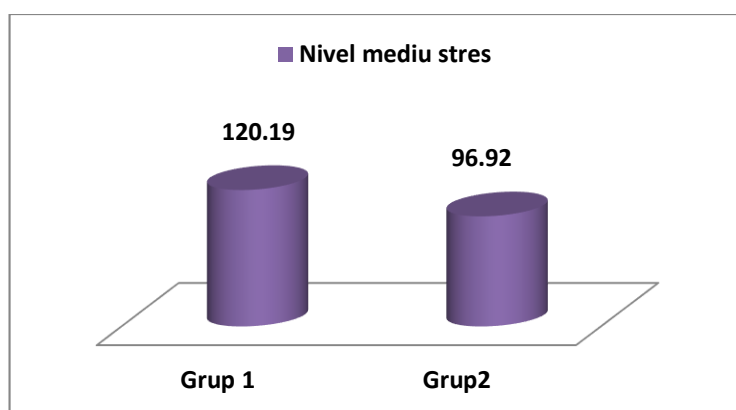
În cadrul experimentului de constatare a fost testată veridicitatea ipotezei, conform căreia *mamele care au în îngrijire copii cu AN manifestă un nivel mai înalt de stres și tensiune neuropsihică, fiind orientate spre mecanisme de coping mai puțin eficiente*. În acest sens au fost analizate minuțios particularitățile de manifestare a stresului în rândul mamelor, strategiile de coping utilizate de către acestea în gestionarea nivelului de stres. Compararea rezultatelor obținute în ambele grupuri a permis stabilirea caracteristicilor individuale și de grup pentru manifestarea stresului, selectarea și administrarea strategiilor de coping în situațiile tensionate.

În acest paragraf vom prezenta și analiza datele obținute în cadrul experimentului de constatare, care permit dezvăluirea unor particularități generale, dar și specifice de manifestare a



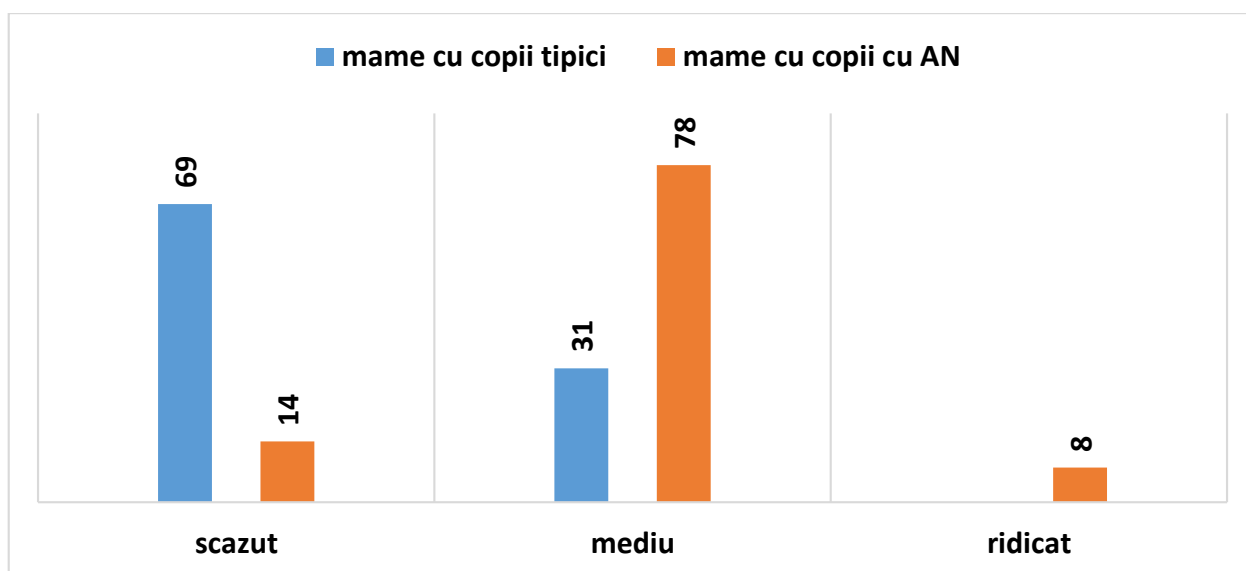
stresului și a comportamentului adoptat în situațiile ce provoacă stres de către fiecare grup experimental.

Din analiza datelor obținute în urma administrării Testului PSM 25 [138], prezentate în figura de mai jos, constatăm prezența unui nivel ridicat al stresului în rândul mamelor ce au în îngrijire copii cu AN. Acesta este unul vădit mai mare, comparativ cu cel identificat la mamele cu copii cu dezvoltare tipică. Media aritmetică a rezultatelor ce relevă nivelul de stres manifestat la mamele ce educă copii cu AN este de 120,19 puncte, pe când la mamele ce educă copii cu dezvoltare tipică valoarea medie este de 96,92 puncte.



**Fig. 2.4. Manifestarea nivelului de stres la mamele copiilor cu AN și la mamele copiilor cu dezvoltare tipică (Testul PSM 25)**

Diferența stabilită între mediile grupurilor de cercetare a fost confirmată și din punct de vedere statistic, reflectând astfel un nivel mai mare al stresului în rândul mamelor care educă copii cu AN comparativ cu mamele copiilor cu dezvoltare tipică.



**Fig. 2.5. Frecvențe absolute de manifestare a stresului la ambele loturi de cercetare**

Din figura 2.5., observăm că la mamele care educă copii tipici nu s-au obținut cote pentru nivelul de stres ridicat, pe când în acest nivel s-au încadrat 8 mame care educă copii cu AN. Punctaj caracteristic pentru nivel mediu de stres a fost stabilit la 31 mame care educă copii tipici și 78 mame care educă copii cu AN. Nivelul scăzut de stres este caracteristic pentru 69 mame cu copii tipici și doar 14 la mamele copiilor cu AN.

**Tabelul 2.3. Semnificația statistică a diferenței mediilor obținute pentru ambele grupuri de cercetare (Testul PSM 25)**

| Grup    | Medie aritmetica | t    | Semnificația statistică |
|---------|------------------|------|-------------------------|
| Grup I  | 120,19 ± 24,15   | 6,19 | 0,001                   |
| Grup II | 96,92 ± 28,50    |      |                         |

Conform indicilor Testului PSM 25, valorile medii înregistrate de fiecare grup se înscriu în diferite categorii, după nivelul de manifestare a stresului. Valoarea medie înregistrată de mamele copiilor cu AN denotă un nivel mediu de stres (între 100-125 puncte), comparativ cu cea a grupului mamelor cu copii cu dezvoltare tipică, care se înscrie în limitele unui nivel scăzut de stres (până la 99 puncte).

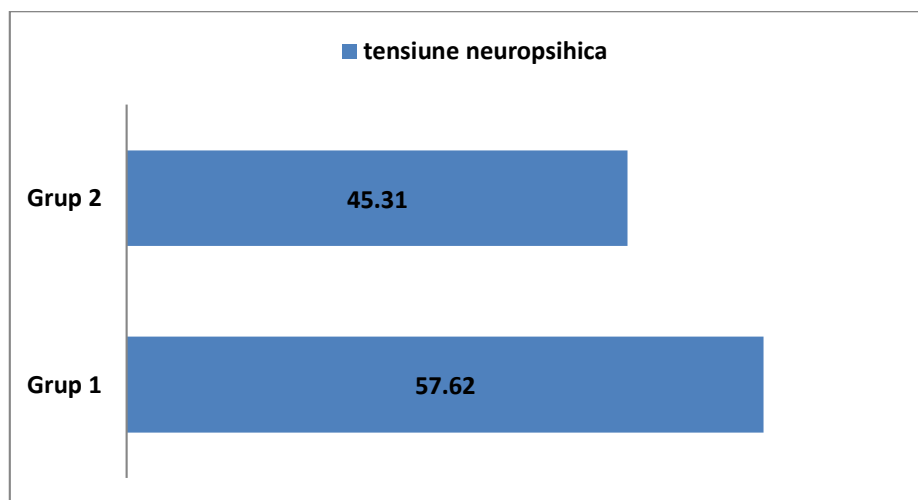
Dacă vom urmări distribuția datelor din interiorul fiecărui grup, vom constata că ea este diferită de la un grup la altul.

**Tabelul 2.4. Compararea indicilor nivelului de stres pentru mamele copiilor cu AN și mamele copiilor cu dezvoltare tipică (Testul PSM 25)**

| Grupuri experimentale | Nivelul de stres  |                   |                   |
|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|                       | Scăzut            | mediu             | ridicat           |
|                       | număr de subiecți | număr de subiecți | număr de subiecți |
| Grupul I              | 13                | 67                | 20                |
| Grupul II             | 63                | 28                | 9                 |

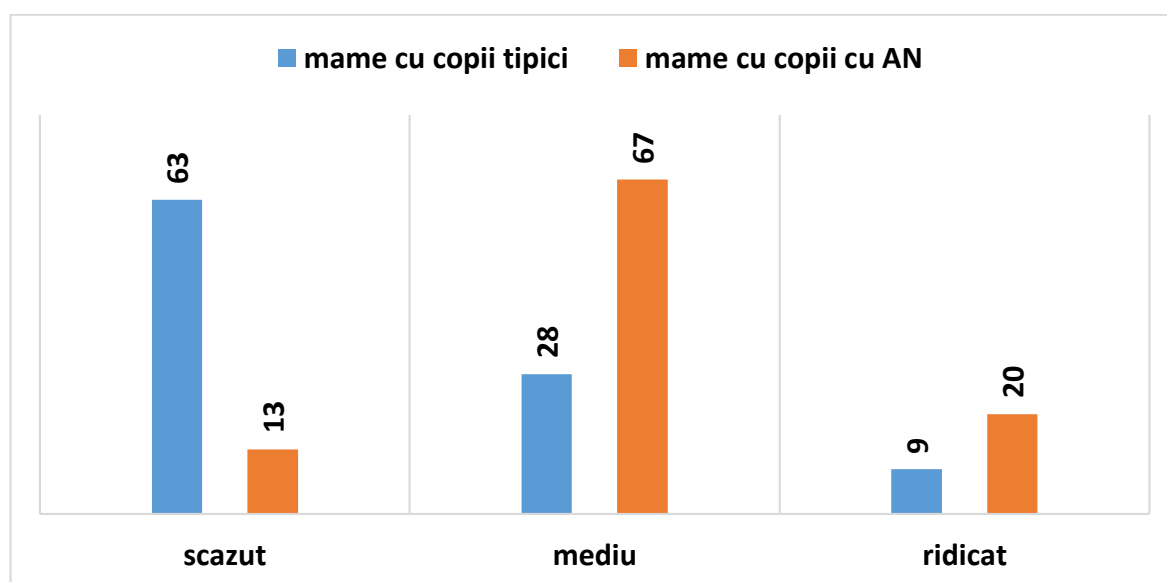
Un nivel scăzut de manifestare a stresului este prezentat de către 76 de mame participante la insvestigația experimentală, însă doar 13 dintre acestea sunt din rândul mamelor copiilor cu AN. La examinarea numărului mamelor ce înscriu scoruri ridicate la acest capitol vom constata că întâietatea aici o dețin mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii: 20 mame cu copii cu afecțiuni neuromotorii (grupul I) în raport cu 9 mame care educă copii tipici (grupul II). Situația descrisă denotă faptul că stresul este caracteristic într-o măsură mai mare mamelor din primul grup experimental. Faptele constatate permit stabilirea concluziei, conform căreia *mamele care au în îngrijire copii cu dizabilități, în special, cu AN, sunt predispuse să prezinte un nivel mai înalt de stres.*

Rezultate ce confirmă concluzia respectivă au fost obținute și în urma administrării celei de a doua tehnici psihometrice și anume, *Testul de evaluare a nivelului tensiunii neuropsihice* [apud, 149]. Valorile medii înregistrate de către fiecare grup în cadrul utilizării probei nominalizate la fel, indică existența unei diferențe vizibile, după cum se poate urmări și în figura următoare.



**Fig. 2.6. Media aritmetică a manifestării tensiunii neuropsihice la mame (Testul de evaluare a nivelului tensiunii neuropsihice)**

Astfel, valoarea medie de **manifestare a tensiunii neuropsihice** este mai înaltă la grupul de mame care au în îngrijire copii cu AN: un scor de 57,62 puncte comparativ cu cel de 45,31 puncte acumulat de grupul II. Evaluând semnificația statistică a diferenței mediilor pentru grupurile cercetate la variabila *tensiune neuropsihică*, prin utilizarea testului *t-student* pentru eșantioane independente, am obținut rezultatele prezentate în tabelul 2.6.



**Fig. 2.7. Frecvente absolute de manifestare a stabilității neuropsihice**

Din figura 2.7., observăm 9 mame cu copii tipici și 20 mame copii cu AN au obținut nivelul ridicat de tensiune neuropsihică. Punctaj caracteristic pentru nivel mediu de tensiune neuropsihică a fost stabilit la 28 mame care educă copii tipici și 67 mame care educă copii cu AN.

Nivelul scăzut de tensiune neuropsihică este caracteristic pentru 63 mame cu copii tipici și doar 13 la mamele copiilor cu AN.

**Tabelul 2.5. Semnificația statistică a diferenței mediilor pentru grupurile cercetate manifestatela variabila *tensiune neuropsihică* (Testul de evaluare a nivelului tensiunii neuropsihice)**

| Grup    | Medie aritmetică | t     | Semnificația statistică |
|---------|------------------|-------|-------------------------|
| Grup I  | 57,62 ± 10,23    | 8,737 | 0,001                   |
| Grup II | 45,31 ± 9,6      |       |                         |

În baza rezultatelor obținute, se constată existența unei diferențe semnificative între cele două grupuri cercetate, cu privire la tensiunea neuropsihică a respondenților. În baza acestor constatări putem afirma că *mamele care educă copii cu AN prezintă un grad mai mare de vulnerabilitate în fața stresului, prin manifestarea unui nivel sporit al tensiunii neuropsihice* (M=57,62). Mamele care au în îngrijire copii cu dezvoltare tipică manifestă un nivel mai scăzut al tensiunii neuropsihice (M =45,31), ceea ce le face mai puțin vulnerabile la manifestarea stresului.

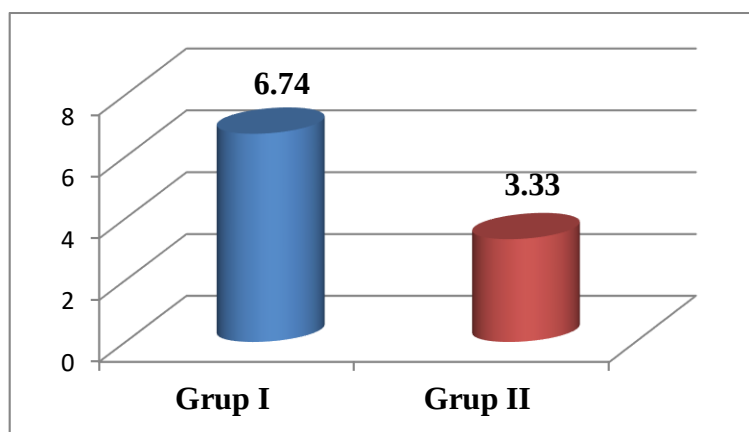
O altă sarcină a acestei etape de cercetare a constat în stabilirea mecanismelor de coping la care recurg mamele, atât dintr-un grup, cât și din celălalt, atunci când încearcă să gestioneze stările de stres. Astfel, în cadrul experimentului de constatare au fost supuse cercetării *mecanismele de coping* utilizate de către mamele din ambele grupuri în intenția de a face față stresului cu care se confruntă. Pentru elucidarea acestui fapt, respondenților li s-a administrat Chestionarul COPE, care permite stabilirea mecanismelor de coping de care se face uz într-o situație stresantă, care se pot manifesta atât activ, cât și pasiv.

Dintre cele 14 tipuri de coping evaluate, vom expune rezultatele care au fost semnificativ diferite din punct de vedere statistic pentru cele două grupuri. În scopul evaluării diferențelor manifeste asupra mecanismelor de coping, am utilizat testul *t-student* pentru eșantioane independente. Rezultatele din tabelul 2.6, reflectă semnificația statistică.

**Tabelul 2.6. Semnificația statistică a diferențelor obținute în cadrul stabilirii valorilor medii pentru mecanismele de coping utilizate de grupurile experimental și de control**

| Mecanisme de coping              | GRUP   | N   | M       | s       | t     | p     |
|----------------------------------|--------|-----|---------|---------|-------|-------|
| coping activ                     | Grup 1 | 100 | 10,3571 | 2,08208 | 1,160 | 0,8   |
|                                  | Grup 2 | 100 | 13,1600 | 1,39059 |       |       |
| planificare                      | Grup 1 | 100 | 6,7400  | 1,53985 | 3,357 | 0,001 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 3,3300  | 0,95743 |       |       |
| eliminarea activitatilor curente | Grup 1 | 100 | 9,2347  | 0,90589 | 0,391 | 1,02  |
|                                  | Grup 2 | 100 | 11,6300 | 1,11604 |       |       |
| retinerea de la actiune          | Grup 1 | 100 | 9,1122  | 1,35375 | 0,430 | 0,960 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 13,6300 | 0,93911 |       |       |
| suport social instrumental       | Grup 1 | 100 | 16,5204 | 2,04198 | 0,343 | 0,970 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 14,7400 | 1,23599 |       |       |
| suport social emotional          | Grup 1 | 100 | 28,4400 | 1,70888 | 5,890 | 0,001 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 15,8500 | 0,78650 |       |       |
| reinterpretare pozitiva          | Grup 1 | 100 | 13,6327 | 2,11713 | 2,387 | 0,670 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 13,4600 | 0,94730 |       |       |
| acceptare                        | Grup 1 | 100 | 12,6939 | 1,96048 | 2,385 | 0,630 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 13,4300 | 1,11242 |       |       |
| negare                           | Grup 1 | 100 | 17,0000 | 1,57377 | 3,581 | 0,001 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 11,5000 | 2,11058 |       |       |
| descarcare emotionala            | Grup 1 | 100 | 4,1500  | 1,81294 | 6,603 | 0,001 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 6,6600  | 1,67389 |       |       |
| orientare spre religie           | Grup 1 | 100 | 11,3878 | 3,09183 | 0,368 | 0,789 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 12,2100 | 1,56538 |       |       |
| pasivitate mentala               | Grup 1 | 100 | 10,2347 | 1,11041 | 2,073 | 0,078 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 13,5600 | 1,21705 |       |       |
| pasivitate comportamentala       | Grup 1 | 100 | 8,9286  | 1,38661 | 1,811 | 0,064 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 9,8300  | 1,24766 |       |       |
| recurgere la alcool-medicamente  | Grup 1 | 100 | 1,5000  | ,56074  | 1,600 | 0,097 |
|                                  | Grup 2 | 100 | 1,0100  | ,10000  |       |       |

Așa dar, pentru strategia de coping *planificare (PL)* au fost obținute următoarele rezultate:



**Fig. 2.8. Valorile medii obținute la scala ce reprezintă strategia de coping *planificarea* (Chestionarul COPE)**

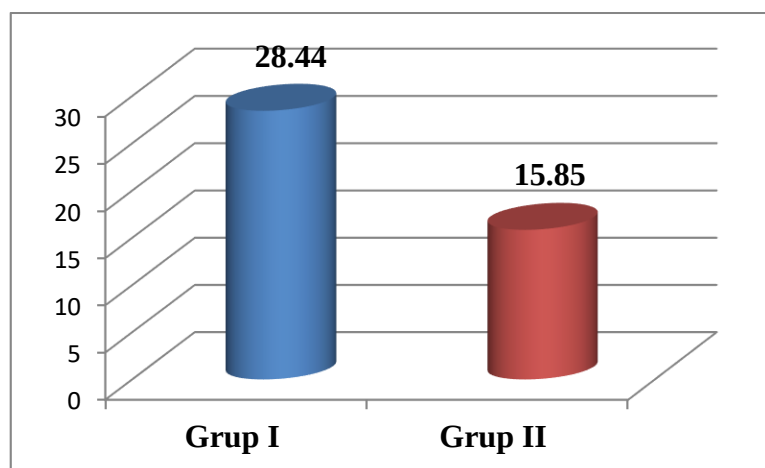
Valoarea medie obținută de grupul I la această strategie este substanțial mai mare ( $M = 6,74$ ) comparativ cu valoarea medie înregistrată de grupul II pentru aceeași scală ( $M = 3,33$ ) (figura 2.7.). Diferența obținută este confirmată și din punct de vedere statistic.

**Tabelul 2.7. Rezultatele obținute pentru strategia de coping *planificare*, pentru cele două grupuri în comparație (Chestionarul COPE)**

| Grup    | Media aritmetică<br><i>Planificare</i> | t     | Semnificația statistică |
|---------|----------------------------------------|-------|-------------------------|
| Grup I  | 6,74 ± 1,54                            | 3,357 | 0,001                   |
| Grup II | 3,33 ± 0,95                            |       |                         |

Strategia de coping *planificare* presupune o orientare spre o gândire în pași și modalități de acțiune, atunci când persoana se confruntă cu situații ieșite din comun. Aportul tipului de personalitate a fost demonstrat în mediarea relației dintre stres și reacția la stres, el având, deci, un rol deosebit în acționarea sau pașii de acțiune realizați de subiecți. Putem conchide, deci, că mamele ce educă copii cu AN posedă abilități de planificare mai înalte comparativ cu mamele ce educă copii cu dezvoltare tipică, dezvoltate în cadrul experienței parentale destul de stresante.

Analizând rezultatele obținute pentru celelalte tipuri de coping, am demonstrat existența diferențelor statistic semnificative și la strategia de coping numită *căutarea suportului socio-emoțional (SSE)*, itemii căruia identifică că persoana tinde să solicite înțelegere, compasiune și suport moral de la prieteni, rude sau colegi pentru a diminua stresul acumulat. Mediile aritmetice ale grupului de cercetare în care au fost incluse mame care au în îngrijire copii cu dizabilități au o cotă semnificativ mai mare decât mamele care educă copii tipici: media aritmetică de 28,44 puncte în raport cu media de 15,85 puncte.



**Fig. 2.9. Mediile la scala ce reprezintă strategia de coping *căutarea suportului social emoțional* (Chestionarul COPE)**

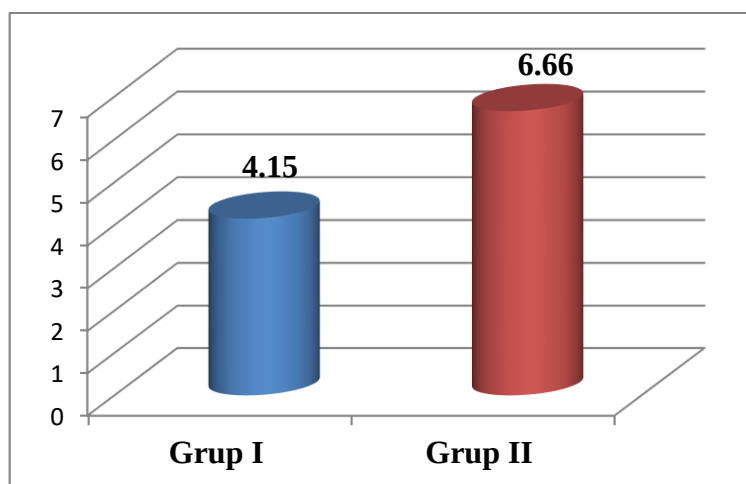
Confirmarea diferenței statistice dintre scorurile înregistrate de către aceste mame pentru strategia de căutare a suportului socio-emoțional vorbește despre existența mai multor motive în rândul mamelor cu copii cu AN de a solicita acest ajutor: epuizarea și extenuarea puterilor ca consecință a stresului continuu, sub influența căruia se află o mamă care îngrijește un copil cu dizabilități; resimțirea acestei poveri psihoemoționale, care este mai ușor acceptată dacă este împărtășită; trăirea unor experiențe de comunicare cu părinți aflați în situații similare și împărtășirea propriilor stări etc.

**Tabelul 2.8. Rezultatele obținute pentru strategia de coping *căutarea suportului social emoțional*” (Chestionarul COPE)**

| Grup    | Medie aritmetică<br><i>Căutarea suportului social emoțional</i> | t     | Semnificația statistică |
|---------|-----------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|
| Grup I  | 28,44 ± 1,7                                                     | 5,890 | 0,001                   |
| Grup II | 15,850 ± 0,78                                                   |       |                         |

Grupul I prezintă un grad mai mare în manifestarea *necesității de suport socio-emoțional* comparativ cu cel de-al doilea grup. Se observa că mamele care educă copii cu AN, prin natura activității lor zilnice, prezintă un grad mai mare de vulnerabilitate la stres decât mamele care au în îngrijire copii tipici, fiind în permanentă căutare a suportului social și emoțional.

Un interes deosebit prezintă și analiza datelor ce reflectă adoptarea de către mame a strategiei de coping ce se referă la *descărcarea emoțională (DE)*. Rezultatele medii obținute la ambele grupuri cercetate pun în evidență un nivel mediu semnificativ mai înalt la grupul II, adică la mamele care educă copii cu dezvoltare tipică. Situația obținută este ilustrată în următoarea figură:



**Fig. 2.10. Mediile la scala ce reprezintă strategia de coping *descărcarea emoțională* (Chestionarul COPE)**

Observăm că mamele din grupul I, care educă copii cu AN, au obținut o medie aritmetică egală cu 4,15 puncte în comparație cu 6,66 puncte – media obținută de către mamele care au în îngrijire copii cu dezvoltare tipică. Această diferență, ca și cele prezentate mai sus, este confirmată din punct de vedere statistic.

**Tabelul 2.9. Rezultatele medii obținute la ambele grupuri pentru strategia de coping *descărcarea emoțională* (Chestionarul COPE)**

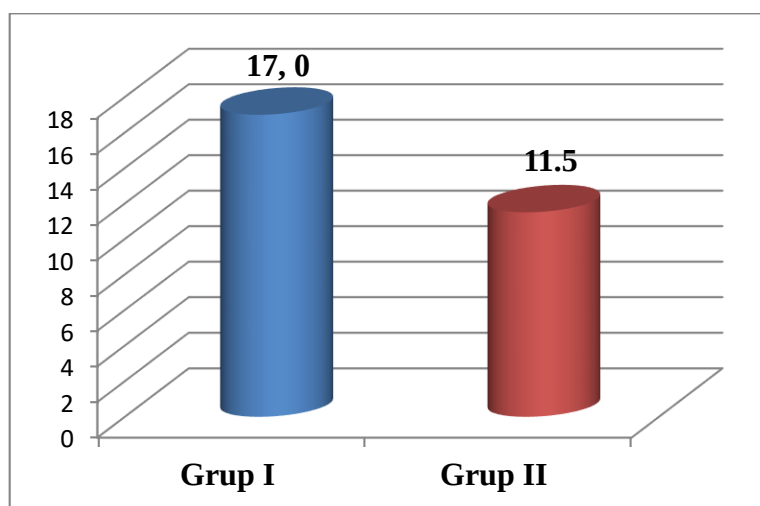
| Grup    | Media aritmetică<br><i>Descărcarea emoțională</i> | t     | Semnificația<br>statistică |
|---------|---------------------------------------------------|-------|----------------------------|
| Grup I  | 4,15 ± 1,81                                       | 6,603 | 0,001                      |
| Grup II | 6,66 ± 1,67                                       |       |                            |

Diferența semnificativă din punct de vedere statistic la strategia de coping *descărcarea emoțională* între cele două grupuri cercetate, indică asupra faptului că mamele care educă copii cu afecțiuni neuromotorii au o capacitate mai mică de a-și exprima emoțiile negative și afectele, fiind într-o stare de încordare continuă. Această particularitate stabilită experimental nu le permite să gestioneze situațiile de stres cărora sunt supuse grație creșterii și îngrijirii unui copil cu dizabilități, fără a avea consecințe nefaste asupra stării lor de sănătate, asupra procesului de constituire a relațiilor intra- și extrafamiliale, inclusiv nemijlocit cu copilul, dar și asupra șlefuirii propriei imagini.

Ultimul mecanism de coping pentru care au fost evidențiate diferențe statistic semnificative pentru grupurile participante la experiment este *negarea (NEG)* – mecanismul ce se referă la refuzul de a crede că stresorul există și/sau la acțiunile întreprinse care ignoră stresorul. Pentru acest mecanism mamele din grupul I au obținut o medie aritmetică egală cu



17,00 puncte, pe când media aritmetică înregistrată de către mamele din grupul II este mai mică, fiind egală cu 11,50 puncte.



**Figura 2.11. Mediile la scala ce reprezintă strategia de coping *negarea* (Chestionarul COPE)**

Putem observa că rezultatele obținute pentru adoptarea negării ca mecanism de coping relevă existența unei diferențe semnificative din punct de vedere statistic, în favoarea mamei ce educă copii cu AN.

**Tabelul 2.10. Diferențe statistic semnificative obținute pentru strategia de coping *negarea* (Chestionarul COPE)**

| Grup    | Media<br><i>Negarea</i> | t     | Semnificația<br>statistică |
|---------|-------------------------|-------|----------------------------|
| Grup I  | 17,00 ± 1,57            | 3,581 | 0,001                      |
| Grup II | 11,50 ± 2,11            |       |                            |

Datele înregistrate ne permit să constatăm existența unui grad mai înalt de negare a stresorului, situației ce produce stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii. Drept urmare, ele sunt tentate să adopte mai frecvent comportamente de ignorare a stresorului, fără a întreprinde careva acțiuni de gestionare/schimbare a situației ce produce stres.

În scopul evaluării legăturii dintre variabilele de cercetare am realizat coeficientul de corelație liniară, obținând rezultate semnificative numai între nivelul de stres și tensiune neuropsihică, atât la mamele care educă copii tipici ( $r=0,65$ ;  $p=0,005$ ), cât și la mamele care educă copii cu AN ( $r=0,67$ ;  $p=0,001$ ). Menționăm faptul că nu sunt evidențiate rezultate semnificativ statistice la corelarea variabilelor stres și tensiune neuropsihică cu mecanismele de coping, evaluate prin Testul COPE.

În continuare prezentăm rezultatele demersului experimental constatativ. Variabilele de cercetare au fost împărțite în diferite tabele, pentru a optimiza vizibilitatea indicatorilor statistici (vezi Tabelelele cu frecvențe absolute obținute în cadrul lotului de cercetare de către mamele copiilor cu dizabilități la determinarea nivelului de stres, indicii (datele brute) sau distribuirea datelor, frecvența valorilor înregistrate).

În final, menționăm că, pentru celelalte mecanisme de coping evaluate în studiul de constatare nu au fost evidențiate diferențe statistic semnificative dintre rezultatele înregistrate de către un grup de mame și altul. Acest fapt ne permite să concluzionăm că adoptarea unor așa strategii de coping activ, precum eliminarea activităților concurente, căutarea suportului social-instrumental, reinterpretarea pozitivă, orientarea spre religie etc., sau a unor strategii pasive de coping, precum pasivitatea mentală, comportamentală, recurgerea la alcool/medicamente etc., este proprie, într-o măsură diferită, dar nesemnificativă statistic, atât mamelor care educă copii cu dezvoltare tipică, cât și celor care au în îngrijire copii cu dizabilități. Stresul trebuie examinat prin prisma experiențelor și trăirilor psihice, care se produc în contextul tranzacțiilor dintre o persoană și mediul ambiant, în special, în cazul acelor tranzacții, în care există o discrepanță între resursele individului și nevoile percepute. În acest sens, evaluarea cognitivă a stresului de către individ, adică recunoașterea suferinței, pierderii, amenințării sau provocării, trebuie să fie prezentă pentru orice reacție emoțională sau fiziologică care ar putea să apară în astfel de condiții.

În concluzie, datele statistice, obținute în cadrul experimentului de constatare confirmă schimbările ce se produc în familie odată cu apariția unui copil cu dizabilități, inclusiv, cu afecțiuni neuromotorii. De cele mai dese ori, familia respectivă este supusă unui nivel crescut de tensiune neuropsihică, perceput de către mame, în deosebi, care generează cote înalte de stres, resimțit la nivel individual, și care crește într-un stres manifestat continuu. În scopul gestionării stresului mamele adoptă diverse strategii de coping, unele manifestate activ, altele pasiv. Unele strategii de coping utilizate se dovedesc a fi destul de eficiente, precum *planificarea*, *căutarea suportului socio-emoțional*, acestea fiind și mai des aplicate de către mamele copiilor cu AN comparativ cu cele ce educă copii cu dezvoltare tipică. Alte strategii de coping, ce și-au demonstrat eficiența în gestionarea stărilor de stres și care sunt utilizate pe larg de multe dintre mame, se regăsesc într-o măsură cu mult mai mică în rândul mamelor copiilor cu AN, precum este cazul strategiei de *descărcare emoțională*. Tot în rândul acestei categorii de mame întâlnim mai des și cazuri de adoptare a unor strategii mai puțin eficiente, precum *negarea*, care nu fac decât să mențină trăirile psihoemoționale negative.

### 2.3. Rezultatele statistice semnificative obținute în cadrul etapei de constatare

În cadrul cercetării experimentale comparative a manifestării și gestionării stresului de către mamele ce îngrijesc copii cu AN și mamele copiilor cu dezvoltare tipică au fost atestate diferențe semnificative atât cu referire la particularitățile de manifestare a stresului, cât și în ce privește modalitățile de gestionare a acestuia. În ambele grupuri, la nivel individual, au fost determinate cote mari în ce privește nivelul de stres cu care se confruntă, utilizarea unor mecanisme de coping mai puțin eficiente. Totuși, a fost dovedit experimental că la nivel de grup, scorurile înregistrate pentru aceste variabile sunt mai înalte în rândul mamelor copiilor cu AN, diferențele intergrupale fiind confirmate și din punct de vedere statistic.

La următoarea etapă a experimentului de constatare, pentru demonstrarea existenței posibilității de influență psihologică asupra gestionării stresului, am selectat **lotul experimental**. Am decis formarea a două grupuri de mame care să participe în experimentul de formare. În total, la etapa experimentului formativ au participat 24 mame care educă copii cu AN, dintre care:

- *Grupul 1:* 12 mame care au participat la formare și sunt incluse în grupul experimental;
- *Grupul 2:* 12 mame, care nu au participat la formare, formând grupul de control.

**Tabelul 2.11. Grupurile participante la etapa experimentului de formare a cercetării**

| Mame care educă copii cu dizabilități | Frecvență | Procent |
|---------------------------------------|-----------|---------|
| <b>Grup experimental</b>              | 12        | 50.0    |
| <b>Grup de control</b>                | 12        | 50.0    |
| Total                                 | 24        | 100.0   |

Inițial, în grupul experimental au fost incluse 15 mame, dar din motivul refuzului a trei mame de a participa, inclusiv, prin completarea chestionarelor administrate, am decis excluderea lor din experiment. În final, prezentăm rezultatele cercetării obținute pentru 12 mame din grupul experimental.

În selecția subiecților pentru aceste două grupuri a fost aplicată metoda randomizării în baza câtorva criterii:

- prezența copiilor cu AN la toate mamele participante în cadrul experimentului formativ;
- manifestarea unor cote înalte de tensiune neuropsihică și stres la participanții ambelor grupuri, condiționate de apariția copilului cu dizabilități în familie;
- utilizarea strategiilor de coping ineficiente în gestionarea nivelului de stres .

La fel, au fost luate în calcul și particularitățile sociale ale grupului, date de:

- vârsta subiecților, vârsta medie pe grup fiind de 33,5 ani;

- mediul de proveniență, în fiecare grup fiind incluse persoane ce locuiesc atât în mediul urban, cât și în cel rural;
- statutul ocupațional, caracterizat prin prezența în ambele grupuri a mamelor ce sunt încadrate parțial în câmpul muncii, realizează funcția de asistent personal al propriului copil (ceea ce înseamnă că oricum se află tot timpul în preajma copilului) sau au statut de casnică.

Grupului I, celui experimental, i s-a aplicat un program formativ, cu scopul de a produce schimbări la nivelul dezvoltării resurselor de coping, care, la rândul lor, să producă și schimbări la nivelul gestionării stresului în rândul mamelor ce îngrijesc copii cu AN.

În urma promovării programului de intervenție psihologică, au fost aplicate repetat metodele și tehnicile de investigare a stresului și strategiilor de coping la ambele grupuri, experimental și de control, utilizând modelul planurilor experimentale test-retest.

La etapa inițială a experimentului formativ ne-am propus să identificăm **legătura dintre variabilele cercetate, manifestate de către fiecare grup**. Variabilele cercetate pun în evidență *nivelul de stres și nivelul de tensiune neuropsihică* a subiecților cercetați, dar și *mecanismele de coping* ale acestora. Legătura dintre variabile a fost stabilită cu ajutorul *coeficientului de corelație non-parametrică Spearman (r)*.

**Tabelul 2.12. Corelația dintre nivelul de stres și nivelul de tensiune neuropsihică a subiecților cercetați și mecanismele de coping ale acestora**

| Nr. or. | Variabilele cercetate | R     | P     |
|---------|-----------------------|-------|-------|
| 1.      | CA- EAC               | 0,4   | 0,028 |
| 2.      | CA – RP               | 0,524 | 0,003 |
| 3.      | PL – Rdela A          | 0,412 | 0,024 |
| 4.      | EAC – RP              | 0,494 | 0,006 |
| 5.      | SSI – RP              | 0,4   | 0,029 |

Din tabelul de corelații prezentat mai sus, sunt evidente cele mai multe corelații la variabile RP (reinterpretarea pozitivă). **Reinterpretarea pozitivă** identifică tendința unei persoane de a extrage un beneficiu, chiar și dintr-o situație indesezirabilă sau cu consecințe nefaste; nu are doar scopul de a reduce distresul, ci poate fi punctul de plecare pentru un alt gen de acțiune asupra stresorului.

Coeficientul de corelație  **$r = 0,524$**   **$p = 0,003$** , ne dă dreptul să considerăm corelația RP și CA statistic semnificativă în cazurile cercetate. Coeficientul de corelație  **$r = 0,494$**   **$p = 0,006$** , ne dă dreptul să considerăm corelația RP și EAC statistic semnificativă în cazurile cercetate. În

final, coeficientul de corelație  $r = 0,400$   $p = 0,03$ , ne dă dreptul să considerăm corelația RP și SSI statistic semnificativă în cazurile specifice de educare a copiilor cu dizabilități.

**Tabelul 2.13. Corelația dintre mecanismele de coping ale respondenților**

| Nr. or. | Variabilele cercetate | r       | P     |
|---------|-----------------------|---------|-------|
| 1.      | AC – PM               | - 0,466 | 0.01  |
| 2.      | Neg – OR              | 0,423   | 0,020 |
| 3.      | Neg – PC              | 0,361   | 0,050 |
| 4.      | Neg – RdelaA          | - 0,479 | 0,007 |
| 5.      | Or – RdelaA           | - 0,394 | 0,031 |

Analizând parametrii de personalitate, care pun în evidență mecanismele de coping ale respondenților, putem observa că un mecanism de apărare impunător este NEG (negativismul), care și se evidențiază printr-un număr mai mare de legături.

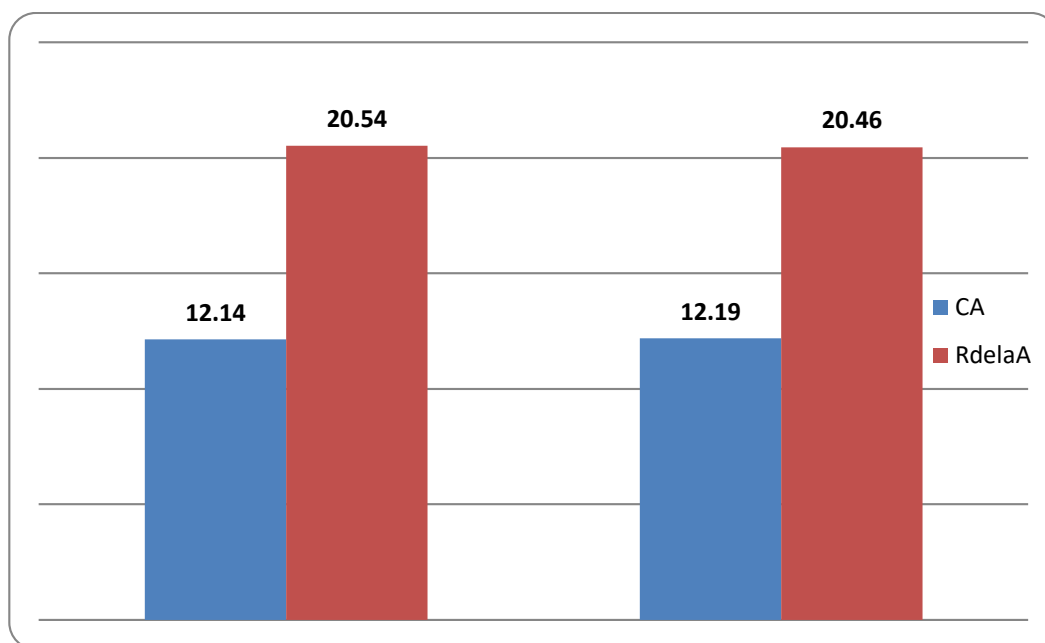
Coeficientul de corelație  $r = 0,423$   $p = 0,02$ , ne dă dreptul să considerăm legătura dintre NEG și SSI statistic semnificativă în cazurile cercetate. Coeficientul de corelație  $r = 0,361$   $p = 0,05$ , ne dă dreptul să considerăm corelația NEG și PC statistic semnificativă în cazurile cercetate. În final, coeficientul de corelație  $r = -0,479$   $p = 0,01$ , ne dă dreptul să considerăm corelația NEG și RlaAM statistic semnificativă, dar invers proporțională, fapt ce ne dă posibilitate să constatăm următorul fapt: cu cât mama manifestă mai mult negativism, cu atât mai puțin ea va recurge la comportamente legate de consum de alcool și administrare necontrolată de medicamente.

**Tabelul 2.14. Corelația dintre nivelul de stres și nivelul de tensiune neuropsihică ale respondenților**

| Variabilele cercetate         | R     | P     |
|-------------------------------|-------|-------|
| Stres – tensiune neuropsihică | 0,420 | 0,021 |

Analizând nivelul de stres și nivelul de tensiune neuropsihică, putem observa că sunt legături semnificative între cele două caracteristici propuse în cercetare. Coeficientul de corelație  $r = 0,420$   $p = 0,021$ , ne dă dreptul să considerăm corelația dintre nivelul de stres și nivelul de tensiune neuropsihică ca fiind statistic semnificativă în cazurile cercetate.

Unul dintre obiectivele lucrării este reducerea nivelului de stres și tensiune neuropsihică prin intermediul tehnicilor bine structurate în cadrul unui program de intervenție psihologică. Pentru realizarea obiectivului dat ne-am propus să stabilim diferențele între grupul de control și grupul experimental. Diferențele semnificative au fost stabilite cu ajutorul testului statistic NPar Mann-Whitney Test.



**Fig. 2.12. Diferențele semnificative dintre grupurile experimental și de control obținute la etapa Pre-test (testul statistic NPar Mann-Whitney Test)**

În urma analizei mediilor rangurilor, putem observa că cele mai evidente diferențe sunt la variabilele CA (copingul activ)  $U = 47.5$ ,  $p = 0,008$ ,  $n = 24$  și RdelaA (reținerea de la acțiune)  $U = 48.5$ ,  $p = 0,01$ ,  $n = 24$ , pe când la celelalte variabile așa ca PL (planificarea), EAC (eliminarea activităților concurente), SSI (suport social instrumental), SSE (suport social emoțional) și RP (reintegrare pozitivă) nu există diferențe semnificative.

**Tabelul 2.15. Diferențe semnificative obținute la etapa Test (grupul experimental și grupul de control)**

|                        | CA             | PL      | EAC     | RdelaA         | SSI     | SSE     | RP      |
|------------------------|----------------|---------|---------|----------------|---------|---------|---------|
| Mann-Whitney U         | <b>47.500</b>  | 83.000  | 69.500  | <b>48.500</b>  | 67.000  | 94.500  | 72.000  |
| Wilcoxon W             | <b>218.500</b> | 254.000 | 240.500 | <b>219.500</b> | 238.000 | 265.500 | 243.000 |
| Z                      | <b>-2.634</b>  | -1.102  | -1.661  | <b>-2.568</b>  | -1.768  | -0,588  | -1.554  |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | <b>0,008</b>   | 0,270   | 0,097   | <b>0,010</b>   | 0,077   | 0,556   | 0,120   |

Stabilirea diferențelor semnificative la rezultatele Test de asemeni au fost determinate cu ajutorul testului NPar Mann-Whitney Test.

**Tabelul 2.16. Diferențe semnificative la rezultatele brute în etapa Test pentru ambele grupuri experimentale**

| Strategie de coping | Grup              | N  | Media de rang | Sum of Ranks |
|---------------------|-------------------|----|---------------|--------------|
| AC                  | grup de control   | 12 | 12.08         | 217.50       |
|                     | grup experimental | 12 | 20.63         | 247.50       |
|                     | Total             | 24 |               |              |
| NEG                 | grup de control   | 12 | 14.39         | 259.00       |
|                     | grup experimental | 12 | 17.17         | 206.00       |
|                     | Total             | 24 |               |              |
| DE                  | grup de control   | 12 | 14.22         | 256.00       |
|                     | grup experimental | 12 | 17.42         | 209.00       |
|                     | Total             | 24 |               |              |
| OR                  | grup de control   | 12 | 15.19         | 273.50       |
|                     | grup experimental | 12 | 15.96         | 191.50       |
|                     | Total             | 24 |               |              |
| PM                  | grup de control   | 12 | 18.58         | 334.50       |
|                     | grup experimental | 12 | 10.88         | 130.50       |
|                     | Total             | 24 |               |              |
| PC                  | grup de control   | 12 | 16.69         | 300.50       |
|                     | grup experimental | 12 | 13.71         | 164.50       |
|                     | Total             | 24 |               |              |
| RlaAM               | grup de control   | 12 | 15.33         | 276.00       |
|                     | grup experimental | 12 | 15.75         | 189.00       |
|                     | Total             | 24 |               |              |

Din tabelul mediilor de rang observăm că o diferență impunătoare între grupul de control și grupul experimental sunt la variabilele **AC (acceptare)**, unde mediile rangurilor pentru grupul experimental este  $M=20,63$ , pentru grupul de control  $M=12,08$ . Pentru variabila **PM (pasivitatea mintală)** media rangurilor pentru grupul de control este  $M=18,58$ , iar pentru grupul experimental  $M=10,88$ , ceea ce ne dă posibilitate să concluzionăm că nivelul caracteristicii PM este mai înalt la grupul de control în comparație cu grupul experimental.

**Tabelul 2.17. Test Statistics (a) privind diferențele la rezultatele Test pentru ambele grupuri experimentale**

|                        | <b>AC</b>      | <b>NEG</b> | <b>DE</b> | <b>OR</b> | <b>PM</b>      | <b>PC</b> | <b>RlaAM</b> |
|------------------------|----------------|------------|-----------|-----------|----------------|-----------|--------------|
| Mann-Whitney U         | <b>46.500</b>  | 88.000     | 85.000    | 102.500   | <b>52.500</b>  | 86.500    | 105.000      |
| Wilcoxon W             | <b>217.500</b> | 259.000    | 256.000   | 273.500   | <b>130.500</b> | 164.500   | 276.000      |
| Z                      | <b>-2.635</b>  | -0,862     | -0,989    | -0,235    | <b>-2.385</b>  | -0,923    | -0,130       |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | <b>0,008</b>   | 0,389      | 0,323     | 0,814     | <b>0,017</b>   | .356      | 0,897        |

b Grouping Variable: GRUP

Din tabelul diferențelor de rang putem observa că diferențe statistic semnificative sunt evidențiate la variabilele **AC (acceptare)**  $U=46.5$ ,  $p=0,008$ ,  $n=24$  și la variabila **PM (pasivitate mintală)**  $U=52,5$ ,  $p=0,017$ ,  $n=24$ , pe când la celelalte variabile nu există diferențe statistic semnificative.

Pentru ultima etapă în compararea grupurilor cercetate au fost analizate nivelurile de stres și tensiune neuropsihică și diferențele între ele. Pentru stabilirea diferențelor între grupul experimental și cel de control, a fost utilizat criteriul statistic NPar Mann-Whitney Test.

**Tabelul 2.18. Test Statistics (b) privind diferențele statistic semnificative la etapa Test între grupurile cercetate pentru stres și tensiune neuropsihică**

|                        | <b>Stres</b> | <b>Tensiune neuropsihică</b> |
|------------------------|--------------|------------------------------|
| Mann-Whitney U         | 101.500      | 102.500                      |
| Wilcoxon W             | 179.500      | 273.500                      |
| Z                      | -0,279       | -0,235                       |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | 0,780        | 0,814                        |

b Grouping Variable: GRUP

În Anexa nr. 5, prezentăm rezultatele demersului experimental constatativ obținute pentru grupul de 24 mame în comparație (vezi tabelele ce reflectă corelațiile per loturi de cercetare la etapa de constatare a nivelului de stres, tensiune neuropsihică și mecanismele de coping evaluate, lotul mamelor cu copii tipici și a mamelor care educă copii cu AN).

În concluzie, din tabelul rezultatelor empirice ale coeficientului Mann-Whitney putem observa că nu există diferențe statistic semnificative între grupurile cercetate. Faptele constatate ne permit să susținem că grupurile sunt similare în manifestarea nivelului de stres și a nivelului tensiunii neuropsihice.



## 2.4. Concluzii la Capitolul 2

Organizarea și desfășurarea studiului empiric complex, axat pe identificarea particularităților de manifestare a stresului la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii și la mamele copiilor cu dezvoltare tipică a permis evidențierea următoarelor concluzii:

1. În cadrul experimentului de constatare a fost testată veridicitatea ipotezei, conform căreia *mamele care au în îngrijire copii cu AN manifestă un nivel mai înalt de stres și tensiune neuropsihică, fiind orientate spre mecanisme de coping mai puțin eficiente*. În acest sens au fost analizate minuțios particularitățile de manifestare a stresului în rândul mamelor, strategiile de coping utilizate de către acestea în gestionarea nivelului de stres. Compararea rezultatelor obținute în ambele grupuri a permis stabilirea caracteristicilor individuale și de grup pentru manifestarea stresului, selectarea și administrarea strategiilor de coping în situațiile tensionate.
2. Datele statistice obținute în cadrul experimentului de constatare confirmă schimbările ce se produc în familie odată cu apariția unui copil cu dizabilități, inclusiv, cu afecțiuni neuromotorii. De cele mai dese ori, familia respectivă este supusă unui nivel crescut de tensiune neuropsihică, perceput de către mame, în deosebi, care generează cote înalte de stres, resimțit la nivel individual, și care crește într-un stres manifestat continuu. În scopul gestionării stresului mamele adoptă diverse strategii de coping, unele manifestate activ, altele pasiv. Unele strategii de coping utilizate se dovedesc a fi destul de eficiente, precum *planificarea, căutarea suportului socio-emoțional*, acestea fiind și mai des aplicate de către mamele copiilor cu AN comparativ cu cele ce educă copii cu dezvoltare tipică.
3. În ambele grupuri, la nivel individual, au fost determinate cote mari în ce privește nivelul de stres cu care se confruntă, utilizarea unor mecanisme de coping mai puțin eficiente. Totuși, a fost dovedit experimental că la nivel de grup, scorurile înregistrate pentru aceste variabile sunt mai înalte în rândul mamelor copiilor cu AN, diferențele intergrupale fiind confirmate și din punct de vedere statistic.
4. În cadrul cercetării experimentale comparative a manifestării stresului de către mamele ce îngrijesc copii cu AN și mamele copiilor cu dezvoltare tipică relevă necesitatea oferirii suportului psihologic la mamele ce educă copii cu AN, în scopul dezvoltării resurselor de coping, care să diminueze nivelul de stres la mame, asigurând astfel o gestionare mai bună a acestuia.

### 3. DESIGNUL DEMERSULUI EXPERIMENTAL-FORMATIV

#### 3.1. Principiile și strategiile de lucru în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii

Precum am menționat în capitolul teoretic despre faptul că solicitările zilnice ale părinților sunt numeroase și complexe, iar răspunsul organismului uman la acestea poate fi uneori generator de tensiuni. Aceste tensiuni sunt o parte normală a vieții, dacă ne raportăm la concepția conform căreia ființa umană este într-o permanentă stare de mobilizare și dinamizare pentru a răspunde la solicitările mediului. În cele mai multe situații, părinții se raportează la solicitările multiple ale interacțiunii cu copiii în funcție de nivelul competenței parentale de care dispun.

Studiul experimental asupra manifestării stresului la mamele copiilor cu dizabilități, dar și studiul teoretic al problemei respective au confirmat necesitatea acordării suportului psihologic pentru mamele copiilor cu dizabilități în procesul de confruntare și gestionare a stresului, generat de apariția copilului cu dizabilități.

În realizarea demersului formativ, orientat spre organizarea și realizarea asistenței psihologice a mamelor copiilor cu AN în vederea influenței procesului de gestionare a stresului, ne-am propus realizarea **scopului** de valorificare experimentală a GMT în diminuarea nivelului de stres la grupul acestor mame.

**Ipoteza** lansată și validată în cadrul experimentului formativ s-a axat pe ideea conform căreia *diminuarea nivelului de stres și tensiune neuropsihică la mamele care au în grijă unul sau mai mulți copii cu AN poate fi realizată prin dezvoltarea resurselor de coping, valorificând GROUP MOVE THERAPY.*

Astfel, la etapa formării, în cadrul GMT, a fost urmărită identificarea resurselor, menite să faciliteze utilizarea unor mecanisme de coping eficiente și, astfel, să diminueze nivelul de stres la mamele copiilor cu dizabilități.

Pentru realizarea scopului demersului formativ au fost urmărite câteva **obiective** distinctive:

- determinarea posibilităților de influență cu impact pozitiv asupra nivelului de tensiune neuropsihică și stres la mamele ce educă copii cu dizabilități, prin realizarea unui program de intervenție psihologică în cadrul GMT;
- elaborarea unui program de intervenție psihologică în gestionarea nivelului de stres, axat pe GMT, cu scopul diminuării nivelului de stres la mame prin dezvoltarea resurselor de coping;
- selectarea mamelor ce educă copiii cu dizabilități ca participanți în cadrul grupurilor experimental și de control;

- implementarea programului de intervenție psihologică axat pe GMT;
- validarea programului de intervenție psihologică axat pe GMT prin verificarea eficacității acestuia;
- elaborarea concluziilor și recomandărilor de rigoare.

Cercetarea realizată în cadrul experimentului de constatare a stabilit existența diferențelor la nivelul manifestării stresului în rândul mamelor copiilor cu AN comparativ cu cele care educă copii cu dezvoltare tipică. Rezultatele experimentale obținute la fel au demonstrat validitatea relației dintre gestionarea nivelului de stres și utilizarea mecanismelor de coping pentru a reduce din tensiunea neuropsihică. De aici a rezultat importanța dezvoltării unor resurse de coping, care să faciliteze adoptarea de către mamele copiilor cu dizabilități a unor strategii eficiente de coping în vederea reducerii nivelului de stres.

Faptele stabilite au condus spre înaintarea următoarelor *sarcini*: determinarea principiilor și strategiilor de lucru cu mamele ce au în îngrijire copii cu dizabilități și elaborarea strategiei de intervenție psihosocială în scopul gestionării stresului la mamele respective. Realizarea acestei sarcini necesită delimitarea principiilor de bază și a strategiilor optime de abilitare a persoanei în domeniul gestionării stresului. O astfel de strategie ar trebui fundamentată pe legitățile gestionării stresului dezvoltate în cadrul psihologiei sociale, dar și pe principiile de organizare a asistenței terapeutice în lucrul cu familiile copiilor cu dizabilități. Urmând acest scop, am analizat mai multe strategii, modele semnificative în domeniul gestionării stresului, pe care le prezintă psihologia socială, dar și strategii de lucru cu familia, cu un accent sporit pe specificul activității psihologice cu implicarea familiei în care se educă copii cu dizabilități, în special, a mamelor acestor copii. Cele mai importante teze rezultate din analiza efectuată vor fi expuse în continuare, după care va fi prezentată strategia de intervenție psihosocială aplicată în gestionarea nivelului de stres, implementată și validată în cadrul experimentului formativ din cadrul cercetării de față.

În cadrul cercetării teoretice, confirmate și la etapa experimentului de constatare, am explicat și demonstrat faptul că mamele copiilor cu dizabilități trăiesc, sub influența unui stres traumatizant continuu, de cele mai multe ori, într-o lume a instabilității și vulnerabilității, experimentând insatisfacție, incertitudine, nesiguranță, dezamăgire, fiind constrânse în redefinirea valorilor adoptate.

Bunăstarea lor emoțională este grav afectată, fiind caracterizată prin apariția *stărilor de anxietate, depresie, supărare cronică, iritabilitate, indispoziție, nervozitate*. Dezinteresul pentru viață se leagă de pierderea speranței, a încrederii legate de perspectiva de viitor, a securității personale, care-i afectează considerabil imaginea de sine [83, p.81-83].

Din analiza faptelor constatate, deducem *necesitatea focalizării strategiei de intervenție în scopul gestionării stresului pe trăirea emoțională și validarea experienței traumatizante a persoanei*, care să constituie una dintre direcțiile de bază în demersul formativ.

Analizând diverse modele și strategii de lucru în vederea gestionării stresului, observăm tot mai mult că sunt inspirate din diverse abordări explicative și acționale. Bunăoară, **terapia integrativă**, care îmbină armonios tehnici și strategii de lucru din diverse modele terapeutice, se dovedește a fi flexibilă și potrivită pentru diferite probleme de ordin psihologic, cu care se confruntă clientul [36].

Astfel, **terapia cognitiv-comportamentală**, care și ea are la bază o abordare integrativă, combinând două terapii (cea cognitivă și cea comportamentală), este focalizată pe rezolvarea problemelor prin modificarea comportamentelor în baza gestionării/modificării gândurilor automate distorsionate. În cadrul terapiei cognitiv-comportamentale se acordă o importanță deosebită tehnicilor de restructurare cognitivă și atitudinală. Principiul de bază al terapiei pornește de la faptul că modalitățile în care o persoană se comportă sunt determinate, în primul rând, de felul în care interpretează situațiile [39]. Astfel, putem presupune că în cazul mamelor copiilor cu AN un demers terapeutic de învățare a identificării și schimbării gândurilor, atitudinilor, presupunerilor legate de anumite situații trăite ar putea contribui la reducerea problemelor emoționale cu care se confruntă. Înțelegerea, acceptarea și validarea rolului de părinte al unui copil cu dizabilități ar putea constitui un factor important în ameliorarea stării emoționale și reducerea nivelului de stres la aceste mame. Învățarea de a identifica distorsiunile din gândire pentru a reduce problemele emoționale și a modifica comportamentul de confruntare a stărilor stres, se poate realiza atât în cadrul ședințelor psihoterapeutice individuale, cât și de grup. În cea din urmă modalitate de organizare, experiențele subiecților sunt analizate și modificate prin învățarea unor modele noi, favorabile, modelate în cadrul jocului de rol sau al exercițiului, cu susținerea și aprobarea grupului. În calitate de temă pentru acasă se propune exersarea abilităților învățate într-o situație socială reală.

O altă abordare ce prezintă interes pentru fundamentarea demersului formativ în gestionarea nivelului de stres vine din **orientarea experiențială**, ce are la bază filosofia existențialistă, preocupată de trăirea și devenirea ființei umane. Aceasta pune accent pe trăirea emoțiilor și a experienței prezente, care este mai degrabă un proces afectiv decât cognitiv, personal și inobservabil de către o altă persoană. Acest proces subiectiv conduce ulterior la conceptualizare, el fiind inițial implicit și căpătând semnificații profunde pentru subiect o dată cu atingerea obiectivelor psihoterapiei. Schimbările terapeutice rezultă în urma procesului trăirii experienței prin care semnificațiile implicite ale evenimentelor ajung în conștiință, sunt puternic și direct simțite și sunt modificate chiar fără a fi în mod expres verbalizate [69, p.68].

O resursă foarte importantă în psihoterapia experiențială este reprezentată de centrarea ei asupra procesului, asupra a ceea ce se întâmplă *aici și acum* la nivel de grup. Grupul experiențial se plasează *aici și acum* în experiența imediată. Principiul de bază este experiența, acțiunea, priza de conștiință [84, p.66]. Acest tip de orientare facilitează centrarea pe experiența reală, sesizabilă și observabilă, la care consilierul și membrii grupului au acces direct. În procesul „*aici și acum*” este posibil un dialog direct, autentic, ce se fundamentează, în primul rând, pe conectarea la experiența celuilalt, experiență care are loc în prezent și poate fi observată, analizată și (uneori) resemnificată, într-un mediu stimulat și suportiv. Obiectivele terapiei sunt intra-personale, referindu-se la descoperirea ego-ului propriu, a propriei sale individualități, a stărilor sale emoționale și a modului în care se reflectă acestea în starea fizică [82].

Pentru conceptualizarea strategiei de intervenție în vederea gestionării stresului a fost analizat și **modelul umanist** de abordare a problemelor cu care se confruntă persoana, bazat pe principiul unicității experienței individului uman și a capacității lui de rezolvare a problemelor personale, de creștere personală și auto-actualizare. C. Rogers, autorul terapiei centrate pe client sau a terapiei non-directive, pornește de la premisa că fiecare individ este unic și are o nevoie bazală, primară, de imagine pozitivă, de respectul și de admirația celorlalți, având tendința spre realizarea de sine, ne face să creștem și să ne dezvoltăm ca ființe umane sănătoase și mature (psihic și social).

Instituirea unei atmosfere de încredere mutuală, sinceritate și securitate, provoacă stări afective pozitive, creează condiții de manifestare autentică a stărilor afective și cunoaștere profundă de sine. În opinia sa, clientul joacă rolul principal în terapie și nu psihoterapeutul, având puterea și motivația de a se ajuta singur. Psihoterapeutul are rolul de facilitator, care creează o atmosferă caldă, pozitivă, de acceptare, în care acest lucru devine posibil. Scopul este acela de a-i ajuta pe clienți să își clarifice gândurile despre problemele pe care le au și să dobândească o mai mare înțelegere a acestora. Ca urmare, *clientul devine conștient de sine, poate să-și recunoască propriile forțe și limite, ceea ce adeseori duce la creșterea auto-acceptării.*

În același timp, o mai bună înțelegere a constrângerilor reale, nu imaginate sau autoimpuse, poate ajuta clientul să decidă cum să acționeze [3, p.41]. El obține o imagine optimistă despre propria persoană, care este privită ca fiind valoroasă și cu multe disponibilități ce trebuie dezvoltate. Astfel acesta este sprijinit să-și actualizeze posibilitățile.

La fel, precum orientarea umanistă analizează stările afective, prin cunoașterea mai profundă a propriilor necesități, conducând spre autoorganizare și formare a unor modele finisate ale percepției stimulilor și experiențelor, în cadrul **orientării gestalt-terapeutică**, toate analizele se centrează pe *trăirile „aici și acum”*. Prin amplificarea câmpului de conștientizare, clienții se autocunosc, își actualizează experiențele, își asumă responsabilități personale de procesul

perfecționării sinelui. Tehnicile și metodele **analizei tranzacționale** conduc succesiv de la identificarea stărilor Eu-lui și a modurilor de interacțiune cu alții, spre analiza jocurilor și scenariilor, ce reprezintă experiențe personale. Sunt scoase în evidență modelele distructive, fiind înlocuite cu patterne și moduri de implicare în cadrul relațional de pe poziție favorabilă, de integrare armonioasă și instituire a unor stări interne pozitive.

În paragraful următor vor fi expuse tehnicile și metodele de lucru preluate din orientările psihoterapeutice examinate, adaptate și utilizate în cadrul strategiei de intervenție psihosocială de gestionare a stresului la mamele ce educă copii cu dizabilități.

În psihologia socială, abordarea stresului și a gestionării acestuia este pusă în legătură directă cu **abordarea conduitei de coping** adoptate de către persoană. Odată ce *stresul* rezultă din perceperea unei stări de ineficiență personală și vizează stările psihice disfuncționale datorate dificultăților cărora individul trebuie să le facă față, *coping-ul* vizează efortul desfășurat de către acesta la nivel cognitiv, fiziologic și comportamental pentru a reduce, minimiza, elimina, stăpâni sau tolera solicitările interne și externe, pentru a *gestiona stresul*, în funcție de situația specifică și de caracteristicile personale (vulnerabilitate individuală) [94, p.45].

J.E. Singer și L.M. Davidson menționează că oamenii pot interpreta diferit o situație de stres. Ei o pot percepe ca pe o amenințare la adresa bunăstării lor fizice și/sau emoționale sau ca pe o cerință de moment. Dacă evenimentul este interpretat ca pericol, individul va recurge neapărat la *coping*. Celelalte situații pot implica și un alt răspuns [183, pp.36-47]. Potrivit teoriei lui R.S. Lazarus și S. Folkman, individul trece prin două etape de evaluare. Mai întâi, își analizează resursele, încercând să găsească răspuns la întrebarea „*De ce dispun pentru a depăși această situație?*”, apoi evaluează eventualele acțiuni și încearcă să intuiască reacțiile de răspuns ale mediului, întrebându-se: „*Ce pot să fac? Care sunt strategiile mele de combatere? Cum va reacționa mediul la acțiunile mele?*” Alegerea strategiilor de *coping* va depinde, respectiv, de răspunsul la aceste întrebări. R.S.Lazarus și S.Folkman insistă în repetate rânduri asupra faptului că evaluarea cognitivă joacă un rol cheie în procesul de *coping* [167].

O serie de cercetători susțin că emoțiile, gândurile și acțiunile de coping prezintă două caracteristici importante: a) *implică acțiuni conștincioase, având un scop bine definit* și b) *apar ca răspuns la evenimente „importante”*, adică evenimente care zdruncină stările emoționale obișnuite sau care riscă să dezechilibreze activitatea uzuală a indivizilor [8], [24], [64], [73], [172]. Coping-ul apare, de obicei, sub forma unui ansamblu de răspunsuri, inițiate și repetate atât cât e nevoie pentru a controla stresorul.

Gradul de eficiență a coping-ului depinde de alegerea corectă a *strategiilor de coping*, care reprezintă, de fapt, totalitatea mijloacelor care ne ajută să înfruntăm o problemă. R.S.Lazarus și S.Folkman deosebesc două tipuri de strategii de coping și anume: *strategiile*

*focalizate pe problemă și cele orientate emoțional*. În primul caz, individul încearcă să găsească soluții pentru a rezolva direct problema, căutând modalitățile de eliminare rapidă a ei. În cazul strategiilor de tipul doi, este vorba despre acțiuni și idei/gânduri, ce au drept scop diminuarea încărcăturii fizice și psihice cauzate de stres [167].

C. Carver menționează în acest context că cele mai operaționale și adaptabile se dovedesc a fi strategiile focalizate pe problemă [117, p.48]. În literatura de specialitate sunt atestate două viziuni asupra naturii coping-ului. Potrivit primei, coping-ul nu este altceva decât *o trăsătură a personalității*. Pentru adepții acestei teorii (N.Haan, G.Vaillant etc.), coping-ul exprimă un set de mecanisme de apărare, adaptabile, inconștiente - un mijloc important de a stăpâni instinctul și emoțiile. A doua viziune este axată pe *elementul de proces al coping-ului*. Pentru adepții acestei teorii (R.S.Lazarus ș.a.), coping-ul reprezintă totalitatea eforturilor de control al stresului. Aceste eforturi se schimbă în timp, fiind modelate de contextul adaptațional care le generează. Abordarea contextuală a coping-ului se sprijină pe modelele relaționale ale stresului, în limitele cărora fenomenul vizat apare ca parte componentă a *relației persoană-mediul extern* [120, p.65].

Coping-ul ca element esențial în *gestionarea nivelului de stres* rezidă în efortul cognitiv și comportamental de a reduce, controla sau tolera solicitările interne sau externe care depășesc resursele personale, desfășurându-se în trei etape: *anticiparea (avertizarea), confruntarea (impactul) și post-confruntarea*. Coping-ul implică atât mecanismele de prevenție, cât și cele de adaptare la stres. Strategiile de coping diferă în funcție de: *experiență, caracteristicile personale, efectul experienței traumatizante trăite asupra persoanei, activitatea zilnică, suportul social etc.*

Cercetările efectuate de E. R. Greenglass (1993) au evidențiat legături semnificative între diferite forme de suport social și formele de coping. S-a constatat, că femeile, având, în general, abilități interpersonale mai dezvoltate decât bărbații, utilizează mai frecvent *copingul social* [176]. Această constatare ne permite să presupunem că una dintre direcțiile demersului formativ în vederea gestionării stresului la mamele copiilor cu dizabilități ar trebui orientată spre dezvoltarea copingului social, dar și utilizarea suportului social.

Noile orientări în domeniul copingului vizează luarea în considerare a emoțiilor pozitive și a unor resurse de coping, precum optimismul, comunicarea asertivă, rezolvarea problemelor, în gestionarea evenimentelor stresante. Emoțiile pozitive orchestrează în diferite moduri calitatea și cantitatea resurselor de coping care sunt la originea unui coping adaptativ. Nu există o strategie de coping eficace doar prin ceea ce reprezintă ea însăși, independentă de unele caracteristici ale persoanei și ale situațiilor stresante (durată, intensitate, controlabilitate). De altfel, precizarea eficacității unei strategii de coping variază în funcție de criteriul considerat: starea de bine emoțională, starea și sănătatea fizică, autoevaluarea etc. Or, toate acestea ilustrează faptul că

mecanismele de coping și stilul de coping trebuie privite ca procese tranzacționale între persoană și mediul înconjurător - fizic, psiho-social, socio-economic și socio-cultural.

Eficacitatea strategiilor de coping depind și de trăsăturile psihosociale ale persoanelor (în cazul nostru, ale mamei copiilor cu dizabilități), dar și de complexitatea, gravitatea problemelor cu care se confruntă în viața cotidiană. Această eficacitate se evaluează în raport cu efectele, cu consecințele funcționale sau non-funcționale ale mecanismelor de coping, pe baza unor criterii bine stabilite. În acest context vorbim de **conduita de coping**, definită ca totalitatea eforturilor cognitive și comportamentale activate pentru a reduce sau a putea tolera solicitările create de o tranzacție stresantă [S. Folkman, R. Lazarus, Ș. Ionescu, E. Jacquet, A. Lhote, F. Chabrol, B. Callahan].

Conduita de coping este determinată de rolul social al persoanei și cuprinde trei categorii majore, privind:

- 1) *rezolvarea, transformarea/ modificarea sau controlul* direct al situației stresante;
- 2) *schimbarea semnificației/sensului* sau a evaluării situației stresante (schimbarea opticii/perspectivelor, stabilirea de noi priorități, ignorarea selectivă a problemelor);
- 3) *gestionarea sau controlul simptomelor de distres* (detensionare, sport, somn prelungit etc.).

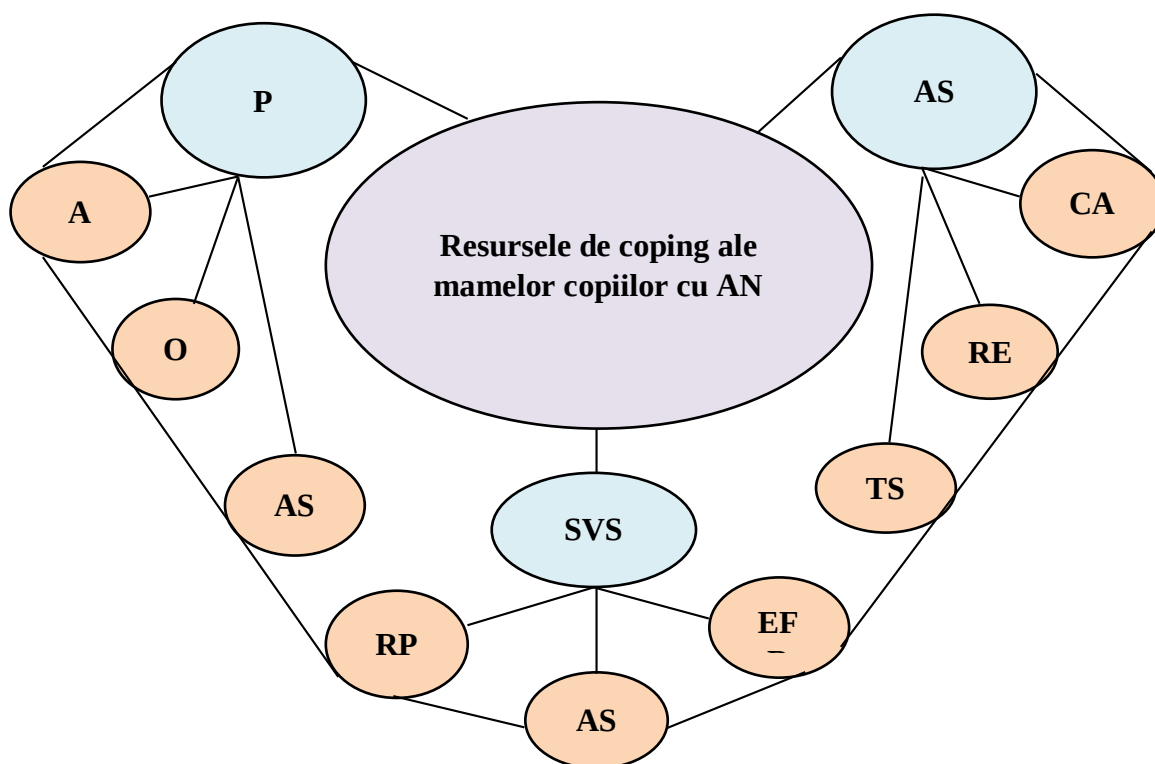
Analizând *factorii care influențează conduita de coping*, cercetătorii s-au focalizat, în special, asupra a două conceptualizări dominante: *conduită specifică situației*, ca răspuns la stresori specifici (caracteristicile stresorilor, considerați a fi determinanți importanți ai copingului) și *predispoziții personale relativ stabile (stil de coping)*, stabil în timp, aplicat în diverse situații stresante) [6; 8], [29], [16], [60], [75], [82], [115] [153], [147], [152].

Astfel, au fost puși în evidență factorii care acționează ca **resurse de coping**, definite ca abilități și caracteristici demonstrate a fi adaptativ-avantajoase în multe situații, care concură la o conduită eficientă de coping la nivel individual [95, p.48].

În baza considerațiilor teoretice descrise mai sus, deducem că procesul de gestionare a stresului mamei copiilor cu AM trebuie să decurgă ca urmare a **dezvoltării resurselor de coping** – proces realizat în cadrul ședințelor GMT.

Analiza literaturii din domeniu a permis stabilirea resurselor de coping, necesar a fi dezvoltate la mamele participante la demersul formativ, prezentate în figura de mai jos, intitulată simbolic „Inima mamei”.





**Fig. 3.1. Resursele de coping pentru gestionarea stresului la mamele copiilor cu AN în cadrul strategiei GMT („Inima mamei”)**

Limbajul simbolic din figura 3.1. este reprezentat de abrevierile expresiilor caracteristice resurselor de coping specifice relației mamă - copil cu AN și explicat pentru claritate, într-o formă vizibilă, în tabelul următor.

**Tabelul 3.1. Resurse de coping în gestionarea stresului mamelor copiilor cu afecțiuni neuromotorii prin GMT**

| Resurse de coping dezvoltate în procesul GMT la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii |                               |                         |                             |                             |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| P – pozitivismul                                                                          |                               | AS - adaptarea la stres |                             | SVS – stil de viață sănătos |                               |
| <b>A</b>                                                                                  | <i>Auto-eficacitatea</i>      | <b>CA</b>               | <i>Comunicarea asertivă</i> | <b>RP</b>                   | <i>Rezolvarea problemelor</i> |
| <b>O</b>                                                                                  | <i>Optimism</i>               | <b>RE</b>               | <i>Reglarea emoțională</i>  | <b>EF</b>                   | <i>Exerciții fizice</i>       |
| <b>AS</b>                                                                                 | <i>Atașamentul securizant</i> | <b>TS</b>               | <i>Toleranța la stres</i>   | <b>AS</b>                   | <i>Alimentația sănătoasă</i>  |

În tabelul ce urmează vom concretiza ce presupune fiecare dintre resursele de coping menționate.

**Tabelul 3.2. Resurse de coping dezvoltate pentru gestionarea stresului mamelor copiilor cu afecțiuni neuromotorii prin GMT**

| Resurse de coping necesare în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu AN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pozitivismul                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Adaptarea la stres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Stil de viață sănătos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Auto-eficacitatea:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- convingerea în posibilitățile de mobilizare a resurselor cognitive, motivaționale, necesare pentru îndeplinirea sarcinilor;</li> <li>- focalizarea atenției spre propria persoană prin autoprogramare mentală pozitivă;</li> <li>- stimă de sine și imagine de sine pozitivă;</li> <li>- dezvoltarea încrederii în sine.</li> </ul> | <b>Comunicarea asertivă:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exprimarea propriilor trăiri și opțiuni într-o manieră, în care să nu fie lezată stima de sine ale celorlalți;</li> <li>- rezolvarea conflictelor într-o manieră fermă, dar fără să jignească interlocutorii;</li> <li>- conduite non-verbale adecvate;</li> <li>- abordare mintală pozitivă.</li> </ul> | <b>Rezolvarea problemelor:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- atitudinea și felul de a gândi;</li> <li>- capacitatea de a fi creativ;</li> <li>- sprijinirea membrilor familiei;</li> <li>- crearea unei atmosfere de preocupare activă.</li> </ul>                                                                               |
| <b>Optimismul:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- satisfacție legată de viață;</li> <li>- stare de bine;</li> <li>- dispoziție pozitivă, chiar în condiții de stres psihic acut.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  | <b>Reglarea emoțională:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- conștientizarea propriilor emoții;</li> <li>- controlul comportamentelor impulsive;</li> <li>- controlul furiei;</li> <li>- reducerea anxietății și a deprimării.</li> </ul>                                                                                                                              | <b>Exercițiile fizice:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sănătate psihofizică bună;</li> <li>- sistem imunitar mai eficient;</li> <li>- formă fizică mai bună;</li> <li>- acces la activități care influențează răspunsul fiziologic pozitiv;</li> <li>- respirație musculară relaxantă;</li> <li>- somn mai profund.</li> </ul> |
| <b>Atașamentul securizant:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- legătura emoțională cu rol protector dintre mamă și copil;</li> <li>- proximitatea mamă-copil;</li> <li>- fundament pentru dezvoltarea personalității copilului cu afecțiuni neuromotorii;</li> <li>- dezvoltă abilitățile cognitive și socio-emoționale ale copilului.</li> </ul>                                             | <b>Toleranța la stres:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dezvoltarea empatiei, a compasiunii;</li> <li>- adaptarea socio-emoțională;</li> <li>- capacitatea de menține starea de echilibru în interacțiunile sociale;</li> <li>- dispoziție pozitivă;</li> <li>- rezistență emoțională.</li> </ul>                                                                  | <b>Alimentația sănătoasă:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disciplina alimentară;</li> <li>- combinații corecte/adecvate;</li> <li>- hidratarea organismului;</li> <li>- conștientizarea rolului unei alimentații sănătoase pentru starea de bine.</li> </ul>                                                                   |

Rezistența părinților la stres poate fi o *resursă a competenței parentale*; astfel, *copingul* vizează orice strategie (cognitivă, comportamentală sau emoțională) elaborată pentru a face mai tolerabilă tensiunea interioară (stresul psihic) indusă de o situație potrivnică (ce depășește resursele personale) [173, p.26].

Prin urmare, gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu AN decurge ca urmare a dezvoltării resurselor de coping. Acest proces trebuie organizat în cadrul ședințelor GMT, în care să se creeze oportunități de examinare a problemelor cotidiene cu care se confruntă mama/familia în creșterea și dezvoltarea copilului cu AN, resursele necesare pentru a fi depășite, strategiile utilizate pentru soluționare/depășire.

**Tabelul 3.3. Corespondența strategiilor de coping, ca variabile ale cercetării, cu resursele de coping**

| Variabilele cercetării                | RESURSE DE COPING         |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Strategii de coping                   |                           |
| - Copingul activ                      | 1. Auto-eficacitatea      |
| - Planificarea                        | 2. Rezolvarea problemelor |
| - Eliminarea activităților concurente |                           |
| - Reținerea de la acțiune             |                           |
| - Suportul social-instrumental        | 3. Atașamentul securizant |
| - Suportul social-emoțional           |                           |
| - Reinterpretarea pozitivă            | 4. Optimismul             |
| - Orientarea spre religie             |                           |
| - Acceptarea                          | 5. Toleranța la stres     |
| - Pasivitatea comportamentală         |                           |
| - Negarea                             | 6. Comunicarea asertivă   |
| - Descărcarea emoțională              | 7. Reglarea emoțională    |
| - Pasivitatea mentală                 | 8. Exerciții fizice       |
| - Recurgerea la alcool-medicamente    | 9. Alimentația sănătoasă  |

În literatura de specialitate, o serie de autori [28], [180], [111], [104], consideră nivelul de rezistență la stres a părinților drept un factor deosebit de important în ceea ce privește capacitatea acestora de a-și asuma rolul de educatori ai copilului. Cercetătorul J. Budlong particularizează această rezistență la stres la situații punctuale, de conflict, ale interacțiunii părinte-copil, sub forma „**controlului de sine**” - caracteristică dependentă de maturitatea părinților și de abilitatea lor de a înțelege lumea copilului [166].

Manifestarea optimă a acestora permite părintelui să impună algoritmul care duce către rezolvarea dezirabilă a unui conflict și ajută copilul să găsească raportul optim între valori, atitudini și comportamente, ce contribuie la rezolvarea conflictului la nivelul fiziologic, social, profesional etc., dar și pe cel personal/familial [188].

Și, în general, atunci când întâlnim o situație stresantă, întâi o evaluăm mental prin intermediul a două elemente: *riscul* pe care-l poate conține situația și *resursele personale* cu care încercăm să-i facem față. Această evaluare este rapidă și poate determina reacții de stres în cazul în care resursele noastre sunt insuficiente în raport cu intensitatea și frecvența amenințării. Așadar, analiza psihologică a unei situații de stres poate lua trei forme: a) nu există nici o amenințare și în acest caz stresul nu apare; b) există o amenințare, dar există și capacități adecvate de a-i face față, stresul va fi anihilat; c) există o amenințare, însă individul consideră că nu are capacitățile necesare de a-i face față, aceasta ducând la instalarea stării de stres [90, p.57]. Astfel, „reacția la stres determină apariția unei vigilențe sporite față de mediul înconjurător și a unui mecanism psihologic important: devenim mult mai sensibili la tot ceea ce poate reprezenta pentru noi o potențială amenințare” [apud, 78].

Conceptul de **auto-eficacitate** reprezintă în teoria social-cognitivă o variabilă centrală în mecanismele de autoreglare a organismului la cerințele mediului. El este propus de A. Bandura (1982) și se referă la convingerile unei persoane, la capacitățile sale de a-și mobiliza *resursele cognitive și motivaționale* pentru îndeplinirea sarcinilor primite și de asemenea un construct relevant pentru înțelegerea factorilor protectori la stres și boală.

Auto-eficacitatea percepută mai poate fi definită ca o anticipare a rezultatelor pozitive în acțiunile întreprinse datorită cunoștințelor și abilităților posedate. Percepția propriei competențe modifică și percepția eșecului sau a performanței reduse; în aceste cazuri, insuccesul tinde să fie atribuit efortului redus investit în sarcină și în mai mică măsură lipsei competenței necesare îndeplinirii sarcinii. Auto-eficacitatea ca proces cognitiv generează opțiuni, motivații, emoții, idei și comportamente. Persoana nu numai că își evaluează abilitățile în lumina succeselor sau eșecurilor trecute, dar și optează pentru anumite sarcini, își dozează efortul, își monitorizează progresele în funcție de experiența [79, pp.182-183].

*Auto-eficacitatea percepută* se referă la convingerea unei persoane privind capacitățile sale de a-și mobiliza resursele cognitive și motivaționale necesare pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor date. Astfel, auto-eficacitatea percepută poate fi definită ca o anticipare a rezultatelor în acțiunile întreprinse pentru a avea succes datorită cunoștințelor și abilităților posedate. Percepția propriei competențe modifică percepția performanței reduse sau a eșecului; în aceste situații, insuccesul tinde să fie atribuit efortului redus investit în sarcină și în mai mică măsură lipsei sau insuficienței competenței necesare îndeplinirii sarcinii [94, p.19].

În acest context, **auto-eficacitatea** reprezintă simțul propriei competențe și eficiențe ale mamei. Emoțiile pozitive în interrelație cu motivația și credințele mamei constituie nodul central în jurul căruia se înscriu resursele și strategiile care favorizează relațiile sociale și suportul social, în cadrul unui coping eficace. Recunoscând rolul adaptativ al emoțiilor pozitive în ceea ce privește gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu dizabilități, valorificăm și teoria lui A. Bandura referitoare la autoeficacitate, subliniind importanța structurării unui sentiment de autoeficacitate, orientat spre dezvoltarea personală și dezvoltarea rezilienței pentru o cât mai bună gestionare a stresului. Emoțiile pozitive, socializarea și calitatea relațiilor sociale ajută persoana să-și gestioneze mai bine situațiile stresante, menținându-și starea de sănătate. De asemenea, emoțiile pozitive și sprijinul social emoțional și/sau instrumental favorizează recuperarea acesteia după stările de stres.

Elementul esențial al ședințelor GMT îl constituie **cooperarea mamelor**, ceea ce conferă conlucrare pentru a echilibra nevoile personale cu cele ale grupului. Cooperarea presupune o formă de interacțiune socială prin acțiuni conjugate (identice sau complementare) ale participanților pentru atingerea unui scop comun a unor rezultate (gratificații; de care să

beneficieze toate mamele) și întotdeauna cooperarea înseamnă o modalitate de combinare a eforturilor participanților pentru a ajunge la un rezultat specific, eforturi motivate de așteptările acestora [134, p.140], iar aceasta conduce la autoeficacitatea personală.

Odată cu cooperarea în grup, crește și **optimismul** mamelor, asociat cu rezistența la depresie și percepția sporită a calității vieții atunci când individul se confruntă cu evenimente stresante. Practicile parentale cele mai relevante din punctul de vedere al optimismului se leagă de dimensiunea de control parental [64, p.409].

Optimismul este o tendință generală, relativ stabilă de a avea o concepție pozitivă asupra viitorului și experiențelor vieții, expectanțe pozitive, privind atingerea scopurilor propuse. Persoanele optimiste evaluează pozitiv mediul social și fizic, investesc mai mult efort în prevenția problemelor sau în rezolvarea lor.

Conceptul este derivat din teoria autoreglării comportamentului în funcție de anticiparea efectelor. În acest sens, optimismul mai este definit ca o structură cognitiv-motivațională caracterizată prin reprezentări mentale și expectanțe pozitive privind atingerea scopurilor propuse. Persoanele care privesc viața cu optimism - evaluează pozitiv mediul social și fizic, investesc mai mult efort pentru a preveni problemele sau pentru a le transforma, savurează mai mult viața, se ajustează mai eficient la stres și boală [79, pp.177-178].

**Atașamentul securizant** constituie baza tuturor relațiilor și un puternic predictor pentru dezvoltarea sănătoasă a copilului și adultului. Relațiile de atașament sunt de natură ciclică în diadă, fiecare individ influențându-l pe celălalt. Comportamentul de atașament se naște din nevoia de protecție resimțită și semnalată de către copilul provocat și copleșit de teamă în fața multitudinii stimulilor din mediul înconjurător. La orice vârstă, tot ceea ce nu înțelegem, precum și noutatea în general, reprezintă factori de stres. Comportamentul de atașament și sistemul de atașament (în care includem atât comportamentul copilului cât și pe cel al adultului protector) sunt declanșate așadar de situațiile de stres. Aceste situații generatoare de disconfort și frică îl determină pe copil să caute proximitatea adultului în care are încredere, în baza experiențelor anterioare, că-l poate proteja. Acest adult de încredere reprezintă pentru copil figura de atașament. Figura de atașament reprezintă **paradisul de securitate** al copilului, în relație cu care copilul se simte relaxat, curios, sigur de sine, capabil. Această siguranță/ securitate îl face apt și gata să exploreze lumea, cu toate pericolele, dar și tentațiile ei. La confruntarea cu o situație percepută de copil ca fiind periculoasă, acesta va fugi din nou spre **baza sa de securitate**, căutând protecția figurii de atașament [85, p.339].

Printre beneficiile adaptative ale satisfacerii nevoii de proximitate și securitate, J. Bowlby menționează: formarea și menținerea relațiilor de succes; învățarea de strategii de reglare și diminuare a emoțiilor negative precum furia, anxietatea, tristețea; menținerea unui echilibru

emoțional și dezvoltarea rezilienței în situații de stres; asigurarea bazei pentru dezvoltarea unui larg repertoriu de deprinderi și competențe [apud 37, p.28].

Calitatea atașamentului depinde de calitatea interacțiunii celor doi, a plăcerii pe care o au fiind împreună, a sensibilității și ajustărilor pe care le fac, fizic și psihic, în interacțiunea lor. Este evident că aceste aspecte interacționale depind de calitățile parentale și de cele ale copilului. Relația de atașament reprezintă un tip special de relație socială care implică o legătură afectivă între bebeluș și mamă, relație care poate fi caracterizată în termeni de reglare a emoțiilor. Conceptul central al teoriei atașamentului este cel de *modele de lucru*. În acord cu teoria lui J. Bowlby, se dezvoltă din experiențele timpurii și devin generalizări cu privire la așteptările față de ceilalți și față de lume.

Atașamentul este un sistem funcțional continuu care-i oferă copilului sentimentul securității și facilitează comportamentul de explorare. Calitatea relației de atașament își are originea în modul în care copilul vede în figura atașamentului o sursă de securitate. Atașamentul reprezintă un tip specific de relaționare interpersonală, o legătură afectivă de durată și intensitate substanțială [23, p.33].

În acest context, John Bowlby, fondatorul teoriei atașamentului, afirma: „Ceea ce constituie „capacitatea de a fi matern” nu poate fi considerat în termeni de ore pe zi, ci doar în termeni de plăcere resimțită de mamă și de copil în schimburile lor reciproce. Căldura schimburilor este văzută aici ca pozitivă, iar aceasta chiar și pentru autonomia copilului. În fapt, cu cât este mai călduroasă relația, cu atât mai bine își va dezvolta copilul individualitatea: această teorie va ilustra, printr-o abordare totodată clinică și științifică, subtilitatea comportamentelor noastre, care-i permite individului să se folosească de ceilalți ca să-și ia zborul, să se ajute de cunoscut pentru a se deschide necunoscutului, să se sprijine pe trecut pentru a îmbrățișa viitorul. Referindu-se la faimosul mecanism al „amprentei”, J. Bowlby postulează că atașamentul copilului față de părinți ar avea o funcție adaptativă de protecție. El sugerează că siguranța experimentată în relație (ca și certitudinea că îndepărtarea de părinte nu riscă să distrugă legătura) va servi ca sprijin pentru explorarea de către copil a lumii materiale și sociale. Astfel, atașamentul față de părinți ar servi totodată și unei a doua funcții adaptative: socializarea [76, p.43-45].

**Comunicarea asertivă** se manifestă în capacitatea persoanei de a-și exprima gândurile și sentimentele într-o formă acceptabilă din punct de vedere social, adică fără a degrada demnitatea celorlalți; în dorința de a-și asuma responsabilitatea pentru acțiunile lor; într-o abordare constructivă a soluționării problemelor; în efortul de a nu încălca interesele altora.

În 1973 A. Lazarus a fost primul care a stabilit că comunicarea asertivă comportă patru elemente: 1) refuzul cererilor sau formularea unui refuz; 2) cereri de favoruri și formularea de

cereri; 3) exprimarea sentimentelor pozitive și negative; și 4) inițiere, continuare și încheiere a unei conversații generale. Persoana ce comunică asertiv este capabilă *să facă solicitări; să ofere și să primească complimente; să refuze anumite cereri; să-și apere drepturile; să inițieze și să mențină o conversație; să-și exprime opiniile personale și sentimentele pozitive și negative.*

Mai târziu C. Cungi expune că prin intermediul comunicării asertive *vom câștiga respectul celorlalți; ne vom afirma drepturile; vom lupta contra depresiei; vom păstra o imagine pozitivă despre noi; ne vom opune la necesitate și nu vom căuta întotdeauna acceptarea din partea celorlalți.* Din cele relatate observăm că comunicarea asertivă ne ajută să ne afirmăm păstrând o imagine pozitivă despre noi. În aceeași ordine de idei, I. Dafinoiu expune trei componentele ale comunicării asertive: comunicarea eficientă; exprimarea sentimentelor și emoțiilor; critica constructivă. În cadrul relațiilor sociale și interpersonale adoptarea unei atitudini empatică și asertive, evidențiază M. Dinu, „constituie o cerință obligatorie pentru menținerea bunelor raporturi” [11, p.34-36].

**Reglarea emoțională** implică schimbări la nivel de emoție, în ceea ce privește situația care o generează, atenția, evaluarea, comportamentul, experiența subiectivă sau modificările fiziologice ale organismului. Ea conduce la schimbări în „dinamica emoției”, precum latența, timpul de apariție, intensitatea, durata, felul răspunsurilor în domeniul subiectiv, comportamental și fiziologic. Dar cel mai așteptat rezultat al reglării emoționale este descreșterea duratei și a intensității emoțiilor negative [57, p.131].

Reglarea emoțională este legată strâns de reglarea stresului. K. Gratz și L. Roemer menționează că reglarea sau controlul emoțional se realizează prin următoarele abilități: abilitatea de a fi conștient de prezenta emoțiilor și de a le înțelege; abilitatea de a accepta emoțiile; abilitatea de a controla comportamentele impulsive; abilitatea de a se comporta în conformitate cu scopurile setate chiar atunci când se experimentează emoții negative; abilitatea de a utiliza strategii flexibile de reglare emoțională cu scopul de a modula răspunsul emoțional în concordanță cu scopurile individului în situația respectivă [ibidem].

J. Gross și R. Thompson explică reglarea emoțională ca un concept subordonat constructului de reglare a afectului, ce include patru constructe: *copingul, reglarea emoțională, reglarea dispoziției și defensele psihologice* [132, p.22-31].

P. C. Anohin considera că emoțiile pot fi stăpânite, doar dacă sunt dominate de rațiune și *nivelul de control a emoțiilor* [24, p.38].

**Capacitatea de autocontrol** sau adecvarea exprimării emoționale sunt posibile prin armonizarea dintre rațional și afectiv, stimulând conduita tolerantă, manifestarea autentică, nedisimulată, compasiune, exprimarea adecvată a trăirilor emoționale, asumarea responsabilității pentru propriile manifestări comportamentale. *Autocontrol emoțional* presupune rezistența la

frustrare, stăpânirea izbucnirilor necontrolate și exprimarea naturală a trăirilor negative, fără manifestarea agresivă. De asemenea este vorba despre construirea unei imagini de sine pozitive și de adoptarea unei atitudini favorizante față de familie sau școală [112, p.267].

*Autocontrolul* este definit ca și capacitatea persoanei de a percepe existența unor resurse disponibile în vederea confruntării cu evenimentele stresante. „Resursele disponibile” nu se referă doar la capacitățile personale de a face față situației; în această categorie se includ toate resursele la care persoana poate apela în caz de nevoie: soț/soție, prieteni, colegi, divinitate, medic, organizație etc. În măsura în care persoana percepe resursele personale și sociale, ea nu se va simți victima destinului chiar dacă evenimentele trăite au semnificații personale negative [79, p.179].

***Toleranța la stres*** presupune ansamblul calităților personale, ce asigură soluționarea reușită a situațiilor stresante, adică rezistența și acceptarea suprasolicităților intelectuale, volitive și emoționale, condiționate de specificul activității profesionale, fără anumite consecințe negative asupra sănătății individuale și sociale [122, p.14].

Toleranța la stres include un repertoriu de răspunsuri adecvate la situații stresante. Oamenii cu toleranță bună la stres tind să facă față crizelor și problemelor în loc să cedeze sentimentelor de neajutorare și deznădejde. Anxietatea care apare atunci când toleranța la stres nu funcționează în mod adecvat are un efect supărător asupra performanțelor generale pentru că duce la slăbirea puterii de concentrare, creează dificultăți în luarea deciziilor și duce la probleme de ordin somatic, cum sunt tulburările de somn [201].

***Rezolvarea problemelor*** înseamnă identificarea unor mijloace prin care să se reacționeze, să se abordeze sau să se elucideze problema, sau adaptarea propriei persoane la situație, ori a situației la propria persoană. Rezolvarea problemelor e un proces creativ, o metodă, un sistem de abordare a problemei cu imaginație, conducând la acțiune efectivă [123, p.42].

Exercițiile fizice regulate ajută la: reducerea stresului, alungă anxietatea și sentimentele depresive, crește stima de sine, îmbunătățește somnul, sporește vitalitatea, etc. [194].

***Alimentația sănătoasă*** are rolul de a menține starea de bine, ajutând persoana să decidă în favoarea unor strategii de coping mai eficiente, față de strategia de recurgere la medicamente administrate în exces și alte substanțe nocive [190].

***Exercițiile fizice*** ca element al terapiei prin mișcare sunt utilizate cu scopul descărcării tensiunilor acumulate în corpul, dar și în psihicul uman. ***Alimentația sănătoasă*** are rolul de a menține starea de bine, ajutând persoana să decidă în favoarea unor strategii de coping mai eficiente, față de strategia de recurgere la medicamente administrate în exces și alte substanțe nocive.



În concluzie, demersul formativ al cercetării în cauză va avea la bază o abordare integrativă, incluzând metode de lucru cu mamele copiilor cu dizabilități din diverse orientări psihologice, prezentate în următorul paragraf al tezei, îmbinate toate fiind în strategia GMT.

În ceea ce privește forma de organizare a intervenției în vederea reducerii nivelului de stres, dat fiind faptul că GMT, ca strategie de bază în acest sens, reprezintă o terapie de grup, am optat pentru organizarea lucrului în grup. Avantajele **organizării lucrului psihoterapeutic în grup** sunt cunoscute. Pentru membrii familiilor copiilor cu dizabilități, care își trăiesc experiența ca pe una extrem de traumatizantă, acestea se amplifică. Împărtășirea experienței într-un grup, în care toți participanții trăiesc situații similare, reduce din anxietate, sporește acceptarea de sine, odată cu conștientizarea gândului că mai există lume care se confruntă cu aceleași dificultăți, unii reușind și să le depășească. Literatura de specialitate subliniază faptul că sprijinul emoțional pe care atât de mult îl necesită părintele unui copil cu dizabilități este cel mai bine acceptat, fiind oferit de către un alt părinte, aflat într-o situație similară, adică dacă acesta crește și el un copil cu dizabilități [133].

Avantajele utilizării forței grupului în demersul formativ sunt amplificate și de o serie de condiții, care facilitează creșterea personală în cadrul unei astfel de intervenții. Printre acestea S. Rusnac enumeră:

- *posibilitatea soluționării problemelor personale*, prin raportarea la cele examinate în cadrul grupului, prin susținerea grupală percepută la nivel individual;
- *atmosfera de susținere* ce se creează în cadrul grupului, astfel încât climatul de încredere, ascultarea comprehensivă, interesul sincer față de problemele personale ale membrilor grupului înlătură tensiunea internă, slăbește acțiunea mecanismelor de apărare, contribuind la schimbarea calitativă a autoevaluării, la dezvoltarea respectului de sine și a încrederii în potențele individuale;
- *posibilitatea conexiunii inverse*, care se referă la numeroase ocazii pentru obținerea informațiilor despre sine prin diverse canale, pentru contactarea permanentă și intensivă așa-numitei „oglinzi sociale”;
- *utilizarea tehnicilor și metodelor interactive*, prin care sunt prezentate modele ale vieții reale, iar modul de implicare personală reprezintă modele personale eficiente de reacție la stimulii din exterior, care mai apoi devin forme comportamentale utilizate în situațiile sociale;
- *posibilitatea observării*, care vizează potențarea evaluării de către fiecare membru atât a propriilor posibilități, cât și a unor noi modele de comportament, reacții, experiențe și îmbogățirea cu noi observații, cunoștințe [105, p.10].

În cadrul grupului terapeutic nu mai vorbim de o simplă „interiorizare”, ci de trăirea interrelațiilor, iar ceea ce se „interiorizează” sunt chiar relațiile sociale, prin valorile pe

care le exprimă. Fiecare membru al grupului este părtaș al relației de grup, o asimilează și ea devine parte a individualității sale [13, p.260]. Cele nominalizate mai sus ne-au întărit convingerea de a utiliza anume puterea grupului în realizarea influenței psihologice asupra mamelor copiilor cu dizabilități, pentru a le sprijini în procesul de gestionare a stresului cu care se confruntă.

### **3.2. Strategia GMT în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii**

Considerăm faptul că rezistența mamelor la stres reprezintă o resursă a competenței parentale; astfel, *copingul* vizează orice strategie (cognitivă, comportamentală sau emoțională) elaborată pentru a face mai tolerabilă tensiunea neuropsihică indusă de situația ce depășește resursele personale. Și, faptul că nivelul de rezistență la stres a mamelor este un factor deosebit de important în ceea ce privește capacitatea acestora de a-și asuma rolul de educator al copilului. Dacă particularizăm *rezistența la stres* la situațiile interacțiunii mamă-copil, atunci, ea se manifestă sub forma „*controlului de sine*” - caracteristică a auto-eficacității, dependentă de maturitatea mamelor și de abilitatea lor de a înțelege lumea copilului. De aceea, în studiul nostru ne-am propus să aducem noi valențe practice ale intervenției psihologice și să-i găsim aplicabilitate în domeniul dezvoltării resurselor de coping necesare pentru gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu dizabilități.

Studiul analitic al specificului familiilor în care se educă copii cu dizabilități, al schimbărilor ce se produc odată cu apariția acestor copii, inclusiv sub influența stresului generat de condițiile determinate, dar și cercetarea experimentală comparativă realizată, care a confirmat aceste fapte, au orientat investigația noastră spre construirea unei strategii experimentale de dezvoltare a resurselor de coping la mamele copiilor cu AN pentru diminuarea nivelului de stres, utilizând cadrul GMT. Evident, principala cerință față de rezultatul ședințelor din cadrul GMT se rezumă la eficiența acestora, care să poată fi măsurată atât în rezultate apropiate, cât și depărtate. Primele se referă la ceea ce își însușesc mamele, la opinii modificate, stări emoționale controlate și la schimbarea practicilor comportamentale într-un sens pozitiv. Rezultatele depărtate se referă și la schimbări în relația mamei cu copilul cu AN, dar și cu ceilalți membri ai familiei, dezvoltarea armonioasă a copilului cu dizabilități, influențarea pozitivă a procesului incluziunii lui sociale.

Dacă mama nu deține un răspuns anterior elaborat pentru a face față multitudinii solicitărilor mediului familial, ea traversează o stare de tensiune, încordare și disconfort

declanșatoare de afecte negative și frustrări, de reprimare a unor trebuințe și aspirații, de dificultăți în rezolvarea problemei. Pentru a îndeplini cu succes responsabilitățile, mama utilizează diverse mijloace de gestionare a stresului ce dispune de o paletă largă a auto-eficacității.

În literatura de specialitate din spațiul sovietic [204] regăsim principalele **etape** ale activității grupului terapeutic în cadrul filmo-terapiei:

**1. Etapa inițială:** crearea unei atmosfere de încredere în grup. O misiune care se concentrează pe un subiect. Vizionarea unui film. Discuție spontană. Rezumând rezultatele discuției. Analiza discrepanțelor și proiecțiilor individuale. Lucrul cu imagini. Analiza situației actuale. Etapa finală: rezumat

**2. Crearea unei atmosfere de încredere.** Această procedură poate include: introducerea participanților care nu sunt familiarizați între ei; discutarea comună a oricărei probleme legate sau excluse din viitorul film; formularea unei „cereri”, planificarea obiectivelor prezenței și rezultatului personal al terapiei cinematografice, stabilirea întrebărilor cheie ale sesiunii; discutarea unuia dintre subiectele pe care filmul le atinge. O misiune care se concentrează pe un subiect. Înainte de sesiune, solicităm participanților să acorde atenție: experiențe emoționale și fiziologice; imagini pozitive și negative și natura muzicii; stereotipuri de comportament interpretate de eroii filmului; acceptabil și inacceptabil din punctul de vedere al participanților, stilurile de comportament ale eroilor filmului,

**3. Vizionarea filmului.** Merită grija pentru confortul participanților la procesul de vizionare - aranjarea scaunelor în cameră, posibilitatea de a se delecta cu ceai sau cafea, a nota impresiile lor (prezența instrumentelor de scris).

**4. Discuție spontană.** Participanții fiind în semicerc exprimă gânduri și sentimente cauzate de episoadele și imaginile filmului care i-au afectat.

**5. Generalizarea rezultatelor discuției.** Pe scurt, moderatorul poate scrie pe un flipchart o listă generală a subiectelor acoperite de film și simboluri semnificative pentru participanți.

**6. Analiza inconsecvențelor.** Atenția privitorului este atrasă de declarațiile sale, care sunt în contradicție cu conținutul real al filmului. Astfel, prin conștientizarea proiecțiilor care denaturează percepția realității, participanții identifică și conștientizează legătura dintre reacțiile emoționale personale și nevoile latente.

**7. Lucrul cu imagini.** Exerciții care vizează: un studiu detaliat al simbolurilor semnificative ale filmului; se lucrează cu amintirile lor în lumina filmului; se discută pe un subiect selectat separat, care este semnificativ pentru participanți, afectând poziția lor ideologică; lucrează cu instalațiile identificate; experimentarea cu scenarii individuale și alegeri bazate pe roluri.

**8. Analiza situației actuale.** Moderatorul îi ajută pe participanți să-și analizeze situațiile de viață, să-și realizeze nevoile reale, ascunse în spatele simbolurilor semnificative.

**9. Etapa finală.** Înainte de despărțire, participanților li se pot oferi: să rezume rezultatele ședinței și să tragă concluzii utile pentru sine; să ia decizii cu privire la acțiuni ulterioare care să ducă la satisfacerea nevoilor identificate și realizate; să facă teme pentru acasă (faceți observații sau modificări în situația de lucru, desenați o imagine pe urmele terapiei cinematografice sau faceți un colaj care întărește noua atitudine pozitivă adoptată).

În procesul de *cinema-terapie*, cunoașterea lumii și a sinelui în lume apare datorită includerii privitorului în țesătura narațiunii. Iluzia realității, modelul, se conectează cu realitatea reală a participantului, extinzându-și viziunea. Privitorul, intrând în film prin discuția despre gândurile, senzațiile și sentimentele care au apărut, îl experimentează și îl experimentează, parcă intrând într-o cameră oglindă - și orice ar vedea în jurul său - vede o reflectare a sa. În aceste condiții, există ocazia de a afla despre sine ceva mai mult decât imaginea obișnuită.

Desigur, terapia cinematografică nu este un divertisment de masă, ci un mod rafinat de a se cunoaște pe sine, societatea și lumea în ansamblu pentru un grup select de oameni capabili de analiză, capabili să pună întrebări și să caute răspunsuri, înclinați spre conceptualizare, cu un simț al gustului artistic. Privitorul unic nu se oprește din vizionare, ci merge mai departe, interacționând cu filmul, participând la transformarea unei iluzii frumoase într-o realitate frumoasă. Există multă magie, creativitate, transformare în asta. Din acest punct de vedere, metoda terapiei cinematografice este complet potrivită pentru schimbarea conștiinței oamenilor, dar în același timp nu se modifică conștiința maselor, ci are loc consolidarea conștiinței de sine a indivizilor. Filmoterapia poate fi privită ca un instrument de asistență practică în formarea și dezvoltarea persoanelor care sunt deja personalități extraordinare [ibidem].

*Gestionarea nivelului de stres la mame* pune accent pe activități din cadrul programelor centrate pe reducerea stresorilor existenți și pe sprijinirea mamelor în a utiliza strategii eficiente de reacție în situația de expunere la stresorii familiali.

În acest context, am elaborat un *Model strategic al GMT aplicat în gestionarea nivelului de stres mamelor copiilor cu AN*, caracterizat prin utilizarea singulară sau combinată a unor strategii din patru abordări majore: 1) *informativ-educatională* (prezentarea cauzelor, a manifestărilor, a consecințelor și a unor strategii eficiente de gestionare a stresului); 2) *cognitiv-comportamentală* (ce susține că reacția emoțională a individului depinde de modul de conceptualizare a situației); 3) *reducerea activării* prin tehnici de relaxare; 4) *trainingul pentru dezvoltarea resurselor de coping (abilităților personale)*.

La modul practic, demersul psihologic a inclus două etape distincte:

- *etapa lucrului individual*, în care s-au realizat activități individuale de consiliere, cu participarea fiecărei mame din grupul experimental;
- *etapa lucrului în grup*, în care s-au desfășurat ședințele de GMT.

***Ședințele individuale de consiliere*** din etapa de inițiere s-au axat pe: cunoașterea mamelor; identificarea problemelor cu care se confruntă în relația cu copilul, cu membrii de familie; determinarea cauzelor ce generează nivelurile înalte de stres; reducerea rezistenței la schimbare, manifestate frecvent de către mame, și motivarea acestora de a participa la activitățile formative. În acest demers au participat 15 mame, dintre care doar 12 și-au exprimat acordul de a continua intervenția, fiind motivate să participe la activitățile grupului terapeutic.

*Etapa consilierii inițiale* a mamelor a fost proiectată conform procedurii standard a activităților de acest gen:

- stabilirea contactului și a unui nivel optim de încredere și înțelegere reciprocă;
- identificarea problemelor care-l frământă pe părinte, din spusele lui;
- colectarea informației despre contextul problemei și verificarea autenticității ipotezelor înaintate cu privire la cauzele problemelor identificate;
- stabilirea psihodiagnosticului, cu formularea problemelor reale existente în familie;
- elaborarea soluțiilor alternative pentru depășirea situației create;
- totalizarea celor realizate și formularea concluziilor privind problemele identificate [140].

La etapa de inițiere au fost realizate mai multe ședințe, numărul lor fiind diferit de la un caz la altul, în dependență de complexitatea problemelor cu care se confrunta părintele, de motivarea de a se schimba, de gradul de rezistență manifestat în acest sens. În mediu, a fost realizat un număr de 1-3 ședințe de consiliere per caz.

Observările noastre din această etapă scot în evidență prezența anumitor stări de neliniște și tensiune, cauzate de așteptările pe care și le pune pe seama acestei activități fiecare părinte, dar și a frustrărilor legate de relația pe care trebuia să o construiască cu consilierul. Stările identificate erau generate de: lipsa de încredere în specialiști, provocată de experiența negativă anterioară; frica de stigmatizare, de a nu fi înțeles și apreciat la justa valoare, cu toate vulnerabilitățile sale; dificultatea de a discuta deschis mai multe probleme delicate; frica de a primi noi sugestii/indicații, care să nu-l ajute la nimic, ba din contra, să-l facă să se simtă și mai neputincios; insuficiența sau chiar lipsa informațiilor cu privire la asistența psihologică, necesitatea ei. De fapt, relatarea în sine a istoriei de viață pentru părintele unui copil cu dizabilități reprezintă de fiecare dată o experiență traumatizantă, ceea ce-l face să evite la maxim posibil astfel de provocări [153]. De aici au reieșit și dificultățile etapei de inițiere, astfel încât, după cum a fost menționat, nu toți participanții au mers în continuare în etapa a doua, ce

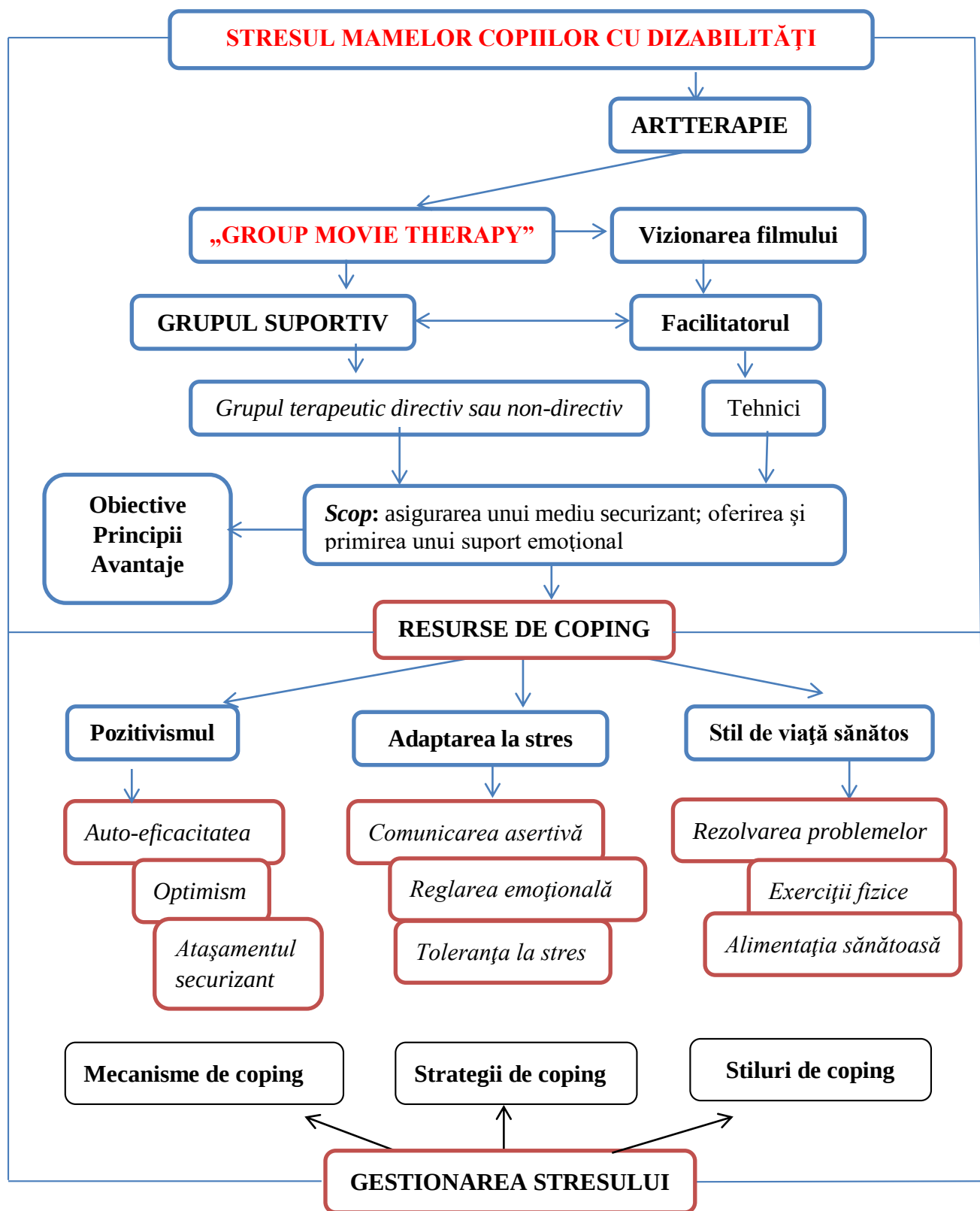
presupunea participarea la terapia de grup, bazată pe GMT. Cele mai frecvente probleme care au fost nominalizate de către mame, dar și confirmate în cadrul consilierii, au vizat:

- stările depresive, de oboseală, cauzate de stresul continuu, gestionat defectuos;
- ineficiența resimțită la nivel personal, legată de executarea rolurilor parentale;
- problemele legate de propria relație cu copilul cu dizabilități, relațiile interpersonale dintre copiii din familie, managementul defectuos al comportamentului acestuia;
- problemele în relațiile de cuplu, apărute din cauza dizabilității copilului;
- relațiile copilului cu dizabilități cu alți membri ai familiei, familia extinsă și atitudinea lor în raport cu copilul.

Problemele identificate în cadrul consilierii au fost examinate împreună cu mamele, fiind precizate, reformulate, la necesitate, astfel încât fiecare din ele să reușească să-și formeze o viziune adecvată asupra problemei. În cadrul discuțiilor individuale fiecare părinte a fost sprijinit să înțeleagă problema, în calitate de argumente fiind utilizate rezultatele evaluării psihologice, și să determine mai multe căi posibile pentru soluționare. Ședințele din etapa inițială s-au încheiat cu trasarea unor acțiuni ce urmau să fie întreprinse pentru a redresa situația, pentru cel puțin următoarea perioadă. Una dintre acțiunile de bază, menite să aducă schimbări pozitive pe termen lung, urma să fie cea a participării la terapia de grup (GMT), în scopul învățării gestionării stresului, prin dezvoltarea resurselor de coping a mamelor.

În acord cu această idee, am optat pentru gestionarea nivelului de stres pe baza *trainingului psihosocial (program de intervenție)*, acesta din urmă reprezentând un demers prin care am urmărit achiziționarea în mod organizat a unor concepte, atitudini sau deprinderi care au ca rezultat îmbunătățirea performanțelor și producerea de schimbări în mediul în care mama se manifestă. Astfel, **la etapa a doua** activitățile adresate grupului experimental de mame ce educă copii cu AN a luat o formă deosebită și anume, *cea a lucrului grupului terapeutic în cadrul GMT*. Intervenția s-a axat pe organizarea ședințelor GMT, în care s-a urmărit scopul acordării sprijinului psihologic în procesul de dezvoltare la mamele copiilor cu AN a propriilor strategii de coping în vederea gestionării stresului, bazate pe resurse de coping. Demersul terapeutic a fost centrat pe reconsiderarea și maturizarea emoțională a mamelor copiilor cu AN. Trainingul a fost construit sistematic, respectând următoarele etape generale: *identificarea nevoilor de formare, proiectarea, implementarea și evaluarea*. În consecință, programul de training destinat acordării sprijinului psihologic în procesul de dezvoltare la mamele copiilor cu AN a propriilor strategii de coping în vederea gestionării stresului a cuprins șase etape: *determinarea nevoilor de instruire; definirea scopului și a obiectivelor programului, stabilirea unor criterii de măsurare a învățării; proiectarea instruirii; desfășurarea propriu-zisă a acesteia; evaluarea rezultatelor*.

În figura 3.2., prezentăm *Modelul strategic al GMT aplicat în gestionarea nivelului de stres mamelor copiilor cu AN.*



**Fig. 3.2. Modelul strategic al GMT aplicat în gestionarea stresului mamelor copiilor cu afecțiuni neuromotorii [55].**

**Scopul aplicării modelului strategic al GMT în lucrul cu mamele copiilor cu AN** a constat în gestionarea nivelului de stres în rândul mamelor prin dezvoltarea resurselor de coping.

GMT este o strategie inovativă „*care urmează principiile terapeutice fundamentale*” și care asigură atractivitatea procesului și angajarea autentică a beneficiarilor în acest demers [44].

Prin aplicarea modelului strategic al GMT în lucrul cu mamele copiilor cu AN s-a urmărit realizarea următoarelor **obiective**:

- identificarea cauzelor nivelului înalt de stres înregistrat de către mamele copiilor cu AN, determinarea problemelor ce generează apariția stresului;
- identificarea, dezvoltarea resurselor personale de coping, cu utilizarea acestora în soluționarea problemelor cu care se confruntă și care generează stres;
- învățarea modalităților de a face față stresului prin utilizarea strategiilor eficiente de coping.

**Principiile** pe care s-a fundamentat programul de intervenție bazat pe GMT s-au referit la:

- *abordarea individualizată*, care a presupus ajustarea măsurilor de intervenție întreprinse la necesitățile fiecărui participant, respectarea individualității fiecărui membru al grupului, cu acceptarea particularităților lui culturale (etnice, naționale, confesionale etc.), ale valorilor, normelor și modelelor comportamentale;
- *abordarea sistemică și integrată* în elaborarea activităților programului de intervenție, care a presupus selectarea tehnicilor și metodelor de lucru cu mamele din mai multe orientări psihologice, care, pas cu pas, într-un final, să conducă spre învățarea unor modalități mai eficiente de gestionare a stresului;
- *asigurarea confidențialității*, presupunând menținerea informației în interiorul grupului; respectarea acestui principiu a asigurat încrederea clienților și atmosfera de sinceritate în cadrul ședințelor GMT; acordul cu referință la menținerea confidențialității a fost obținut în cadrul discuției colective, devenind o normă a activității grupului;

Pe parcursul ședințelor GMT mamele au fost asistate în analiza problemelor de ordin psihoemoțional cu care se confruntă, a modalităților de a le face față pentru care optează, în învățarea noilor strategii de coping eficient în gestionarea nivelului de stres cu care se confruntă.

Instrumentul de bază utilizat în cadrul intervenției de grup a fost *filmul* cu un puternic mesaj motivațional, iar organizarea reflecțiilor în baza celor vizionate, a examinării experiențelor împărtășite de către participanții la discuțiile de grup au consolidat efectul terapeutic al activităților în cadrul GMT.



**Tabelul 3.4. Obiective realizate în cadrul ședințelor GMT [46, p.235-237]**

(adaptat după S.-D. Dumitrache, I. Mitrofan)

| Obiective realizate în cadrul ședințelor GMT                 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Dezvoltarea abilităților de comunicare și relaționare</i> | Oferă participanților instrumente cu care să își reia stilul de viață normal, redeschide calea către contactul cu ceilalți                                                                                                                                         |
| <i>Dezvoltarea capacității de „insight”</i>                  | Declanșarea acelor insight-uri care să permită participanților accesul la diferite mecanisme de funcționare personală, să îl ajute să descopere atât resursele, cât și blocajele, să intre în contact cu emoțiile sale și să reușească să le diferențieze mai bine |
| <i>Îmbunătățirea stimei de sine</i>                          | Majoritatea provocărilor trebuie să îndeplinească un rol constructiv, în care abilitățile personale ale participanților să fie puse în valoare                                                                                                                     |
| <i>Centrarea pe comportamente pozitive</i>                   | Provocări de grup care să scoată la suprafață resursele personale, abilitățile individuale, amintirile plăcute și constructive, care să pună accentul pe dezvoltarea de abilități.                                                                                 |

Coping-ul reprezintă un proces complex și dinamic, implicând o gamă de eforturi cognitive și afective pentru reducerea impactului negativ al stresorilor.

*Stilurile de coping* cuprind combinații ale unor trăsături de personalitate, respectiv judecăți apreciative, gânduri raționale sau iraționale, convingeri și atitudini rezultate din experiența stresului. Stilurile de coping sunt rezultatul atât al experienței anterioare, cât și al învățării. Aceste stiluri pot fi exprimate indiferent de tipul stresorului, într-un mod flexibil sau rigid, în funcție de caracteristicile tipologice ale persoanei.

Diferențele de personalitate, vârstă, sexul, experiența, capacitatea intelectuală și stilul cognitiv își pun amprenta asupra modului în care mama reacționează și face față stresului. Setul de *răspunsuri adaptative la stresori* se bazează pe patru caracteristici: accesibilitatea unei energii centrate direct pe sursele potențiale de dificultate; diferențierea clară între stările sau evenimentele intra- și extra- personale; confruntarea și nu evitarea dificultăților externe; echilibrarea cerințelor externe cu nevoile personale.

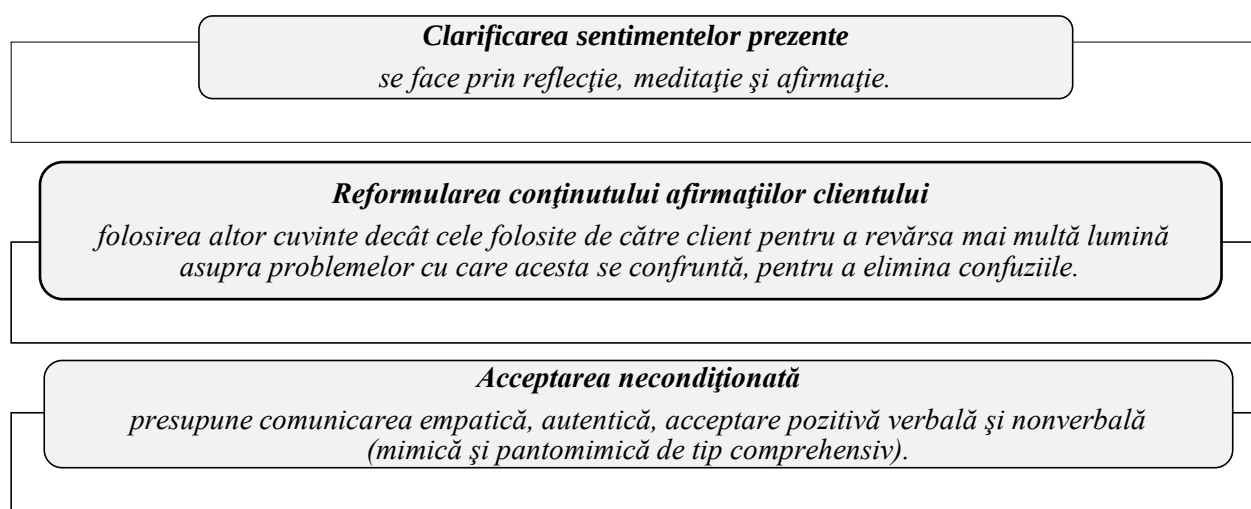
Există mai multe *stiluri de coping*: a) *activ-cognitiv*: persoana încearcă să evalueze, să controleze, să stăpânească situația-problemă; *activ-comportamental*: persoana declanșează un comportament de confruntare directă cu situația-problemă; *evitarea*: persoana evită orice confruntare cu situația-problemă.

Pentru a avea un stil de viață sănătos, chiar și în condiții stresante, am orientat mamele să recurgă la *copingul preventiv*, pe baza căruia se reduce riscul apariției situațiilor-problemă. Copingul preventiv include activități cum ar fi: *exercițiile fizice, sportul, relaxarea, precum și un program adecvat de odihnă și un regim alimentar corespunzător*, toate acestea coroborate cu planificarea timpului și cu punerea în lucru a abilităților de susținere socială.

Selectarea **strategiilor de intervenție psihologică** la care s-a recurs în cadrul ședințelor a fost una integrativă, îmbinând și tehnici din terapia experiențială, și din cea cognitiv-comportamentală, umanistă, gestaltistă. Printre acestea regăsim:

1. **Tehnicile GMT** care se referă la *ghidajul meditativ de tip creativ-simbolic* în procesul vizionării filmului. Lucrul cu filmul în manieră experiențială este centrat, mai întâi, pe facilitarea contactului participantului cu sine, cu propriile stări din prezent, apoi conduce atenția acestuia către materialul filmografic, în scopul facilitării contactului cu imaginile, cadrele, care au valoare proiectiv-simbolică. În felul acesta, participantul poate accesa și decipta propriile experiențe de viață în vederea resemnificării și integrării cu sens a acestora, activării propriilor resurse lăuntrice.

#### **Tehnicile experiențiale** propuse de C. Rogers [48]



**Fig. 3.3. Tehnicile experiențiale utilizate în terapia rogersiană**

2. **Tehnici din cadrul terapiei cognitiv-comportamentale.** În contextul învățării gestionării stresului este importantă înțelegerea relației dintre gândul automat distructiv, starea emoțională negativă ce apare în astfel de situație și reacția comportamentală a individului. Odată înțeleasă, este posibilă identificarea și gestionarea gândurilor ce provoacă stări emoționale perturbatoare, iar, într-un final, și acomodarea reacției comportamentale la această situație. În scopul înțelegerii acestui mecanism, au fost utilizate tehnici ce ar facilita identificarea și modificarea gândurilor negative și a comportamentelor aferente: raționalizarea; verificarea veridicității gândurilor negative automate; experimentarea în sfera comportamentului, cu verificarea în viața reală a corectitudinii gândurilor distructive; înlăturarea comportamentelor de evitare, care mențin gândurile negative [71].
3. **Tehnici utilizate pentru conștientizarea emoțiilor trăite și exprimarea lor.** Tehnicile acestei categorii pun accent pe trăirea emoțiilor și a experienței prezente, „aici și acum”.

Această trăire a experienței reprezintă un proces mai mult afectiv decât cognitiv. Schimbările terapeutice rezultă în urma procesului trăirii experienței. Metodologia de lucru vizează, prin tehnici specifice, originale, unificarea, armonizarea și eficientizarea sa pe trei axe sincrone: axa transformărilor *Ego - Sine*, axa inconștient – conștient – transconștient și axa timpului [70, p.246].

4. **Tehnici de relaxare.** Relaxarea se caracterizează printr-o deconectare generală a persoanei de la activitățile cotidiene, prin obținerea efectului de deconectare musculară și nervoasă. Efectul central o constituie starea de repaus și destindere, care conduce la economisirea energiei fizice și psihice, creșterea rezistenței la stres și diminuarea efectelor negative ale stresului deja instalat. Prin utilizarea sistematică a tehnicilor de relaxare persoana învață să-și autoregleze stările psihice, dar și să-și formeze imagini noi despre sine, prin intermediul sugestiilor specifice.
5. **Tehnicile experiențiale** propuse de C. Rogers au luat forma următoarelor tehnici de reflectare, reformulare și de deschidere, reflectate în tabelul 3.5:

**Tabelul 3.5. Diversitatea tehnicilor folosite în terapia experiențială, aplicate în cadrul sedințelor GMT [70, p.238-241]**

| <b>Tehnici de reflectare</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Reflectarea</b>                                            | se accentuează acea parte din mesajul transmis de către client care este semnificativă pentru problema cu care acesta se confruntă (cuvintele, expresiile cheie, cu semnificație mare), punându-se accent pe trăirea, expresia emoțională a mesajului, cu scopul de a-l centra pe client pe momentul prezent, |
| <b>Repetiția pe alt ton</b>                                   | se reia o parte din ceea ce spune subiectul, dar pe alt ton, cu o nuanță de umor. Este foarte important să se râdă doar împreună cu clientul de o anumită situație, nu se face niciodată haz pe seama clientului.                                                                                             |
| <b>Amplificarea</b>                                           | se folosește pentru a scoate în evidență un aspect pozitiv, constructiv a situației                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Tehnici de reformulare</b>                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Reformularea prin inversiunea raportului figură - fond</b> | Se obține o nouă viziune asupra ansamblului, fără a se adăuga sau omite ceva din detaliile oferite de subiect. Se poate folosi atunci când subiectul este nemulțumit de modul cum a (re)acționat într-o anumită situație.                                                                                     |
| <b>Reformularea-sinteză</b>                                   | accentul fiind pus pe trăirile, emoțiile, patternurile interpretative greșite, distorsionate ale subiectului;                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Reformularea clarificatoare</b>                            | se formulează ceea ce subiectul a simțit, dar nu poate exprima; se verifică dacă ceea ce a fost reformulat coincide cu trăirea clientului.                                                                                                                                                                    |
| <b>Tehnici de deschidere</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Deschiderea</b>                                            | Când subiectul pare că se blochează, dialogul este susținut, redeschis prin formulări neutre de tipul: „Și...”, „Deci...”, „Așadar...”                                                                                                                                                                        |
| <b>Formulările</b>                                            | Tipul: „Ce simți acum?”, „Ce simți/ crezi în legătură cu asta?”, „De ce anume ești conștient acum?” etc.                                                                                                                                                                                                      |

Principiul de bază îl constituie trăirea experienței în prezent, fapt care permite mamelor conștientizarea propriilor percepții, emoții, gânduri și trăiri. Dobândind conștiința propriului eu, persoana devine capabilă să se pună în acord cu semnificațiile lumii sale interne și externe și să

se perfecționeze prin auto-restructurare. Unele dintre tehnicile acestei categorii s-au referit la exerciții de realizare a dialogurilor imaginare cu persoane semnificative din viața participantului, care permit conștientizarea și exprimarea emoțiilor refulate („Tehnica scaunului fierbinte”, de exemplu).

Sinteza practicilor și tehnicilor utilizate pentru conștientizarea și exprimarea emoțiilor este prezentată în tabelul următor.

**Tabelul 3.6. Tehnici pentru conștientizarea emoțiilor trăite și exprimarea lor utilizate în intervenția GMT [68, p.203]**

|                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Tehnici de creștere a concentrării atenției asupra momentului prezent („aici și acum”)</i>                                     | Conștientizarea și monitorizarea gândurilor, senzațiilor și stărilor emoționale                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                   | Focalizarea atenției asupra momentului prezent și observarea non-evaluativă a experiențelor actuale                                                                                                                       |
|                                                                                                                                   | Abordarea propriilor experiențe cu o atitudine plină de calm, înțelegere și compasiune                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                   | Clarificarea conținutului acestora                                                                                                                                                                                        |
| <i>Învățarea mamelor să se confrunte cu stările sale afective în loc să le evite</i>                                              | Emoțiile și gândurile care sunt evaluate pozitiv sau negativ trebuie considerate părți ale experienței umane care îi furnizează clientului informații importante                                                          |
|                                                                                                                                   | Încercările de a controla cu orice preț gândurile și stările afective nu fac decât să amplifice stările psihice disfuncționale și să creeze confuzie în ceea ce privește înțelegerea de către subiect a propriilor emoții |
|                                                                                                                                   | Întărirea tendinței de acceptare și trăire a senzațiilor corporale, a gândurilor și emoțiilor creează subiectului o atitudine mai deschisă față de existență și îi conferă mai multe posibilități de alegere              |
|                                                                                                                                   | Recunoașterea gândurilor și emoțiilor ca fiind ceea ce sunt și observarea modului în care acestea vin și pleacă, în loc de tratarea lor ca fiind realități incontestabile, crește rezistența la stres a mamelor.          |
| <i>Realizarea unor opțiuni bazate pe valorile personale ale mamelor conduce la un stil de viață mai bogat și mai plin de sens</i> | Mamele învață să clarifice ce anume este important pentru ele în domeniul profesional, educațional, familial, al relațiilor sociale și al petrecerii timpului liber                                                       |
|                                                                                                                                   | Mamele sunt sprijinite să-și ia angajamente să desfășoare diverse activități în acord cu propriul sistem de valori și să respecte îndeplinirea acestora                                                                   |
|                                                                                                                                   | Mamele învață să realizeze acțiuni voluntare în viața de zi cu zi și nu doar să reacționeze la situațiile cu care se confruntă sau la propriile gânduri sau stări emoționale.                                             |

*Organizarea nemijlocită a activităților din cadrul GMT* a vizat întrunirea celor 12 mame cu copii cu AN în ședințe, a câte 3 ore fiecare (1,5 ore pentru vizionarea filmului și 1,5 ore pentru lucrul terapeutic: reflecții, analize, învățare/exersare), cu o frecvență de o dată pe săptămână (timp pentru „maturizare”) (pozele ce reflectă desfășurarea ședințelor de grup pot fi urmărite în Anexa nr. 6).

Drept urmare, în cadrul activităților GMT au fost vizionate 10 filme, care abordează o problemă diferită, având fiecare un mesaj specific. În următorul tabel prezentăm tematica

activităților de grup, precum și informații cu privire la filmele vizionate în cadrul fiecărei ședințe (denumire, mesaj transmis).

**Tabelul 3.7. Mesajul filmelor vizionate și resursele de coping dezvoltate în cadrul ședințelor GMT**

| Nr. ședinței | Tematica ședinței (resurse de coping dezvoltate)                           | Denumirea filmului vizionat                  | Mesajul motivațional al filmului vizionat                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1            | Cunoașterea grupului;<br>Auto-eficacitatea                                 | Discursul Regelui<br>The King's Speech, 2010 | Oricine poate avea probleme, chiar și Regele, dar indiferent de poziția socială, trebuie să lupți și să perseverezi pentru a obține anumite rezultate.<br><b>Perseverența te ridică!</b>                                                                                                                                         |
| 2            | Auto-eficacitatea                                                          | Temple Grandin, 2010                         | Dizabilitatea nu este un obstacol pentru ca persoana să se integreze în societate.<br><b>Acceptă dizabilitatea!</b>                                                                                                                                                                                                              |
| 3            | Optimismul                                                                 | Radio, 2003                                  | Curajul și perseverența te poate transforma în campion.<br><b>Fii curajos și perseverent!</b>                                                                                                                                                                                                                                    |
| 4            | Atașamentul securizant                                                     | Lorenzo's Oil, 1992                          | Părinții pot face mai mult decât medicii în căutarea tratamentului potrivit pentru copilul lor<br>Implică-te activ în calitate de părinte!                                                                                                                                                                                       |
| 5            | Atașamentul securizant                                                     | The Miracle Worker, 1962                     | Implicarea specialiștilor în viața persoanelor cu dizabilități este foarte importantă și dragostea părinților, care, de cele mai multe ori, este o dragoste protectoare, trebuie să permită specialiștilor să își exercite abilitățile pentru a ajuta copilul.<br><b>Scapă de emoțiile negative</b><br>(descărcarea emoțională)! |
| 6            | Comunicarea asertivă                                                       | Памятный миг, 2004                           | Importanța susținerii din partea familiei și a mediului în lupta cu problema de sănătate.<br><b>Gândește pozitiv</b> (reinterpretarea pozitivă)!                                                                                                                                                                                 |
| 7            | Reglarea emoțională                                                        | Soul Surfer, 2011                            | Viața este o luptă și aceasta continuă mai perseverent atunci, când treci printr-o situație dificilă.<br><b>Luptă pentru succes!</b>                                                                                                                                                                                             |
| 8            | Toleranța la stres                                                         | Premiantul Front of the Class, 2008          | Imposibilul poate deveni posibil prin disciplină și acceptarea dizabilității ca parte integrantă a EU - lui<br><b>Fii disciplinat!</b>                                                                                                                                                                                           |
| 9            | Rezolvarea problemelor                                                     | Door to Door 2002                            | Misiunea fiecărui părinte este să-și pregătească propriul copil de viața independentă. Reușitele unor persoane cu dizabilități pot servi drept inspirație pentru alți oameni care întâmpină diverse dificultăți.<br><b>Învățăm să fim independenți!</b>                                                                          |
| 10           | Modul sănătos de viață: menținerea sănătății fizice; alimentația sănătoasă | My Name Is Khan, 2010                        | Persoanele cu dizabilități printre toate altele au dreptul la dragoste și la întemeierea unei familii. Acestea sunt responsabile și credincioase până la sfârșit.<br><b>Fii responsabil și devotat!</b>                                                                                                                          |

**Tematica ședințelor GMT** în care au fost dezvoltate resursele de coping necesare pentru gestionarea nivelului de stres mamelor copiilor cu AN, 10 la număr, a vizat *trei dimensiuni* ale

procesului de dezvoltare personală a mamelor: *dezvoltarea pozitivismului; adaptarea la stres și practicarea unui stil de viață sănătos*. Pentru atingerea scopului terapiei de grup, au fost selectate minuțios filmele utilizate ca instrument de bază în dezvoltarea resurselor de coping la mame. Tematica lor a fost aleasă în funcție de problemele cu care se confruntă grupul de participanți, care au fost identificate la prima etapă de inițiere a GMT. Toate ele au avut menirea de a incita la reflecție, identificare, diferențiere, conștientizare de sine – procese orientate la dezvoltarea și dezvoltarea cât mai amplă a resurselor de coping. Utilizat în cadru specializat și în condiții optime, sursă de inspirație și insight, *filmul* este un catalizator pentru *autocunoaștere, acceptare, vindecare, schimbare, transformare personală, creștere și dezvoltare personală*, cu efecte în toate ariile existenței [135], [136], [143].

După cum se poate observa, la selectarea filmelor s-a încercat acoperirea unei game extinse de ocazii/condiții, create experimental, pentru *auto-descoperire, auto-explorare și dezvoltare personală și de grup*, necesare pentru dezvoltarea resurselor de coping.

La fiecare ședință se puneau în discuție anumite subiecte, cu scopul de a examina probleme comune grupului de mame. Dintre aceste subiecte evidențiem: *stresul, dizabilitatea, relația problematică cu copilul cu AN, creșterea și educația copiilor în familie, dificultăți de relaționare, comportamentul partenerului sau a altor membri de familie, divorțul, recurgerea la consumul de alcool etc.* Toate subiectele au fost identificate la prima etapă, în cadrul consilierii individuale cu fiecare mamă, apoi s-au regăsit pe agenda filmelor vizionate și a discuțiilor în baza lor.

Întrunirile terapeutice au avut loc sub îndrumarea liderului de grup – consilierul – care realiza sarcina de moderator/facilitator, ghidând procesele din cadrul grupului, conducând dinamica lui. Mai multe surse de specialitate evidențiază rolul imens al acestei persoane în realizarea activităților GMT, prezența și ghidajul acesteia fiind fundamentale pentru reușita procesului de schimbare. În cadrul terapiei prin film, consilierul exercită simultan mai multe roluri: participant-spectator, observator, scenarist al ședinței și al meditației creative, dar și terapeut [44], [45], [135], [136], [143], [145], [184], [186].

Experimentul formativ în care au fost implicate mamele „a provocat auto-explorarea prin întâlnirea cu celălalt” [82, p.210]. În cazul nostru, lângă posibilitatea interacțiunii cu participanții la activitățile de grup, a existat și prilejul de a se identifica cu rolul din filmul vizionat.

Ședințele GMT au presupus parcurgerea a *patru etape*, conținutul și obiectivele cărora sunt reflectate în tabelul următor.

**Tabelul 3.8. Etapele GMT: conținutul și obiective**

| <b>ETAPA 1.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Conținut</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Obiective</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Se mijlocește inter-cunoașterea participanților și se stabilește o <i>dinamică pozitivă de grup</i> cu înalt accent pus pe coeziune, pe stimularea încrederii și susținerii reciproce, pe dezvoltarea unui mediu securizat din punct de vedere emoțional, în care participanții sunt stimulați să interacționeze liber cu ceilalți, experimentând <i> aici și acum </i> valențe ale propriei interiorități, ale Eului propriu, și putând avea totodată un contact autentic cu ceilalți participanți la grup, fiind martori ai propriilor stări afective, cât și ale celorlalți.                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Cunoașterea reciprocă a participanților;</i></li> <li>- <i>Crearea unei atmosfere favorabile deschiderii personale și lucrului în grup; depășirea rezistențelor;</i></li> <li>- <i>Dezvoltarea coeziunii de grup;</i></li> <li>- <i>Conștientizarea valorii de sprijin mutual între participanți;</i></li> <li>- <i>Facilitarea procesului de dezvoltare personală</i></li> <li>- <i>Auto-explorarea și auto-actualizarea</i></li> </ul>                                                |
| <b>ETAPA 2.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Conținut</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Obiective</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>Accentul s-a pus pe dezvoltarea puterii de conștientizare și integrare a emoțiilor, a stărilor și a cognițiilor ce apar în procesul vizionării filmului.</p> <p>Prin auto-explorare și suport, participanții își vor putea identifica, analiza și decodifica dinamica simbolică personală, adusă la suprafață cu ajutorul vizionării filmului. Se realizează restructurarea scenariului de viață al individului și ancorarea în realitate a efectelor terapeutice ce se produc în ședința de grup.</p>                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Identificarea simptomelor stresului, a pulsionilor agresive, anxioase și a tendințelor depresive;</i></li> <li>- <i>Conștientizarea cauzelor apariției stresului;</i></li> <li>- <i>Integrarea și transformarea creativă a mecanismelor generatoare și de întreținere a stresului.</i></li> </ul>                                                                                                                                                                                       |
| <b>ETAPA 3.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Conținut</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Obiective</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Are loc implementarea efectelor restructurării mentale în scenariul de viață al individului și în realitatea relațională, în contactul cu mediul familial extins, cu mediul social, dar și cu cel profesional, prin dezvoltarea unor abilități de contact și a unor strategii de comunicare eficientă și de relaționare sănătoasă cu persoanele cu care individul interacționează. Această etapă face, practic, o trecere de la contactul optim cu sine la contactul cu mediul extern, cu lumea.                                                                                                                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Analiza propriilor modalități de comunicare;</i></li> <li>- <i>Elucidarea materialului filmografic la care participanții au fost expuși;</i></li> <li>- <i>Implicarea în exerciții și tehnici experiențiale de lucru în grup;</i></li> <li>- <i>Dezvoltarea resurselor de coping prin prisma analizei de grup a celor vizionate, dar și a interacțiunii și comunicării de grup.</i></li> </ul>                                                                                          |
| <b>ETAPA 4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Conținut</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Obiective</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>Această etapă presupune articularea și integrarea conștientă în viața individului a experiențelor parcurse pe durata acestui program de intervenție psihologică.</p> <p>Această etapă se constituie într-un proces de realizare a unei construcții mentale cu sens, a unei imagini vii și coerente despre trecutul individului, a strategiilor auto-dobândite ale acestuia ca un mecanism de supraviețuire și a schimbărilor survenite în urma programului de terapie prin film. Tot în cadrul acestei etape, sunt formulate o serie de noi mecanisme sănătoase de coping, în vederea unei mai bune adaptări a individului la realitatea obiectivă, la lumea înconjurătoare.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Responsabilizarea participanților în vederea aplicării celor dobândite în viața sa cotidiană;</i></li> <li>- <i>Ancorarea participanților în prezent;</i></li> <li>- <i>Exersarea perpetue a strategiilor de adaptare sanogenă;</i></li> <li>- <i>Dezvoltarea resurselor de coping;</i></li> <li>- <i>Continuarea actului curativ și creativ de modelare a propriului sine, atât în raport cu propria persoană, cu propriile nevoi, cât și cu cerințele mediului social.</i></li> </ul> |

În cadrul ședințelor GMT este importantă încurajarea inter-cunoașterii participanților, stimularea asertivității, pozitivismului, autenticității și a coeziunii grupului. Unul dintre obiectivele moderatorului a constat în stabilirea unui astfel de climat în cadrul activităților grupului, în care fiecare participant să se simtă acceptat necondiționat, înțeles și valorizat ca persoană; să se simtă liber să-și exploreze gândurile și sentimentele reale, să-și accepte stările de ură, furie, resentimentele. Principiul urmărit în acest sens s-a referit la faptul că, pe măsura ce conceptul de sine devine mai actual, mamele devin mai deschise, mai tolerante, fiind pregătite să accepte schimbarea. C. Rogers considera că orice organism are tendința înăscută de a-și dezvolta capacitățile la nivelul optim, atunci când este plasat în condiții optime. Astfel, ființa umană are capacitatea latentă, dacă nu manifestă, de a se înțelege pe ea însăși, de a-și rezolva problemele [3].

Sarcina moderatorului a constat în crearea unor astfel de condiții, care să permită eliberarea sentimentelor, gândurilor sau opiniilor autentice ale mamelor, care să conducă la construirea unui stereotip al exprimării oneste. Atunci când grupul permite fiecărui membru să-și exprime emoțiile și trăirile și îi furnizează un feedback față de acestea, dându-i astfel sentimentul că nu este singur, că trăirile lui nu sunt unice și că este acceptat, acest fapt creează **premisele** auto-eficienței, creșterii stimei de sine, apariției speranței în perspectiva pozitivă de viitor a copilului, a propriei familii.

**Grupul terapeutic de suport** utilizat în cadrul GMT a oferit posibilitatea valorificării experienței comune a mamelor ce au în îngrijire copii cu AN, ele considerând că sprijinul real și cel mai adecvat îl pot obține, în primul rând, de la mame aflate într-o situație similară, care le pot înțelege cel mai bine starea. De fapt, mamele copiilor cu AN simt nevoia de a se întâlni și comunica cu alte mame care cresc și educă copii cu dizabilități. În această interacțiune are loc confruntarea propriilor probleme cu situații ce prezintă dificultăți similare. Utilizarea GMT a oferit mamelor posibilitatea de a comunica pe diverse subiecte de interes comun, de a relata problemele cu care se confruntă, de a oferi și primi un suport emoțional, facilitând pe parcursul funcționării grupului terapeutic cultivarea sentimentului de comunitate.

Gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu AN este un proces complex, ce presupune eforturi constante pentru a atinge și menține în timp echilibrul și armonia ca răspuns la stresori. Pentru atingerea acestei finalități în gestionarea nivelului de stres de către mamele copiilor cu AN, una dintre direcțiile de bază ale programului de intervenție s-a axat nemijlocit pe examinarea fenomenului de stres, factorii ce îl declanșează și mențin, precum și modalitățile de gestionare a acestor stări. Astfel, programul a inclus și soluționarea următoarelor *sarcini*, adaptate după A. Băban [8]:



- informarea cu privire la sursele de stres (identificarea surselor de stres, anticiparea perioadelor stresante și realizarea unor planuri de acțiune pentru aceste perioade, informarea privind strategiile de adaptare eficientă la stres);
- conștientizarea reacțiilor la stres (identificarea și exprimarea emoțiilor față de anticiparea anumitor stresori, identificarea reacțiilor comportamentale și fiziologice privind stresorii, evitarea autoblamării și a blamării altora pentru apariția stresorului, identificarea gândurilor iraționale, dezadaptative față de stresor, reevaluarea evenimentului interpretat ca fiind stresant);
- dezvoltarea unor abilități și comportamente utile pentru gestionarea nivelului de stres (învățarea tehnicii de a spune nu, identificarea și rezolvarea conflictelor atunci când apar, învățarea unor strategii de rezolvare a problemelor și de luare a deciziilor, învățarea unor tehnici de relaxare etc.);
- stabilirea și menținerea unui suport social adecvat (solicitarea ajutorului direct și receptivitatea față de acesta, dezvoltarea și menținerea relațiilor de prietenie etc.);
- dezvoltarea unui stil de viață sănătos (practicarea regulată a exercițiilor fizice și de relaxare, renunțarea la consumul de alcool și la fumat, practicarea unor comportamente alimentare sănătoase etc.)

Sarcinile nominalizate au fost realizate:

- în cadrul exercițiilor create și administrate în ședințele terapeutice de grup, în care a fost pregătit contextul pentru descoperirea propriului potențial și învățarea percepției proprii situații dintr-o altă perspectivă, una pozitivă;
- în procesul de vizionare a filmelor propuse, cu reflecția de grup ghidată de mai apoi.

În procesul de vizionare a filmului în cadrul ședinței de GMT se pot delimita câteva *etape de lucru*: pregătirea procesului de vizionare, cu enunțarea condițiilor, regulilor, sarcinilor de către consilier; derularea peliculei propriu-zise, cu vizionare acesteia, într-un cadru optim atât din punct de vedere tehnico-metodologic, cât și psihologic; discuțiile de la finalizarea filmului, sub forma meditației creative, particularizată în concordanță cu tematica și conținutul simbolic al fiecărui film în parte. În acest context, filmul realizează funcția de evocare și de accesare a propriilor conținuturi emoționale, axiologice și chiar motivaționale.

Am pornit de la premisa că lucrul cu filmul generează și susține un proces de restructurare personală a celui ce vizionează, constituind o bază importantă în pregătirea mamelor pentru noi experiențe de viață, fundamentate pe comportamente, atitudini și alegeri optime. Participanții își pot revedea, prin intermediul filmului vizionat, al meditației creative asupra acțiunilor urmărite, a personajelor, faptelor acestora, propriul traseu existențial. În acest proces se pot produce insight-

uri cu referire la propria experiență, ce prezintă careva similarități cu povestea reflectată în film, care, la rândul său, ar putea genera îndemnuri pentru dorința de schimbare a propriei situații.

Pe parcursul realizării ședințelor de GMT, am observat cum vizionarea filmelor, alese minuțios în conformitate cu problemele și necesitățile individuale identificate, ajută mamele să-și valideze și să-și îmbogățească propria experiență prin observarea și descoperirea unor situații și circumstanțe cu care rezonază. Urmărind filmul și apoi discutând povestea, luptele personajelor, dilemele morale ale acestora, a fost posibilă accesarea, sub ghidajul consilierului, a unui conținut metaforic plin de sens pentru părinți. De altfel, metafora semnificativă a fiecărui film, descrisă la prezentarea video din fiecare ședință a și fost dedusă în comun, în cadrul reflecțiilor de grup, după finalizarea fiecărei runde de vizionare. Discuția în grup cu referire la cele vizionate se baza pe analiza secvențelor, în care unul dintre protagoniști traversa momente complicate, de criză. Acestea, de cele mai multe ori, rezonau cu propria experiență a mamelor din grup, amintindu-le de momentele dificile, dureroase, critice chiar, din viața lor.

Astfel, am încurajat de fiecare dată disputa dintre mame, dezbateră și chiar confruntarea bazată pe argumente, determinându-le să-și spună opiniile, să vorbească despre stările lor emoționale, preocupările, temerile sau eșecurile din propria experiență, dar și strategiile comportamentale ce au favorizat depășirea acestora. Analizând componenta *identificarea soluțiilor*, la discutarea fiecărei situații, preluate din film sau relatate de către participante, se analizau în comun scenarii posibile de urmat, cu adoptarea anumitor strategii comportamentale de către mame, care să preîntâmpine apariția unor probleme, ce ar putea genera stres, sau care să redreseze în bine situația, dovedindu-se a fi niște strategii de coping eficiente pentru gestionarea nivelului de stres.

L. Tyson, L. Foster și C. Jones au descris patru etape ale procesului de vizionare a filmului în cadrul GMT, delimitând:

1. *Disocierea*, etapă în care cel ce vizionează percepe lumea din film ca fiind departe de lumea sa;
2. *Identificarea*, când are loc stabilirea unor asemănări între experiențele persoanei ce vizionează și cele ale personajelor;
3. *Internalizarea*, în cadrul căreia participantul la vizionare ar putea avea o experiență indirectă cu situațiile pe care le traversează personajele din film;
4. *Transferul*, în care persoana devine aptă de a analiza sentimentele și gândurile la care este expusă, ca urmare a acestei [44].

*Sarcina ședințelor GMT*, în acest sens, a constat în asigurarea suportului psihologic mamelor copiilor cu AN în procesul de examinare și confruntare a propriilor experiențe legate de creșterea unui copil cu dizabilități, cu toate provocările asociate, atât cu cele relatate de ceilalți

membri ai grupului terapeutic, cât și cu experiențele eroilor filmelor vizionate. A fost important să se realizeze trecerea prin toate cele 4 etape de transformare personală, pe care le presupune vizionarea unui film în cadrul unei terapii de grup. Acestea au fost posibile prin utilizarea strategiilor de ghidare a reflecțiilor și meditațiilor în baza celor vizionate. Procedural, acest obiectiv a fost realizat prin centrarea pe analiza personajelor și a acțiunilor urmărite în film, a manierei de percepere a deznodământului.

Esențială în timpul activităților de GMT am considerat analiza reacției celui care a vizionat filmul, pentru a asigura asistarea persoanei participante la terapie în procesul de explorare a insight-ului, produs la contactul cu filmul. Astfel, întrebările de tipul: „*Ce ți-a plăcut cel mai mult/mai puțin în acest film?*”, „*Ce personaj ți se pare atractiv/neatractiv în acest film?*”, „*Ce ai face diferit de personajul respectiv?*”, „*Există o scenă anume care te-a impresionat în mod plăcut/mai puțin plăcut?*”, „*Care este momentul din cele vizionate care te-a marcat?*” etc., cu argumentările de rigoare, au ajutat la identificarea legăturilor dintre personajele din film și mamele participante, având un rol considerabil în procesul de autocunoaștere și dezvoltare personală cu ajutorul filmului. Prin intermediul acestei strategii aplicate, persoana „poate realiza două aspecte importante: să ia în posesie o profundă elaborare a experienței sale de viață, dar mai ales, să dezvolte momente de înțelegere și experiențe de vârf, capabile să facă transformări semnificative în direcția unei mai bune calități a vieții” [192]. De asemenea, analiza reacțiilor participanților în cadrul ședințelor de GMT a fost facilitată și prin utilizarea următoarelor procedee, adaptate după S.-D. Dumitrache [44, pp.95-97]:

- *medierea dezvoltării*, atunci când, în situațiile în care anumiți membri ai grupului nu au dorit să se dezvăluie complet sau să ofere grupului anumite detalii foarte intime, dar totuși au avut intenția să abordeze o anumită problemă cu care se confruntă, au avut posibilitatea de a face destăinuiiri mediate de film; prin această modalitate a fost posibilă identificarea unor soluții concrete pentru remedierea dificultăților cu care se confruntă;
- *utilizarea unor scene/secvențe de film drept oferi de sugestii pentru soluționarea propriilor probleme*, într-o manieră non-directivă, în situația în care unele momente din film au putut servi drept imbold în acest proces de căutare, oferind totodată libertatea de a descoperi singur legătura dintre cele petrecute în film și propria experiență;
- *utilizarea unor replici din film, cu funcție de citat, îndemn*, cu un vădit impact cognitiv și emoțional asupra celui ce vizionează, care la fel, a reprezentat o modalitate indirectă de „a sfătui”, respectând persoana;
- *identificarea unor experiențe utile, cu caracter formativ* în cadrul filmelor vizionate, odată ce acestea creionau foarte bine mai multe evenimente importante din viața

participanților, oferindu-le în așa mod ocazii de a gândi asupra unor decizii importante, de a dezvolta în mod creativ propriile scenarii existențiale;

- *facilitarea participării emoționale* ale membrilor grupului, prin examinarea unor scene/secvențe de film, care s-a dovedit mult mai utilă comparativ cu descrierea unei istorii personale a unuia dintre participanți, la care ceilalți nu au asistat.

Drept urmare, la fiecare ședință de GMT, mamele erau parte activă a unui proces de analiză centrată pe sine, dar și pe susținerea reciprocă a celorlalți, prin dezvoltarea empatiei și adecvarea propriilor emoții la trăirile de grup. Mai mult decât atât, participanții au avut șansa, încurajați de acțiunile consilierului, dar și de dinamica, climatul grupului, să propună soluții creative la dilemele constatate, care, aparent, păreau a fi probleme existențiale și socio-relaționale insolvabile. Sugestiile elaborate își aveau începutul din contactul autentic cu sine și cu ceilalți, facilitat puternic de procesul vizionării.

Rezultatul acestui proces de dezvoltare se referă la: acceptarea situației existențiale de către mamele copiilor cu AN; creșterea abilității de identificare a unor soluții constructive și creative pentru a face față stresului, posibilă datorită abilității de a accepta stresul ca pe o sfidare, abordabilă de pe poziția unui loc de control intern (prin asumarea responsabilității personale), dar incluzând și apelul judicios la suportul social, precum și de a evalua adecvat caracteristicile stresorului, în raport cu resursele personale; în consecință, o mai bună adaptare la situație, învățarea din fiecare experiență trăită.

Prezentăm în continuare structura și conținutul *Programului de intervenție psihologică în gestionarea nivelului de stres axat pe GMT*, fiind axat pe următoarele direcții de bază al programului GMT: *cunoașterea de sine a rolurilor sociale a participanților* (ca mamă, soție, fiică, prietenă, reprezentant al comunității); *dezvoltarea pozitivismului prin conștientizarea relațiilor interpersonale din cadrul familiei* (la nivel de cuplu, la nivel părinte-copil, relațiile dintre copii); *cunoașterea și schimbarea atitudinilor mamelor* în raport cu copilul cu dizabilități prin strategii de adaptare la stres și practicarea unui stil de viață sănătos.

### ȘEDINȚA 1

**Scopul ședinței:** cunoașterea reciprocă a participanților; crearea unei atmosfere favorabile lucrului în grup prin confirmarea unor reguli ale participării; favorizarea spiritului de colaborare, a sentimentului de apartenență la grup; dezvoltarea încrederii dintre membrii grupului și a coeziunii de grup; dezvoltarea capacităților de autoprezentare.

**Resurse de coping dezvoltate:** *Auto-eficacitatea*

**Denumirea filmului vizionat:** *Discursul Regelui (The King's Speech), 2010*

**Mesajul motivațional al filmului vizionat:** Oricine poate avea probleme, chiar și Regele, dar indiferent de poziția socială, trebuie să lupți și să perseverezi pentru a obține anumite rezultate. *Perseverența te ridică!*

**Durata:** 3 ore fiecare (1,5 ore pentru vizionarea filmului și 1,5 ore pentru intervenție psihologică: reflecții, analize, învățare/exersare)

**Strategii utilizate:** exerciții de autocunoaștere; analiza celor vizionate, demonstrația, dezbateră în grup; vizionarea filmului, meditația creativă, jocul de rol, tehnica scaunului gol, tehnica meta-pozițiilor.

**Strategii de coping aplicate:** creativitatea permite mamei să-și restructureze ierarhia de valori și să depășească stresul deficienței copilului.

#### **Etapa I. Formarea comunității de învățare** (10 – 15 min)

Exercițiul „Autoprezentarea”. Fiecare participant se prezintă grupului.

Exercițiul „Regulile grupului”. Fiecare membru primește câte o fișă pe care este notat începutul unei fraze: *În comunicare cu membrii grupului aș dori ca ...; În comunicare cu membrii grupului nu aș dori ca ...; Aș dori să ne centrăm mai mult pe ...; Aș dori să nu acordăm atenție ...; Vom utiliza cu succes timpul dacă ...; Vom irosi timpul dacă ...*. Fiecare participant completează fraza, apoi transmite fișa celuiilalt. În final se vor stabili regulile grupului.

#### **Etapa II. Discuții** - 10 min.

În acest moment al ședinței, formatorul realizează ce s-a obținut lucrând cu mamele, le înțelege opțiunile și dacă mesajele prezentate anterior au fost înțelese și însușite. În același timp fiecare mamă poate să audă și să vadă cum ceilalți înțeleg și folosesc ideile prezentate. Când le sunt împărtășite sentimentele, trăirile și emoțiile, mamele pot să se motiveze mai ușor pentru a se schimba. Evident, fiecare poate reacționa în mod diferit, pentru unii efortul fiind mai mare pentru alții, mai mic.

#### **Etapa III. Vizionarea filmului** - 120 minute

**Prezentarea noilor elemente** - noul subiect luat în discuție constituie un moment de flexibilitate și proiectare în același timp. Dacă obiectivele sunt bine concepute, formatorul poate folosi diferite maniere de abordare, în funcție de momentul anterior și de felul cum reacționează mamele. Este un moment de activare a discuției, axată pe întrebări și răspunsuri. Este o etapă eficientă în care se discută situații concrete ca modele ale conținutului propus.

Exercițiul *Învățarea etapelor rezolvării de probleme*

**Obiective:** învățarea unor patternuri rezolutive cu o sferă largă de aplicabilitate; formarea patternurilor de cooperare în grup; dezvoltarea unor abilități de a rezolva probleme în grup; dezvoltarea sentimentului de apartenență la grup; dezvoltarea unor noi mecanisme de coping.

Desfășurare: fiecare participant își va alege o problemă asupra căreia va lucra după care se vor prezenta etapele demersului rezolutiv, etapă cu etapă, participanții parcurgându-le individual, în scris, pe rând: definirea problemei, stabilirea obiectivelor, generarea soluțiilor alternative, evaluarea acestora, adoptarea deciziei, verificarea deciziei și stabilirea planului de implementare. Cei care nu sunt mulțumiți de rezultatele obținute vor putea expune problema în fața grupului, ceilalți membrii având posibilitatea de a oferi variante alternative. Subiectul care a propus problema va evalua variantele primite de la grup, parcurgând din nou ceilalți pași – de la adoptarea deciziei. Ultima etapă a demersului rezolutiv, punerea în practică a planului se va constitui în tema pentru acasă.

#### **Etapa IV. Antrenarea personală**

**Antrenarea personală** a fiecărei mame pentru a-și expune opiniile referitor la noile idei prezentate se face prin discuții. La acest moment al programului, formatorul trebuie să dea dovadă de stăpânirea emoțiilor, de empatie și reflexivitate pentru a conduce eficient intervențiile verbale ale mamelor. Sarcina la acest nivel este de a antrena mamele să relateze cele expuse în conținutul filmului, în legătură și cu propria experiență. Se poate constata dacă mamele au înțeles sau nu conținutul filmului prezentat. Este necesar să fie apreciat efortul lor și să evite judecățile de valoare sau cele de evaluare. Astfel, expresiile de tipul *este bine, este corect, nu este corect, nu ați înțeles* sau *nu aveți dreptate, nu am spus așa* trebuie înlocuite cu *are altcineva o altă părere* sau *este și acesta un punct de vedere, mai poate și altcineva explica aceste lucruri* etc.

În această perioadă formatorul trebuie să asculte activ pe ceilalți, să fie reflexiv, să valorizeze sentimentele și trăirile mamelor ca și cuvintele pe care aceștia le folosesc. Mamele trebuie lăsați să-și formuleze propriile idei. Formatorul va răspunde la nevoia lor de informații, dar nu și la cerința acestora de a emite judecați asupra eforturilor lor sau asupra planurilor lor de acțiune. Aici se conturează unul din aspectele cele mai dificile ale rolului pe care îl are formatorul. Tentația de a judeca, în special când se fac greșeli sau se lucrează foarte bine, trebuie evitată pentru a-i responsabiliza pe părinți și a evita competiția negativă.

#### **Etapa V. Tema pentru acasă**

Identificarea unei situații în care persoana a manifestat neîncredere, cu analiza și expunerea gândurilor, a emoțiilor și a acțiunilor. Identificarea soluțiilor pentru manifestarea încrederii în aceeași situație.

### **ȘEDINȚA 2**

**Scopul ședinței:** dezvoltarea sensibilității față de identitatea copilului și problemele cu care se confruntă; abilitarea părinților în luarea deciziilor și rezolvarea problemelor familiale; învățarea modalităților de a face față stresului;

**Resurse de coping dezvoltate:** *Auto-eficacitatea*

**Denumirea filmului vizionat:** *Temple Grandin, 2010*

**Mesajul motivațional al filmului vizionat:** Dizabilitatea nu este un obstacol pentru ca persoana să se integreze în societate. *Acceptă dizabilitatea!*

**Durata:** 3 ore fiecare (1,5 ore pentru vizionarea filmului și 1,5 ore pentru intervenție psihologică: reflecții, analize, învățare/exersare)

**Strategii utilizate:** analiza celor vizionate, demonstrația, evaluarea unor situații problematice, lucrul în grup,

**Strategii de coping aplicate:** descărcarea emoțională (uneori prin plâns) sau prin apelarea la suportul prietenilor; credința că timpul va diminua problema; speranța în ajutorul divin,

**Tehnici aplicate:** vizionarea materialului filmografic coroborată cu meditația creativă, muzică și măști de carnaval; art-terapia - desenul simbolic al propriei măști, creioane colorate, hârtie.

În consonanță cu tematica și scenariul filmului și pentru ca impactul acestuia să fie mai mare, iar rezultatele exercițiilor de conștientizare însemnate, înainte de a intra în sala de lucru participanților la grup li s-au oferit măști de carnaval (simple și identice), fiind invitați să le poarte pe parcursul vizionării peliculei.

#### **Etapa I. Formarea comunității de învățare (10 – 15 min)**

Exercițiul „*Interviul reciproc*”. Fiecare dintre participanți găsește în auditoriu o persoană pe care nu o cunoaște sau o cunoaște foarte puțin și realizează un interviu reciproc pentru a se prezenta reciproc în grupul mare.

#### **Etapa II. Recapitularea discuțiilor anterioare sau a temei pregătite acasă - 10 min.**

În acest moment al ședinței, formatorul realizează ce s-a obținut lucrând cu mamele, le înțelege opțiunile și dacă mesajele prezentate anterior au fost înțelese și însușite. În același timp fiecare mamă poate să audă și să vadă cum ceilalți înțeleg și folosesc ideile prezentate. Când le sunt împărtășite sentimentele, trăirile și emoțiile, mamele pot să se motiveze mai ușor pentru a se schimba. Evident, fiecare poate reacționa în mod diferit, pentru unii efortul fiind mai mare pentru alții, mai mic.

#### **Etapa III. Vizionarea filmului - 120 minute**

**Prezentarea noilor elemente** - noul subiect luat în discuție constituie un moment de flexibilitate și proiectare în același timp. Dacă obiectivele sunt bine concepute, formatorul poate folosi diferite maniere de abordare, în funcție de momentul anterior și de felul cum reacționează mamele. Este un moment de activare a discuției, axată pe întrebări și răspunsuri. Este o etapă eficientă în care se discută situații concrete ca modele ale conținutului propus.

#### **Etapa IV. Antrenarea personală**

**Antrenarea personală** a fiecărei mame pentru a-și expune opiniile referitor la noile idei prezentate se face prin discuții. La acest moment al programului, formatorul trebuie să dea dovadă de stăpânirea emoțiilor, de empatie și reflexivitate pentru a conduce eficient intervențiile verbale ale mamelor. Sarcina la acest nivel este de a antrena mamele să relateze cele expuse în conținutul filmului, în legătură și cu propria experiență. Se poate constata dacă mamele au înțeles sau nu conținutul filmului prezentat. Este necesar să fie apreciat efortul lor și să evite judecățile de valoare sau cele de evaluare. Astfel, expresiile de tipul *este bine, este corect, nu este corect, nu ați înțeles* sau *nu aveți dreptate, nu am spus așa* trebuie înlocuite cu *are altcineva o altă părere* sau *este și acesta un punct de vedere, mai poate și altcineva explica aceste lucruri* etc.

În această perioadă formatorul trebuie să asculte activ pe ceilalți, să fie reflexiv, să valorizeze sentimentele și trăirile mamelor ca și cuvintele pe care aceștia le folosesc. Mamele trebuie lăsați să-și formuleze propriile idei. Formatorul va răspunde la nevoia lor de informații, dar nu și la cerința acestora de a emite judecați asupra eforturilor lor sau asupra planurilor lor de acțiune. Aici se conturează unul din aspectele cele mai dificile ale rolului pe care îl are formatorul. Tentația de a judeca, în special când se fac greșeli sau se lucrează foarte bine, trebuie evitată pentru a-i responsabiliza pe părinți și a evita competiția negativă.

#### **Etapa V. Tema pentru acasă**

### **ȘEDINȚA 3**

**Scopul ședinței:** conștientizarea propriilor atitudini în raport cu copilul cu dizabilități; identificarea punctelor forte în cunoașterea propriului copil și valorizarea lor;

**Resurse de coping dezvoltate:** *Optimismul*

**Denumirea filmului vizionat:** *Radio, 2003*

**Mesajul motivațional al filmului vizionat:** Curajul și perseverența te poate transforma în campion. *Fii curajos și perseverent!*

**Durata:** 3 ore fiecare (1,5 ore pentru vizionarea filmului și 1,5 ore pentru intervenție psihologică: reflecții, analize, învățare/exersare)

**Strategii utilizate:** analiza experiențelor de încurajare în baza celor vizionate, demonstrația, lucrul în grup

**Strategii de coping aplicate:** minimalizarea problemei („Nu este așa de dificil examenul care urmează!”)

#### **Etapa I. Formarea comunității de învățare (10 – 15 min)**

Exercițiul „*Pomi și fructe*”. Exercițiul dat are drept scop cunoașterea interpersonală aprofundată a participanților, cu utilizarea imaginației active, având ca finalitate desenarea, caracterizarea și prezentarea pomului care-i simbolizează.



## **Etapa II. Recapitularea discuțiilor anterioare sau a temei pregătite acasă - 10 min.**

În acest moment al ședinței, formatorul realizează ce s-a obținut lucrând cu mamele, le înțelege opțiunile și dacă mesajele prezentate anterior au fost înțelese și însușite. În același timp fiecare mamă poate să audă și să vadă cum ceilalți înțeleg și folosesc ideile prezentate. Când le sunt împărtășite sentimentele, trăirile și emoțiile, mamele pot să se motiveze mai ușor pentru a se schimba. Evident, fiecare poate reacționa în mod diferit, pentru unii efortul fiind mai mare pentru alții, mai mic.

## **Etapa III. Vizionarea filmului - 120 minute**

**Prezentarea noilor elemente** - noul subiect luat în discuție constituie un moment de flexibilitate și proiectare în același timp. Dacă obiectivele sunt bine concepute, formatorul poate folosi diferite maniere de abordare, în funcție de momentul anterior și de felul cum reacționează mamele. Este un moment de activare a discuției, axată pe întrebări și răspunsuri. Este o etapă eficientă în care se discută situații concrete ca modele ale conținutului propus.

## **Etapa IV. Antrenarea personală**

**Antrenarea personală** a fiecărei mame pentru a-și expune opiniile referitor la noile idei prezentate se face prin discuții. La acest moment al programului, formatorul trebuie să dea dovadă de stăpânirea emoțiilor, de empatie și reflexivitate pentru a conduce eficient intervențiile verbale ale mamelor. Sarcina la acest nivel este de a antrena mamele să relateze cele expuse în conținutul filmului, în legătură și cu propria experiență. Se poate constata dacă mamele au înțeles sau nu conținutul filmului prezentat. Este necesar să fie apreciat efortul lor și să evite judecățile de valoare sau cele de evaluare. Astfel, expresiile de tipul *este bine, este corect, nu este corect, nu ați înțeles* sau *nu aveți dreptate, nu am spus așa* trebuie înlocuite cu *are altcineva o altă părere* sau *este și acesta un punct de vedere, mai poate și altcineva explica aceste lucruri* etc.

În această perioadă formatorul trebuie să asculte activ pe ceilalți, să fie reflexiv, să valorizeze sentimentele și trăirile mamelor ca și cuvintele pe care aceștia le folosesc. Mamele trebuie lăsați să-și formuleze propriile idei. Formatorul va răspunde la nevoia lor de informații, dar nu și la cerința acestora de a emite judecați asupra eforturilor lor sau asupra planurilor lor de acțiune. Aici se conturează unul din aspectele cele mai dificile ale rolului pe care îl are formatorul. Tentația de a judeca, în special când se fac greșeli sau se lucrează foarte bine, trebuie evitată pentru a-i responsabiliza pe părinți și a evita competiția negativă.

## **Etapa V. Tema pentru acasă**

- stabilirea modului de autoapreciere;
- instituirea unei atitudini pozitive față de sine;
- depășirea rezistențelor și pregătirea pentru jocul de rol;
- dezvoltarea autoaprecierii și autoafirmării;

- dezvoltarea încrederii dintre membrii grupului și a coeziunii de grup.

#### ȘEDINȚA 4.

**Scopul ședinței:** Stimularea mamei spre dezvoltarea personală în procesul interacțiunii cu copilul său, în procesul instruirii și educației acestuia;

**Resurse de coping dezvoltate:** *Atașamentul securizant*

**Denumirea filmului vizionat:** *Lorenzo's Oil, 1992*

**Mesajul motivațional al filmului vizionat:** Părinții pot face mai mult decât medicii în căutarea tratamentului potrivit pentru copilul lor. *Implică-te activ în calitate de părinte!*

**Durata:** 3 ore fiecare (1,5 ore pentru vizionarea filmului și 1,5 ore pentru intervenție psihologică: reflecții, analize, învățare/exersare)

**Strategii utilizate:** analiza celor vizionate, demonstrația, lucrul în grup

**Strategii de coping aplicate:** orientarea pe acumularea de cât mai multe cunoștințe și abilități care vor fi folosite pentru schimbare

#### **Etapa I. Formarea comunității de învățare** (10 – 15 min)

*Exercițiul Prezentarea*

**Obiective:** facilitarea cunoașterii interpersonale; stimularea coeziunii de grup; facilitarea construirii unui co-conștient și a unui co-inconștient de grup;

**Desfășurare:** participanții sunt solicitați să se împartă în echipe de câte doi: astfel, fiecare participant pune cât mai multe întrebări colegului de echipă, într-un interval de timp de 7 minute subiectul încercând să obțină cât mai multe informații despre celălalt, după care rolurile asumate se schimbă. Ulterior fiecare membru al echipei își va prezenta colegul în fața grupului „intrând în pielea acestuia”. La final fiecare va reveni la rolul său și va spune cum s-a simțit în postura celuilalt și cum s-a simțit auzindu-l pe celălalt.

#### **Etapa II. Recapitularea discuțiilor anterioare** sau a temei pregătite acasă - 10 min.

În acest moment al ședinței, formatorul realizează ce s-a obținut lucrând cu mamele, le înțelege opțiunile și dacă mesajele prezentate anterior au fost înțelese și însușite. În același timp fiecare mamă poate să audă și să vadă cum ceilalți înțeleg și folosesc ideile prezentate. Când le sunt împărtășite sentimentele, trăirile și emoțiile, mamele pot să se motiveze mai ușor pentru a se schimba. Evident, fiecare poate reacționa în mod diferit, pentru unii efortul fiind mai mare pentru alții, mai mic.

#### **Etapa III. Vizionarea filmului** - 120 minute

**Prezentarea noilor elemente** - noul subiect luat în discuție constituie un moment de flexibilitate și proiectare în același timp. Dacă obiectivele sunt bine concepute, formatorul poate folosi diferite maniere de abordare, în funcție de momentul anterior și de felul cum reacționează

mamele. Este un moment de activare a discuției, axată pe întrebări și răspunsuri. Este o etapă eficientă în care se discută situații concrete ca modele ale conținutului propus.

#### **Etapa IV. Antrenarea personală**

**Antrenarea personală** a fiecărei mame pentru a-și expune opiniile referitor la noile idei prezentate se face prin discuții. La acest moment al programului, formatorul trebuie să dea dovadă de stăpânirea emoțiilor, de empatie și reflexivitate pentru a conduce eficient intervențiile verbale ale mamelor. Sarcina la acest nivel este de a antrena mamele să relateze cele expuse în conținutul filmului, în legătură și cu propria experiență. Se poate constata dacă mamele au înțeles sau nu conținutul filmului prezentat. Este necesar să fie apreciat efortul lor și să evite judecățile de valoare sau cele de evaluare. Astfel, expresiile de tipul *este bine, este corect, nu este corect, nu ați înțeles* sau *nu aveți dreptate, nu am spus așa* trebuie înlocuite cu *are altcineva o altă părere* sau *este și acesta un punct de vedere, mai poate și altcineva explica aceste lucruri* etc.

În această perioadă formatorul trebuie să asculte activ pe ceilalți, să fie reflexiv, să valorizeze sentimentele și trăirile mamelor ca și cuvintele pe care aceștia le folosesc. Mamele trebuie lăsați să-și formuleze propriile idei. Formatorul va răspunde la nevoia lor de informații, dar nu și la cerința acestora de a emite judecați asupra eforturilor lor sau asupra planurilor lor de acțiune. Aici se conturează unul din aspectele cele mai dificile ale rolului pe care îl are formatorul. Tentația de a judeca, în special când se fac greșeli sau se lucrează foarte bine, trebuie evitată pentru a-i responsabiliza pe părinți și a evita competiția negativă.

#### **Etapa V. Tema pentru acasă**

### **ȘEDINȚA 5**

**Scopul ședinței:** schimbarea atitudinilor parentale față de copilul cu dizabilități, care ar favoriza dezvoltarea lui armonioasă; creșterea nivelului de respect față de sine și credința în forțele proprii și ale copilului, credința în reușitele copilului.

**Resurse de coping dezvoltate:** *Atașamentul securizant*

**Denumirea filmului vizionat:** *The Miracle Worker, 1962*

**Mesajul motivațional al filmului vizionat:** Implicarea specialiștilor în viața persoanelor cu dizabilități este foarte importantă și dragostea părinților, care, de cele mai multe ori, este o dragoste protectoare, trebuie să permită specialiștilor să își exercite abilitățile pentru a ajuta copilul. *Scapă de emoțiile negative (descărcarea emoțională)!*

**Durata:** 3 ore fiecare (1,5 ore pentru vizionarea filmului și 1,5 ore pentru intervenție psihologică: reflecții, analize, învățare/exersare)

**Strategii utilizate:** analiza celor vizionate, demonstrația, activități individuale, metafora;

**Strategii de coping aplicate:** dezvoltarea comunicării asertive, exprimarea într-o manieră directă, non-agresivă a nevoilor și dorințelor noastre.

### **Etapa I. Formarea comunității de învățare (10 – 15 min)**

Exercițiul „*Diploma mea*”

Povestirea despre cele mai frecvente cauze ale insuccesului.

*Joc de rol „Eu pot”*

Participanții formează perechi a câte doi, jucând o situație dificilă din propria experiență (atitudinea negativă a mediului social față de copil, trăirile părintelui legate de adaptarea școlară a copilului, conflictele interpersonale dintre soți).

Participanții joacă două roluri: unul care identifică soluții și le aplică, utilizând gesturi, mimică, posturi, acțiuni și fraze de tipul „*Eu pot*”, „*Eu știu*”, „*Eu am dreptate*”, „*Voi reuși*”; altul (a doua persoană din pereche) împiedică soluționarea situației, creând diverse bariere. După soluționarea situației membrii grupului se schimbă cu rolurile.

### **Etapa II. Recapitularea discuțiilor anterioare sau a temei pregătite acasă - 10 min.**

În acest moment al ședinței, formatorul realizează ce s-a obținut lucrând cu mamele, le înțelege opțiunile și dacă mesajele prezentate anterior au fost înțelese și însușite. În același timp fiecare mamă poate să audă și să vadă cum ceilalți înțeleg și folosesc ideile prezentate. Când le sunt împărtășite sentimentele, trăirile și emoțiile, mamele pot să se motiveze mai ușor pentru a se schimba. Evident, fiecare poate reacționa în mod diferit, pentru unii efortul fiind mai mare pentru alții, mai mic.

### **Etapa III. Vizionarea filmului - 120 minute**

**Prezentarea noilor elemente** - noul subiect luat în discuție constituie un moment de flexibilitate și proiectare în același timp. Dacă obiectivele sunt bine concepute, formatorul poate folosi diferite maniere de abordare, în funcție de momentul anterior și de felul cum reacționează mamele. Este un moment de activare a discuției, axată pe întrebări și răspunsuri. Este o etapă eficientă în care se discută situații concrete ca modele ale conținutului propus.

### **Etapa IV. Antrenarea personală**

**Antrenarea personală** a fiecărei mame pentru a-și expune opiniile referitor la noile idei prezentate se face prin discuții. La acest moment al programului, formatorul trebuie să dea dovadă de stăpânirea emoțiilor, de empatie și reflexivitate pentru a conduce eficient intervențiile verbale ale mamelor. Sarcina la acest nivel este de a antrena mamele să relateze cele expuse în conținutul filmului, în legătură și cu propria experiență. Se poate constata dacă mamele au înțeles sau nu conținutul filmului prezentat. Este necesar să fie apreciat efortul lor și să evite judecățile de valoare sau cele de evaluare. Astfel, expresiile de tipul *este bine, este corect, nu este corect, nu ați înțeles sau nu aveți dreptate, nu am spus așa* trebuie înlocuite cu *are altcineva o altă părere sau este și acesta un punct de vedere, mai poate și altcineva explica aceste lucruri* etc.

În această perioadă formatorul trebuie să asculte activ pe ceilalți, să fie reflexiv, să valorizeze sentimentele și trăirile mamelor ca și cuvintele pe care aceștia le folosesc. Mamele trebuie lăsați să-și formuleze propriile idei. Formatorul va răspunde la nevoia lor de informații, dar nu și la cerința acestora de a emite judecați asupra eforturilor lor sau asupra planurilor lor de acțiune. Aici se conturează unul din aspectele cele mai dificile ale rolului pe care îl are formatorul. Tentația de a judeca, în special când se fac greșeli sau se lucrează foarte bine, trebuie evitată pentru a-i responsabiliza pe părinți și a evita competiția negativă.

#### **Etapa V. Tema pentru acasă**

### **ȘEDINȚA 6**

**Scopul ședinței:** Optimizarea relațiilor interpersonale din cadrul familiei; eliberarea mamelor cu trăiri interne de anxietate, depresie, deznădejde

**Resurse de coping dezvoltate:** *Comunicarea asertivă*

**Denumirea filmului vizionat:** *Памятный миг, 2004*

**Mesajul motivațional al filmului vizionat:** Importanța susținerii din partea familiei și a mediului în lupta cu problema de sănătate. *Gândește pozitiv (reinterpretarea pozitivă)!*

**Durata:** 3 ore fiecare (1,5 ore pentru vizionarea filmului și 1,5 ore pentru intervenție psihologică: reflecții, analize, învățare/exersare)

**Strategii utilizate:** analiza celor vizionate, demonstrația, lucrul în grup, tehnici de relaxare

**Strategii de coping aplicate:** conectarea emoțională cu familia, timp dedicat nevoilor membrilor din familie.

#### **Etapa I. Formarea comunității de învățare (10 – 15 min)**

Exercițiul „*Mulțumesc, eu știu acest lucru*”

Notarea aprecierilor primite de la persoanele dragi și repetarea lor în situații de impas.

Exercițiul *Măștile*

**Obiective:** inter-cunoaștere și autocunoaștere; conștientizarea și expunerea în fața grupului a unor elemente vulnerabile caracteristice fiecărui subiect; dezvoltarea paternurilor de cooperare și a unei atmosfere pozitive, de familiaritate, în grup; conștientizarea resurselor personale și a altor moduri în care acestea pot fi folosite.

**Desfășurare:** fiecare participant a desenat o față a sa pe care nu o prea arată celorlalți, și care nu îi prea place. După aceea fiecare participant configurează ipostaza la care s-a referit alegându-și un coleg pe care îl modelează corporal și căruia îi atașează fața desenată. Ceilalți colegi spun ce cred că reprezintă *statuia* și la final autorul acesteia relatează ce a dorit să reprezinte și ce a înțeles ascultându-i pe ceilalți colegi de grup.

## **Etapa II. Recapitularea discuțiilor anterioare** sau a temei pregătite acasă - 10 min.

În acest moment al ședinței, formatorul realizează ce s-a obținut lucrând cu mamele, le înțelege opțiunile și dacă mesajele prezentate anterior au fost înțelese și însușite. În același timp fiecare mamă poate să audă și să vadă cum ceilalți înțeleg și folosesc ideile prezentate. Când le sunt împărtășite sentimentele, trăirile și emoțiile, mamele pot să se motiveze mai ușor pentru a se schimba. Evident, fiecare poate reacționa în mod diferit, pentru unii efortul fiind mai mare pentru alții, mai mic.

## **Etapa III. Vizionarea filmului** - 120 minute

**Prezentarea noilor elemente** - noul subiect luat în discuție constituie un moment de flexibilitate și proiectare în același timp. Dacă obiectivele sunt bine concepute, formatorul poate folosi diferite maniere de abordare, în funcție de momentul anterior și de felul cum reacționează mamele. Este un moment de activare a discuției, axată pe întrebări și răspunsuri. Este o etapă eficientă în care se discută situații concrete ca modele ale conținutului propus.

## **Etapa IV. Antrenarea personală**

**Antrenarea personală** a fiecărei mame pentru a-și expune opiniile referitor la noile idei prezentate se face prin discuții. La acest moment al programului, formatorul trebuie să dea dovadă de stăpânirea emoțiilor, de empatie și reflexivitate pentru a conduce eficient intervențiile verbale ale mamelor. Sarcina la acest nivel este de a antrena mamele să relateze cele expuse în conținutul filmului, în legătură și cu propria experiență. Se poate constata dacă mamele au înțeles sau nu conținutul filmului prezentat. Este necesar să fie apreciat efortul lor și să evite judecățile de valoare sau cele de evaluare. Astfel, expresiile de tipul *este bine, este corect, nu este corect, nu ați înțeles* sau *nu aveți dreptate, nu am spus așa* trebuie înlocuite cu *are altcineva o altă părere* sau *este și acesta un punct de vedere, mai poate și altcineva explica aceste lucruri* etc.

În această perioadă formatorul trebuie să asculte activ pe ceilalți, să fie reflexiv, să valorizeze sentimentele și trăirile mamelor ca și cuvintele pe care aceștia le folosesc. Mamele trebuie lăsați să-și formuleze propriile idei. Formatorul va răspunde la nevoia lor de informații, dar nu și la cerința acestora de a emite judecați asupra eforturilor lor sau asupra planurilor lor de acțiune. Aici se conturează unul din aspectele cele mai dificile ale rolului pe care îl are formatorul. Tentația de a judeca, în special când se fac greșeli sau se lucrează foarte bine, trebuie evitată pentru a-i responsabiliza pe părinți și a evita competiția negativă.

## **Etapa V. Tema pentru acasă**

### **ȘEDINȚA 7**

**Scopul ședinței:** Schimbarea poziției de deznădejde a mamei („Nu, el niciodată nu va putea să fie cineva”); învățarea modalităților optime de relaționare cu copilul cu dizabilități;

**Resurse de coping dezvoltate:** *Reglarea emoțională*

**Denumirea filmului vizionat:** *Soul Surfer, 2011*

**Mesajul motivațional al filmului vizionat:** Viața este o luptă și aceasta continuă mai perseverent atunci, când treci printr-o situație dificilă. *Luptă pentru succes!*

**Durata:** 3 ore fiecare (1,5 ore pentru vizionarea filmului și 1,5 ore pentru intervenție psihologică: reflecții, analize, învățare/exersare)

**Strategii utilizate:** analiza celor vizionate, demonstrația, lucrul în grup

**Strategii de coping aplicate:** descopere propriile resurse interne de a lucra cu copilul

**Etapa I. Formarea comunității de învățare** (10 – 15 min)

Exercițiul *Cine sunt eu?*

**Obiective:** conștientizarea și verbalizarea propriei concepții despre sine; prezentarea în fața celorlalți a propriului punct de vedere referitor la sine; depășirea inhibițiilor legate de a vorbi despre sine în public; inter-cunoașterea.

**Desfășurare:** fiecare participant se va prezenta în fața celorlalți, răspunzând la întrebarea „Cine sunt eu?”. Restul participanților vor fi încurajați să pună întrebări cu specificarea clară a faptului că pot pune doar întrebări în scopul de a obține mai multe informații și nu pot emite judecăți mascate în contextul întrebărilor adresate subiectului. La final fiecare participant va relata cum s-a simțit și dacă a aflat ceva nou despre sine.

**Etapa II. Recapitularea discuțiilor anterioare** sau a temei pregătite acasă - 10 min.

În acest moment al ședinței, formatorul realizează ce s-a obținut lucrând cu mamele, le înțelege opțiunile și dacă mesajele prezentate anterior au fost înțelese și însușite. În același timp fiecare mamă poate să audă și să vadă cum ceilalți înțeleg și folosesc ideile prezentate. Când le sunt împărtășite sentimentele, trăirile și emoțiile, mamele pot să se motiveze mai ușor pentru a se schimba. Evident, fiecare poate reacționa în mod diferit, pentru unii efortul fiind mai mare pentru alții, mai mic.

**Etapa III. Vizionarea filmului** - 120 minute

**Prezentarea noilor elemente** - noul subiect luat în discuție constituie un moment de flexibilitate și proiectare în același timp. Dacă obiectivele sunt bine concepute, formatorul poate folosi diferite maniere de abordare, în funcție de momentul anterior și de felul cum reacționează mamele. Este un moment de activare a discuției, axată pe întrebări și răspunsuri. Este o etapă eficientă în care se discută situații concrete ca modele ale conținutului propus.

**Etapa IV. Antrenarea personală**

**Antrenarea personală** a fiecărei mame pentru a-și expune opiniile referitor la noile idei prezentate se face prin discuții. La acest moment al programului, formatorul trebuie să dea dovadă de stăpânirea emoțiilor, de empatie și reflexivitate pentru a conduce eficient intervențiile verbale ale mamelor. Sarcina la acest nivel este de a antrena mamele să relateze cele expuse în

conținutul filmului, în legătură și cu propria experiență. Se poate constata dacă mamele au înțeles sau nu conținutul filmului prezentat. Este necesar să fie apreciat efortul lor și să evite judecățile de valoare sau cele de evaluare. Astfel, expresiile de tipul *este bine, este corect, nu este corect, nu ați înțeles* sau *nu aveți dreptate, nu am spus așa* trebuie înlocuite cu *are altcineva o altă părere* sau *este și acesta un punct de vedere, mai poate și altcineva explica aceste lucruri* etc.

În această perioadă formatorul trebuie să asculte activ pe ceilalți, să fie reflexiv, să valorizeze sentimentele și trăirile mamelor ca și cuvintele pe care aceștia le folosesc. Mamele trebuie lăsați să-și formuleze propriile idei. Formatorul va răspunde la nevoia lor de informații, dar nu și la cerința acestora de a emite judecați asupra eforturilor lor sau asupra planurilor lor de acțiune. Aici se conturează unul din aspectele cele mai dificile ale rolului pe care îl are formatorul. Tentația de a judeca, în special când se fac greșeli sau se lucrează foarte bine, trebuie evitată pentru a-i responsabiliza pe părinți și a evita competiția negativă.

#### **Etapa V. Tema pentru acasă**

### **ȘEDINȚA 8**

**Scopul ședinței:** înțelegerea efectelor experiențelor negative în relația copil-părinte asupra personalității copilului; Consilierea mamelor cu comportamente distructive și neadecvate: agresivitate, aprecierea negativă a copilului, comportament primitiv, tendința de evada de la responsabilități,

**Resurse de coping dezvoltate:** *Toleranța la stres*

**Denumirea filmului vizionat:** *Premiantul (Front of the Class), 2008*

**Mesajul motivațional al filmului vizionat:** Imposibilul poate deveni posibil prin disciplină și acceptarea dizabilității ca parte integrantă a EU – lui. *Fii disciplinat!*

**Durata:** 3 ore fiecare (1,5 ore pentru vizionarea filmului și 1,5 ore pentru intervenție psihologică: reflecții, analize, învățare/exersare)

**Strategii utilizate:** analiza celor vizionate, demonstrația, lucrul în grup

**Strategii de coping aplicate:** rezolvarea de problemă, căutarea de informații, restructurarea cognitivă, încercarea de a înțelege, eliberarea de emoții, activități fizice, acceptarea, etc.

#### **Etapa I. Formarea comunității de învățare (10 – 15 min)**

Exercițiul *Portretul personal*

**Obiective:** facilitarea cunoașterii interpersonale; facilitarea construirii unui co-conștient și a unui co-inconștient de grup; stimularea coeziunii de grup; exprimarea, clarificarea și conștientizarea proiecțiilor.

**Desfășurare:** participanții sunt solicitați să își deseneze portretul din acest moment, folosind materialele puse la dispoziție. Ulterior portretele se pot schimba între participanți,



fiecare putând cere un alt desen care i-a plăcut, el oferind, în schimb, propriul desen; se pot efectua mai multe schimburi; în final, fiecare participant se prezintă prin prisma portretului care se află în acel moment în posesia lui ca și cum i-ar aparține. Exercițiul continuă cu autorul real al portretului, ce trebuie să precizeze ce a vrut să spună și, după aceea, să prezinte portretul pe care îl are asupra sa în acel moment.

**Etapa II. *Recapitularea discuțiilor anterioare*** sau a temei pregătite acasă - 10 min.

În acest moment al ședinței, formatorul realizează ce s-a obținut lucrând cu mamele, le înțelege opțiunile și dacă mesajele prezentate anterior au fost înțelese și însușite. În același timp fiecare mamă poate să audă și să vadă cum ceilalți înțeleg și folosesc ideile prezentate. Când le sunt împărtășite sentimentele, trăirile și emoțiile, mamele pot să se motiveze mai ușor pentru a se schimba. Evident, fiecare poate reacționa în mod diferit, pentru unii efortul fiind mai mare pentru alții, mai mic.

**Etapa III. *Vizionarea filmului*** - 120 minute

**Prezentarea noilor elemente** - noul subiect luat în discuție constituie un moment de flexibilitate și proiectare în același timp. Dacă obiectivele sunt bine concepute, formatorul poate folosi diferite maniere de abordare, în funcție de momentul anterior și de felul cum reacționează mamele. Este un moment de activare a discuției, axată pe întrebări și răspunsuri. Este o etapă eficientă în care se discută situații concrete ca modele ale conținutului propus.

**Etapa IV. *Antrenarea personală***

**Antrenarea personală** a fiecărei mame pentru a-și expune opiniile referitor la noile idei prezentate se face prin discuții. La acest moment al programului, formatorul trebuie să dea dovadă de stăpânirea emoțiilor, de empatie și reflexivitate pentru a conduce eficient intervențiile verbale ale mamelor. Sarcina la acest nivel este de a antrena mamele să relateze cele expuse în conținutul filmului, în legătură și cu propria experiență. Se poate constata dacă mamele au înțeles sau nu conținutul filmului prezentat. Este necesar să fie apreciat efortul lor și să evite judecățile de valoare sau cele de evaluare. Astfel, expresiile de tipul *este bine, este corect, nu este corect, nu ați înțeles* sau *nu aveți dreptate, nu am spus așa* trebuie înlocuite cu *are altcineva o altă părere* sau *este și acesta un punct de vedere, mai poate și altcineva explica aceste lucruri* etc.

În această perioadă formatorul trebuie să asculte activ pe ceilalți, să fie reflexiv, să valorizeze sentimentele și trăirile mamelor ca și cuvintele pe care aceștia le folosesc. Mamele trebuie lăsați să-și formuleze propriile idei. Formatorul va răspunde la nevoia lor de informații, dar nu și la cerința acestora de a emite judecați asupra eforturilor lor sau asupra planurilor lor de acțiune. Aici se conturează unul din aspectele cele mai dificile ale rolului pe care îl are formatorul. Tentația de a judeca, în special când se fac greșeli sau se lucrează foarte bine, trebuie evitată pentru a-i responsabiliza pe părinți și a evita competiția negativă.

## **Etapa V. Tema pentru acasă**

### **ȘEDINȚA 9**

**Scopul ședinței:** Schimbarea concepției și atitudinii mamei față de copilul său care nu are probleme („*Este la fel ca alții*”); trecerea din negare spre colaborare; trăirea experiențelor trecute sau elaborarea altor noi.

**Resurse de coping dezvoltate:** *Rezolvarea problemelor*

**Denumirea filmului vizionat:** *Door to Door, 2002*

**Mesajul motivațional al filmului vizionat:** Misiunea fiecărui părinte este să-și pregătească propriul copil de viața independentă. Reușitele unor persoane cu dizabilități pot servi drept inspirație pentru alți oameni care întâmpină diverse dificultăți. *Învățăm să fim independenți!*

**Durata:** 3 ore fiecare (1,5 ore pentru vizionarea filmului și 1,5 ore pentru intervenție psihologică: reflecții, analize, învățare/exersare)

**Strategii utilizate:** analiza celor vizionate, demonstrația, lucrul în grup, antrenarea abilităților sociale, structurarea zilelor privind relația cu copilul

**Strategii de coping aplicate:** distragerea, evitarea, auto-critica, acceptarea resemnată, negarea, căutarea suportului social, căutarea suportului informațional

#### **Etapa I. Formarea comunității de învățare (10 – 15 min)**

*Exercițiul Cadoul*

**Obiective:** inter-cunoaștere și autocunoaștere; dezvoltarea analogiilor pe care le implică fantezia și dezvoltarea creativității interpersonale; exteriorizarea unor sentimente față de ceilalți și conștientizarea acestor sentimente în urma discuțiilor ulterioare; conștientizarea proiecțiilor în viitor și a patternurilor de desfășurare a relațiilor afective cu ceilalți.

**Desfășurare:** fiecare participant trebuie să-și imagineze că este un cadou; trebuie să se exploreze pe sine ca fiind cadoul respectiv - cum arată, cui îi este destinat, cum se simte cel căruia îi este destinat etc.; a doua etapă presupune ca participanții să se re-transpună în starea de cadou, dar *după ce au trecut zece ani*, să se exploreze pe ei înșiși ca fiind cadoul respectiv peste zece ani: ce s-a întâmplat cu el, cum arată acum, etc. Fiecare participant se va prezenta grupului din perspectiva de cadou. La final fiecare va împărtăși grupului cum s-a simțit și dacă a aflat ceva nou despre sine.

#### **Etapa II. Recapitularea discuțiilor anterioare sau a temei pregătite acasă - 10 min.**

În acest moment al ședinței, formatorul realizează ce s-a obținut lucrând cu mamele, le înțelege opțiunile și dacă mesajele prezentate anterior au fost înțelese și însușite. În același timp fiecare mamă poate să audă și să vadă cum ceilalți înțeleg și folosesc ideile prezentate. Când le sunt împărtășite sentimentele, trăirile și emoțiile, părinții pot să se motiveze mai ușor pentru a se

schimba. Evident, fiecare poate reacționa în mod diferit, pentru unii efortul fiind mai mare pentru alții, mai mic.

### **Etapa III. Vizionarea filmului - 120 minute**

**Prezentarea noilor elemente** - noul subiect luat în discuție constituie un moment de flexibilitate și proiectare în același timp. Dacă obiectivele sunt bine concepute, formatorul poate folosi diferite maniere de abordare, în funcție de momentul anterior și de felul cum reacționează mamele. Este un moment de activare a discuției, axată pe întrebări și răspunsuri. Este o etapă eficientă în care se discută situații concrete ca modele ale conținutului propus.

### **Etapa IV. Antrenarea personală**

**Antrenarea personală** a fiecărei mame pentru a-și expune opiniile referitor la noile idei prezentate se face prin discuții. La acest moment al programului, formatorul trebuie să dea dovadă de stăpânirea emoțiilor, de empatie și reflexivitate pentru a conduce eficient intervențiile verbale ale mamelor. Sarcina la acest nivel este de a antrena mamele să relateze cele expuse în conținutul filmului, în legătură și cu propria experiență. Se poate constata dacă mamele au înțeles sau nu conținutul filmului prezentat. Este necesar să fie apreciat efortul lor și să evite judecățile de valoare sau cele de evaluare. Astfel, expresiile de tipul *este bine, este corect, nu este corect, nu ați înțeles* sau *nu aveți dreptate, nu am spus așa* trebuie înlocuite cu *are altcineva o altă părere* sau *este și acesta un punct de vedere, mai poate și altcineva explica aceste lucruri* etc.

În această perioadă formatorul trebuie să asculte activ pe ceilalți, să fie reflexiv, să valorizeze sentimentele și trăirile mamelor ca și cuvintele pe care aceștia le folosesc. Mamele trebuie lăsați să-și formuleze propriile idei. Formatorul va răspunde la nevoia lor de informații, dar nu și la cerința acestora de a emite judecați asupra eforturilor lor sau asupra planurilor lor de acțiune. Aici se conturează unul din aspectele cele mai dificile ale rolului pe care îl are formatorul. Tentația de a judeca, în special când se fac greșeli sau se lucrează foarte bine, trebuie evitată pentru a-i responsabiliza pe părinți și a evita competiția negativă.

### **Etapa V. Tema pentru acasă**

#### **ȘEDINȚA 10**

**Scopul ședinței:** identificarea și monitorizarea resurselor parentale în depășirea situațiilor problemă prin rezolvarea problemelor legate de afectivitate,

**Resurse de coping dezvoltate:** *Modul sănătos de viață: menținerea sănătății fizice; alimentația sănătoasă*

**Denumirea filmului vizionat:** *My Name Is Khan, 2010*

**Mesajul motivațional al filmului vizionat:** Persoanele cu dizabilități printre toate altele au dreptul la dragoste și la întemeierea unei familii. Acestea sunt responsabile și credincioase până la sfârșit. *Fii responsabil și devotat!*

**Durata:** 3 ore fiecare (1,5 ore pentru vizionarea filmului și 1,5 ore pentru intervenție psihologică: reflecții, analize, învățare/exersare)

**Strategii utilizate:** analiza celor vizionate, demonstrația, lucrul în grup, evaluarea activităților realizate cu succes, expunerea graduală

**Strategii de coping aplicate:** elaborarea de metode creative de interacțiune, creșterea încrederii în sine.

#### **Etapa I. Formarea comunității de învățare** (10 – 15 min)

##### *Exercițiul Floarea*

**Obiective:** inter-cunoaștere și autocunoaștere; dezvoltarea creativității; conștientizarea și verbalizarea unor resurse și limite personale; conștientizarea modului în care indivizii sunt percepuți de ceilalți și verificarea propriilor proiecții.

**Desfășurare:** fiecare participant trebuie să își imagineze că este o floare și să se exploreze pe sine în aceasta ipostază după cum urmează - cum arată, unde este, cum este solul în care crește, ce dorințe și temeri are (ca floare). Fiecare participant se prezintă din ipostaza de floare, ulterior având ocazia să afle de la toți ceilalți de ce cred aceștia că și-a ales floarea respectivă. La final fiecare subiect va avea posibilitatea să spună cum s-a simțit în ipostaza dobândită datorită exercițiului și dacă a aflat ceva nou despre sine.

#### **Etapa II. Recapitularea discuțiilor anterioare** sau a temei pregătite acasă - 10 min.

În acest moment al ședinței, formatorul realizează ce s-a obținut lucrând cu mamele, le înțelege opțiunile și dacă mesajele prezentate anterior au fost înțelese și însușite. În același timp fiecare mamă poate să audă și să vadă cum ceilalți înțeleg și folosesc ideile prezentate. Când le sunt împărtășite sentimentele, trăirile și emoțiile, mamele pot să se motiveze mai ușor pentru a se schimba. Evident, fiecare poate reacționa în mod diferit, pentru unii efortul fiind mai mare pentru alții, mai mic.

#### **Etapa III. Vizionarea filmului** - 120 minute

**Prezentarea noilor elemente** - noul subiect luat în discuție constituie un moment de flexibilitate și proiectare în același timp. Dacă obiectivele sunt bine concepute, formatorul poate folosi diferite maniere de abordare, în funcție de momentul anterior și de felul cum reacționează mamele. Este un moment de activare a discuției, axată pe întrebări și răspunsuri. Este o etapă eficientă în care se discută situații concrete ca modele ale conținutului propus.

#### **Etapa IV. Antrenarea personală**

**Antrenarea personală** a fiecărei mame pentru a-și expune opiniile referitor la noile idei prezentate se face prin discuții. La acest moment al programului, formatorul trebuie să dea dovadă de stăpânirea emoțiilor, de empatie și reflexivitate pentru a conduce eficient intervențiile verbale ale mamelor. Sarcina la acest nivel este de a antrena mamele să relateze cele expuse în

conținutul filmului, în legătură și cu propria experiență. Se poate constata dacă mamele au înțeles sau nu conținutul filmului prezentat. Este necesar să fie apreciat efortul lor și să evite judecățile de valoare sau cele de evaluare. Astfel, expresiile de tipul *este bine, este corect, nu este corect, nu ați înțeles* sau *nu aveți dreptate, nu am spus așa* trebuie înlocuite cu *are altcineva o altă părere* sau *este și acesta un punct de vedere, mai poate și altcineva explica aceste lucruri* etc.

În această perioadă formatorul trebuie să asculte activ pe ceilalți, să fie reflexiv, să valorizeze sentimentele și trăirile mamelor ca și cuvintele pe care aceștia le folosesc. Mamele trebuie lăsați să-și formuleze propriile idei. Formatorul va răspunde la nevoia lor de informații, dar nu și la cerința acestora de a emite judecați asupra eforturilor lor sau asupra planurilor lor de acțiune. Aici se conturează unul din aspectele cele mai dificile ale rolului pe care îl are formatorul. Tentația de a judeca, în special când se fac greșeli sau se lucrează foarte bine, trebuie evitată pentru a-i responsabiliza pe părinți și a evita competiția negativă.

#### **Etapa V. Tema pentru acasă**

**Filmo-terapia** nu este doar o observație empirică a ceea ce se întâmplă, este, în primul rând, arta de a pune întrebări și de a reflecta asupra răspunsurilor, bazându-se pe ceea ce este văzut pe ecran și experimentat în viață. Impresiile și gândurile spontane, în special cele legate de catharsis, sunt importante, dar nu sunt întotdeauna capabile să arate profunzimea atât a filmului vizionat, cât și a problemei care se rezolvă. De aceea este important rolul moderatorului/facilitatorului, care dezvoltă un program de intervenție și întrebări pentru analiză, ținând cont de specificul grupului.

Este important să ne amintim că fiecare film conține, dezvăluie, ilustrează multe aspecte psihologice și situații de viață, iar cele pe care le-am evidențiat, inclusiv tema psihologică principală, sunt importante în opinia mea, așa am văzut acest film, care, foarte probabil, nu corespunde viziunii și înțelegerii tale, dar nu contează. Este important să vedeți ceea ce este necesar pentru dvs. [208].

Evaluarea Programului de intervenție aplicat se referă la stabilirea eficienței acestuia. În acest scop am colectat mai multe date cu privire la deciziile luate pe parcursul întregului program, referitoare la: **1. reacția participanților** față de conținutul Programului de intervenție, părerea lor despre modul de structurare al programului, conținutul acestuia și metodele utilizate; **2. învățarea** - se referă la achizițiile de pe parcursul Programului de intervenție, dar nu la măsura în care mamele reușesc să transfere informația în mediul activității concrete, ci doar la cea în care respectivele au înțeles și reținut materialul prezentat; **3. comportamentul** - orice modificare în termeni de comportament și performanță, determinată de Programul de intervenție; tehnicile utilizate în această etapă au scopul de a măsura eficiența instruirii din perspectiva aplicării conținutului învățat în mediul concret; **4. rezultatele** - efectele pozitive și cuantificabile pe care le

determină îmbunătățirea nivelului de cunoștințe, comportamentului și reacțiilor participanților asupra mediului în care acționează.

În timp ce **vizionăm un film** ne-a interesat răspunsul la următoarele întrebări, prezentate în tabelul 3.9.

**Tabelul 3.9. Întrebări adresate grupului în urma vizionării filmului**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Cât de mult va plăcut filmul?</i></li> <li>- <i>Ce v-a plăcut mai exact, ce v-a atras atenția?</i></li> <li>- <i>Care este intriga filmului, succesiunea evenimentelor, personajele?</i></li> <li>- <i>Care este portretul psihologic al fiecărui erou: trăsături de personalitate, principii morale, trăsături de caracter, comportamente, istoria vieții etc.?</i></li> <li>- <i>Care este relația dintre personaje, istoria și caracteristicile lor?</i></li> <li>- <i>Ați văzut situații și relații similare în viața Dvs?</i></li> <li>- <i>Care dintre personaje vă plac / nu vă plac și de ce? Cu cine simpatizezi și de ce?</i></li> <li>- <i>Cu cine ai vrea să semeni?</i></li> <li>- <i>Care este stilul de comunicare al personajelor din film? Cum își rezolvă problemele?</i></li> <li>- <i>Ce aș schimba în situație și cum aș acționa în locul eroului / eroilor? Ce trebuie făcut pentru asta? Ce aș lua pentru mine ca model? Ce cred că este corect sau greșit?</i></li> <li>- <i>În opinia dvs, cine are dreptate, cine greșește, cine este vinovat și de ce?</i></li> <li>- <i>Ce s-ar întâmpla dacă acest erou sau acel erou ar acționa diferit?</i></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ce emoții a evocat filmul? Ce v-a făcut să râdeți, să fiți fericit, supărat, iritat, supărat, jignit, speriat, îndepărtat etc.?</i></li> <li>- <i>Despre ce este acest film? Care este principala problemă/conflict?</i></li> <li>- <i>De ce i se dă filmului acest nume? Cum dezvăluie titlul semnificația filmului?</i></li> <li>- <i>Ce mijloace expresive sunt folosite în film?</i></li> <li>- <i>Cum s-ar fi dezvoltat evenimentele dacă regizorul ar fi eliminat al doilea episod al filmului?</i></li> <li>- <i>Ce probleme psihologice, morale, filosofice sunt atinse în film? Care v-au entuziasmat în momentul prezent sau îngrijorat în trecut?</i></li> <li>- <i>Cum rezonază acest film cu viața mea? Ce lecții am învățat pentru mine și ce concluzii am tras?</i></li> <li>- <i>Ce filme/opere acoperă aspecte similare?</i></li> <li>- <i>Cum ar reacționa unul dintre cunoscuții mei (prieten, prietenă, mamă, tată, soție, soț, copil etc.) la film și de ce? Pe cine aș recomanda să vizioneze acest film și de ce?</i></li> <li>- <i>Ce scene aș urmări a doua oară?</i></li> <li>- <i>A dat filmul ceva nou pentru mine, necunoscut până acum? Am făcut vreo descoperire pentru mine?</i></li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Responsabilitatea pentru activitatea de intervenție implică dificultăți și eforturi susținute. Astfel, devin esențiale abilitățile și experiența moderatorului de a alege și aplica metodele cele mai eficiente, urmând ca, după implementarea soluției propuse, fie să o accepte dacă se constată a fi eficientă, fie, dacă este necesar, să se modifice planul, astfel încât să permită atingerea scopului și a obiectivelor propuse.

Dezvoltarea la mamele copiilor cu AN a propriilor strategii de coping în vederea gestionării stresului este esențială, iar programul de intervenție bazat pe dezvoltarea resurselor de coping are rolul de a antrena, sensibiliza, de a configura seturi atitudinale pozitive, reușind să activeze procese de reflecție; scopul final al schimbării atitudinii și comportamentului mamelor prin gestionarea eficientă a stresului.

Există mai multe niveluri diferite de analiză a filmului. Cea mai simplă și mai familiară este scufundarea într-o metaforă, o experiență estetică comună cu interpretarea ulterioară a complotului. Cea mai complexă implică lucrul cu simboluri care sunt semnificative pentru

participanți și posibilele lor semnificații. Aici principalul mecanism de percepție a materialului filmului - **proiecția** - devine principala zonă de concentrare a atenției în analiza analitică. Pentru a identifica proiecții semnificative, se utilizează o discuție spontană, în care participanții trec de la conținutul filmului la o discuție despre relația lor personală cu intriga sa, scene individuale, actorie, simboluri semnificative. Liderul grupului îi ajută pe participanți să se concentreze asupra imaginilor și simbolurilor filmului, conducându-i la auto-interpretarea complotului și la răspunsuri la întrebări de actualitate care s-au născut în procesul de vizionare și discuție.

Ședințele GMT reprezintă întâlniri cu scopul descoperirii de sine, discuția fiind concentrată pe viziunile mamelor asupra lumii, principiile vieții, valorile și pozițiile. Într-o astfel de discuție, participantul își asumă dreptul de a fi coautor al filmului. Filmul devine o parte a vieții sale, conținutul este pe deplin însușit sau corectat parțial cu ajutorul imaginației active, ceea ce duce la o regândire filosofică a realității și a locului său în ea, proces prezentat în tabelul 3.10.

**Tabelul 3.10. Sinteza ședințelor GMT [204].**

| <b>Scopul sesiunii</b>                       | <b>Satisfacție estetică</b>                                                                                                                                                                                  | <b>Câștigarea de noi experiențe trăind direct</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Cunoașterea de sine</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><i>Zona de atenție</i></b>                | Principiul plăcerii. Cunoaștere.                                                                                                                                                                             | Alegerea pe rol a participantului; scenarii de viață și strategii                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Perspectiva și atitudinile lumii                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b><i>Rolul principal al participant</i></b> | Observator                                                                                                                                                                                                   | Participant activ la evenimente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Coautor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b><i>Rezultat</i></b>                       | Reducerea tensiunilor prin împlinirea iluzorie a dorințelor                                                                                                                                                  | Obținerea unei noi experiențe (formare) și conștientizarea posibilității de alegere independentă. Schimbarea comportamentului.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Conștientizare, corectarea setărilor, regândirea filosofică a realității și locul tău în ea                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b><i>Posibile întrebări de discuție</i></b> | Împărtășiți impresiile dvs. despre film.<br>Ce ți s-a întâmplat în momentul vizionării? Ce sentimente trăiești acum?<br>Ce asociații vin cu filmul?<br>Ce nou ai învățat despre lume, oameni și despre tine? | – <i>Dacă ai avea ocazia să devii un participant activ la film, ce rol ai juca? (din altele existente sau fictive)</i><br>– <i>Ce înseamnă alegerea acestui rol pentru tine? Care este ideea cheie din spatele acestei alegeri în viața ta?</i><br>– <i>Dar viața? În ce măsură alegerea făcută acum corespunde strategiilor deliberate care te ghidează în viața reală? Cât de eficient crezi că este alegerea ta pentru tine? Vrei să schimbi ceva?</i> | – <i>Despre ce a fost acest film pentru tine?</i><br>– <i>Ce simbol ai găsit cel mai semnificativ? În numele personajului pe care l-ai ales, faceți un anunț de scurt metraj („Despre ce a fost filmul?”)</i><br>– <i>Dacă ai fi regizor, ce ai schimba în prezentarea ideii principale a filmului?</i><br>– <i>Dacă ai fi scenarist, la ce continuare a scenariului v-ați gândi?</i> |

Nivelul de analiză al filmului depinde de scopul sesiunii de filmo-terapie. De exemplu, dacă scopul unei întâlniri de grup este de a crea o atmosferă de încredere și sprijin, atunci una

dintre sarcini va fi obținerea satisfacției estetice atunci când acționăm împreună (vizionarea unui film și discuția). În acest caz, zona de atenție la momentul discuției de grup va fi plăcerea primită de participanți. Rolul principal oferit participantului este „observatorul”. Rezultatul vizionării și al discuției va fi o scădere a tensiunilor interne prin împlinirea iluzorie a dorințelor. Dacă scopul întâlnirii este de a dobândi o nouă experiență prin viața directă, atunci zona de atenție din momentul discuției va fi în domeniul preferințelor de rol și al alegerilor persoanelor private, analiza scenariilor de viață și a strategiilor. Apoi rolul principal oferit participantului la sesiunea de filmo-terapie va fi „*participantul activ la evenimente*”, ceea ce, ca urmare, cu ajutorul jocurilor de rol și al exercițiilor, îl va determina să-și schimbe comportamentul în realitate viață.

În general, este necesar să menționăm despre *beneficiile utilizării filmului în procesul de dezvoltare personală, consiliere și terapie de grup*. Este mai ușor să antrenezi un client în a viziona un film decât în a citi o carte, întrucât subiectului îi este mai ușor să se concentreze și nu necesită competențe lingvistice, ceea ce înseamnă că inclusiv orice categorie de clienți pot beneficia de această tehnică.

La fel, filmul poate fi folosit în momentele în care: un element din cazul clientului său e similar cu povestea unui anumit film; are nevoie de un catalizator pentru a aduce în discuție un anumit subiect; când acesta se simte blocat sau când se dovedește dificilă construirea relației terapeutice. Atât opiniile terapeuților care au folosit filmul în practica lor și care au afirmat că filmul le oferă un important cadru de referință în activitatea profesională, cât și opinia beneficiarilor, care au relatat povești de transformare lăuntrică prilejuite de participarea la grupurile de cinema-terapie, insistă în direcția integrării acestuia în spațiul terapeutic. De aceea promovăm utilizarea filmelor din motivul că: instruiesc, diversifică intervenția terapeutică, angrenează modalități diferite de învățare, oferind șansa de a descoperi noi valențe ale propriului sine. Filmele nu numai că oferă o viziune diferită asupra lucrurilor, ajutând oamenii să vadă o anumită problemă dintr-o perspectivă exterioară, să privească lucrurile obiectiv, stimulând introspecția și insight-ul, dar se armonizează experiența și emoțiile, în detrimentul faptelor.

În ședințele de GMT putem identifica următoarele beneficii ale utilizării filmelor:

- **Eficiență, rapiditate.** O problemă poate fi sugerată prin prezentarea unei scene, secvențe de film, ceea ce face ca *participarea emoțională* a membrilor grupului să fie foarte mare, comparativ cu prezentarea unei istorii personale la care ceilalți membri ai grupului nu au asistat.
- **Medierea dezvoltării.** În situația în care anumiți membri ai grupului nu doresc să se dezvăluie complet sau să ofere grupului anumite detalii foarte intime și totuși vor să abordeze o anumită problemă cu care se confruntă, pot face o destăinuire, însă mediată de film. Cu toate că acesta nu se dezvăluie pe sine în mod direct, multitudinea interpretărilor oferite de



ceilalți membri ai grupului și maniera în care aceștia privesc scena respectivă îl fac pe cel care se confruntă cu problema abordată să descopere alte căi de raportare la aceasta sau chiar să găsească o rezolvare utilă pentru dificultățile lui reale.

- **Consilierea prin scene de film respectă clientul.** Cum foarte mulți dintre cei care vin la consiliere sau terapie se așteaptă la sfaturi din partea specialistului, referirea la scene sau secvențe de film poate constitui o formă de „a oferi sugestii”, însă într-o manieră non-directivă și eliberată de subiectivitatea terapeutului, lăsându-i libertatea clientului de a descoperi singur legătura dintre film și sine însuși.
- **Replicile de film ca proverbe contemporane.** Replici celebre din anumite filme pot avea un impact asupra clientului la nivel emoțional sau cognitiv. Aceste replici pot media nevoia de clarificare sau de decizie a clientului într-o situație anume sau pot constitui, precizează autorul, ca în situația de mai sus, o modalitate indirectă de „a da sfaturi”, respectând persoana.
- **Filmul ca reportaj emoțional despre actualitate.** Cum filmele ne aduc în contact cu problemele și fenomenele actuale, este esențial ca, în calitate de specialiști ai asistării umane, să le urmărim, pentru a-i putea înțelege mai bine pe cei cu care lucrăm.
- **Impactul emoțional al filmelor: retrăirea deciziilor importante ale vieții.** Filmele creionează foarte bine anumite momente semnificative din viața noastră. Ne putem regăsi astfel în filme și, pe de altă parte, găsim în ele experiențe utile și cu caracter formativ.
- **Evenimentele neplanificate.** Filmele portretizează foarte bine răsturnări neașteptate de situație, din care studenții pot învăța importanța faptului de a fi pregătit, adaptabil și de a putea face față oricărei situații inopinate, prin dobândirea unor cunoștințe utile și a unor strategii adecvate de coping.
- **Filmul ca antrenament al reacțiilor emoționale la noi scenarii.** Viața este adesea similară unui scenariu despre care știm că poate lua direcții nebănuite. Prin contactul cu filmele, suntem mai avizați cu privire la cursul evenimentelor din viața socială, dar totodată devenim mai abili în a ne dezvolta în mod creativ propriile scenarii existențiale [45, pp.95-97].

Mai mulți autori [G. Lampropoulos, N. Kazantzis, F. Deane] afirmă că utilizarea filmelor în terapia de grup ajută clienții să își înțeleagă și să își accepte mai bine condiția, facilitează ameliorarea stărilor emoționale negative, sprijină colectarea de informații, conștientizarea problemelor și pregătirea pentru acțiune. Filmele oferă adesea modele și strategii de reușită, de surmontare a diferitelor obstacole și bariere sociale sau autoimpuse, pe care clientul le poate asimila și exersa ulterior.

În consonanță cu autorii care au subliniat meritele filmelor în procesul de creștere personală și interpersonală, sintetizăm modalitățile prin care **filmul utilizat în GMT** participă la starea de bine individuală și colectivă, aducând câteva completări: ajută clientul să abordeze o

problematică dureroasă; stimulează producerea insight-urilor; filmul funcționează ca ecran de proiecție în care mă descopăr pe mine, cu nevoile, blocajele și resursele mele; pot descoperi noi modalități de abordare a vicisitudinilor cu care mă confrunt sau de depășire a limitelor pe care mi le autoimpun; întâlnirea cu filmul facilitează propria descoperire; sprijină construirea unui climat de grup favorabil deschiderii reciproce; ne face mai empatici la problemele altora și la felul în care aceștia sunt construiți; contactul cu evenimentele prezentate în film susține creșterea nivelului de creativitate, care ne asigură adaptarea la lumea în care trăim; ajută clienții să se înțeleagă mai bine pe sine, să-și conștientizeze punctele forte și punctele slabe, pentru a realiza o eficientă promovare de sine; ajută clientul să își accepte și să își exprime trăirile personale, subiective; ajută clientul să accepte părerile și opiniile altora și să facă dovada unei ascultări pozitive; ajută clienții să-i înțeleagă mai bine pe ceilalți; contribuie la acceptarea de sine și la îmbunătățirea stimei de sine; ajută clientul să-și conștientizeze resursele, competențele și calitățile și să și le exprime față de sine și ceilalți; ajută clientul să ofere și să primească feedback și să comunice asertiv; facilitează ameliorarea stărilor emoționale negative (depresie, anxietate, stres) și transformarea lăuntrică pozitivă; ajută clientul să descopere modalități creative de a-și evalua erorile sau eșecurile personale; contribuie la corectarea anumitor comportamente inadecvate, care pot aduce prejudicii integrității morale și psihologice atât a beneficiarului procesului cinematerapeutic, cât și a celor de lângă el; sprijină clientul în a se putea promova pe sine, fără a-și crește disproporționat stima de sine; pot oferi modele de succes în plan personal și strategii de reușită în plan socio-profesional; pot oferi tipare flexibile și adaptabile ce pot fi aplicate în surmontarea diferitelor obstacole și bariere, pe care clientul le poate „împrumuta”, asimila și exersa ulterior în viața sa privată; ajută la descoperirea sau reafirmarea valorilor personale și la recunoașterea și asimilarea valorilor social acceptate [ibidem].

În sinteză, efectele cinematerapiei se resimt în diferite arii ale existenței personalității umane: în relația cu propriul Eu, cu propria persoană, în relația de cuplu-familie sau în relația cu grupul de prieteni, dar și în relațiile socio-profesionale. Cinematerapia poate avea un rol dezanxietant în viața individului supus de cele mai multe ori unui nivel de stres și anxietate ridicat. Doar vizionarea filmelor în sine nu rezolvă problemele psihologice ale indivizilor și că este necesar ca acestea să fie integrate într-un cadru specializat, filmul fiind un auxiliar în procesul terapeutic. Parcurgând calea conștientizării, integrării și a acțiunii simbolice, subiectul devine mai conștient de realitatea sa internă, pe care, acum, cunoscând-o, o poate ajusta astfel încât să se simtă confortabil cu sine”. Astfel, are loc **auto-explorarea (analiza) ghidată terapeutic în scop de conștientizare** a trăirilor, percepțiilor, reprezentărilor, gândurilor și acțiunilor spontane și mai cu seamă a conexiunilor între acestea și alte experiențe semnificative din inconștientul personal, familial sau colectiv.

*În concluzie*, constatările privind schimbările ce s-au produs în urma participării mamelor copiilor cu AN la experimentul formativ au vizat stabilirea unor caracteristici comune pentru majoritatea mamelor în gestionarea nivelului de stres și anume: tendința de a conștientiza și analiza rațional situația stresantă, de a înțelege cauzele stresului, de a-și evalua propriile resurse și strategii de răspuns la această situație. În scopul depășirii situației stresante create, mamele au început să utilizeze mai multe strategii, precum: reinterpretarea pozitivă și acceptarea situației; focusarea pe problemă în scopul identificării soluțiilor de depășire; identificarea și apelarea unor persoane, rețele sociale pentru a primi suport social și emoțional. De asemenea, au fost stabilite și particularități specifice pentru unele mame/grupuri de mame ale copiilor cu AN în gestionarea nivelului de stres. Astfel, am observat că pentru mamele din mediul rural este caracteristică punerea accentului în procesul de evaluare și mobilizare a resurselor potențiale pentru depășirea stresului pe implicarea în activități cotidiene, precum gătitul la bucatărie, menajul, grădinaritul, creșterea și îngrijirea animalelor, care reduc considerabil tensiunea neuropsihică cauzată de stres. Pentru unele mame din aceeași categorie orientarea spre religie s-a dovedit a fi strategia cea mai eficientă de a face față situațiilor stresante. Pentru mai multe mame din mediul urban căutarea unor grupuri/asociații de părinți în scopul obținerii unui suport socio-emoțional, dar și a unei gestionări mai bune a situației create s-a dovedit a fi cea mai frecvent utilizată, dar și apreciată, strategie de depășire a situației stresante. În cadrul ședințelor de GMT realizate aceste strategii au fost valorizate și fortificate. O resursă internă valoroasă a constituit-o auto-eficacitatea, creșterea căreia a avut loc prin raportările repetate ale mamelor la realizările personale anterioare. În acest sens, acestea au fost sprijinite în a-și identifica și valoriza propriile resurse în felul lor de a fi, de a interacționa cu copilul. Cu cât o mamă devenea mai încrezătoare în propriile capacități, cu atât mai multe schimbări pozitive se produceau în propria imagine despre sine ca mamă a unui copil cu dizabilități, facilitând astfel procesul de acceptare a situației personale. Pe termen lung, aceste schimbări au fost în stare să modifice în bine și calitatea interacțiunilor mamelor cu copiii, după cum am putut remarca din relatările mamelor în cadrul participării la experimentul de control.

### **3.3. Rolul strategiei GMT în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii**

În urma implementării strategiei GMT în lucrul cu mamele copiilor cu AN în vederea gestionării stresului cauzat de apariția copilului cu dizabilități, a fost validată eficiența acesteia în cadrul experimentului de control. Pentru verificarea eficienței programului formativ aplicat au fost promovate probele psihologice din cadrul experimentului de constatare în cazul mamelor din ambele grupuri: experimental și de control.

Validarea s-a produs prin:

1. *compararea intragrupală a datelor*, între situația inițială (Test) și cea finală (Retest) în interiorul fiecărui grup, pentru a ilustra evoluția nivelului de tensiune neuropsihică și stres, a utilizării mecanismelor de coping în gestionarea nivelului de stres;
2. *compararea intergrupală a datelor*, între grupul experimental și cel de control, cu scopul de a demonstra existența diferenței dintre gestionarea nivelului de stres de către mamele copiilor cu AN, ca urmare a intervenției psihologice aplicate.

La compararea intragrupală a datelor am examinat rezultatele obținute la determinarea nivelului de tensiune neuropsihică și stres ale celor 12 respondenți din grupul experimental și apoi din cel de control. Analizând rezultatele obținute în cadrul testării și retestării de către subiecții grupului experimental, putem observa că scorurile obținute la retestare sunt mai mici în raport cu cele înregistrate la testare.

**Tabelul 3.11. Diferențele obținute la compararea rezultatelor testării și retestării în cercetarea nivelului de stres și a tensiunii neuropsihice în grupul experimental (rezultate brute)**

|                      | Stres rezultate<br>Pre-testare | Stres rezultate<br>Re-testare | Tensiune neuropsihică<br>Pre-testare | Tensiune neuropsihică<br>Re-testare |
|----------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1                    | 146                            | 108                           | 58                                   | 41                                  |
| 2                    | 123                            | 97                            | 57                                   | 42                                  |
| 3                    | 128                            | 110                           | 68                                   | 41                                  |
| 4                    | 128                            | 116                           | 52                                   | 43                                  |
| 5                    | 179                            | 106                           | 59                                   | 38                                  |
| 6                    | 130                            | 108                           | 64                                   | 37                                  |
| 7                    | 177                            | 100                           | 71                                   | 42                                  |
| 8                    | 166                            | 100                           | 66                                   | 38                                  |
| 9                    | 132                            | 109                           | 61                                   | 49                                  |
| 10                   | 133                            | 98                            | 51                                   | 43                                  |
| 11                   | 116                            | 103                           | 49                                   | 38                                  |
| 12                   | 158                            | 121                           | 77                                   | 41                                  |
| <b>Valoare medie</b> | <b>143</b>                     | <b>106,3</b>                  | <b>61,1</b>                          | <b>41,1</b>                         |

**Testul statistic Wilcoxon**, pentru determinarea diferențelor semnificative pentru eșantioanele omogene ne arată diferențe statistic semnificative în cazul variabilei nivelul de stres unde **Z = - 2, 953, p = 0,003**, și pentru variabila tensiune neuropsihică **Z = - 3, 105, p = 0,002**.

Obținând rezultatele statistic semnificative prin aplicarea indicatorilor statistici non-parametrici este mai dificil să evidențiem omogenitatea grupurilor, însă, rezultatele nesemnificative statistic ale **Levene-Test** permite să menționăm omogenitatea loturile de cercetare (vezi Anexa 7).

În Anexa nr. 7 sunt prezentate rezultatele demersului experimental de control în baza a trei tabele:

- Tabelul A. Compararea mediilor pentru mecanismele de coping în grupul de control (Chestionarul COPE)
- Tabelul B. Compararea mediilor pentru ambele grupuri experimentale, obținute la variabila stres
- Tabelul C. Compararea mediilor pentru ambele grupuri experimentale, obținute la variabila tensiune neuropsihică

Iar corelațiile comparative la etapele Pre și Posttestare a nivelului de stres și a tensiunii neuropsihice în cadrul grupului experimental (Testul PSM-25 și Testul de măsurare a nivelului tensiunii neuropsihice (după T.A. Немчин )) sunt prezentate în tabelul 3.12.

**Tabelul 3.12. Corelații comparative la etapele Pre și Posttestare a nivelului de stres și a tensiunii neuropsihice în cadrul grupului experimental**  
**(Testul PSM-25 și Testul de măsurare a nivelului tensiunii neuropsihice**  
**(după T.A. Немчин))**

|                        | <b>Stres</b><br><b>Retest - Test</b> | <b>Tensiune neuropsihică</b><br><b>Retest - Test</b> |
|------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Z                      | 83                                   | 85,500                                               |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | 0,001                                | 0,001                                                |

a Based on negative ranks.

b Based on positive ranks.

c Wilcoxon Signed Ranks Test

Dinamica schimbării indicilor pentru nivelul de tensiune neuropsihică și stres înregistrate în acest grup demonstrează tendința de scădere progresivă a acestuia în condiții experimentale. Aceste constatări denotă faptul că activitățile efectuate în cadrul demersului experimental formativ au avut efect de minimalizare a nivelului de stres și tensiune neuropsihică în rândul mamelor ce educă copii cu AN, acestea fiind trăsăturile cercetate. Rezultatele statistice sunt reflectate în anexa nr. 8.

Compararea intragrupală a datelor obținute în etapa experimentului de constatare și la etapa finală a experimentului formativ de către subiecții grupului de control nu a determinat diferențe semnificative statistic a mediilor înregistrate pentru nivelul de tensiune neuropsihică și stres (Anexa 8). Aceste rezultate obținute demonstrează că strategia GMT aplicată în cadrul grupului experimental în scopul gestionării stresului a avut efectul scontat.

În continuare vom analiza indicii obținuți de către grupul experimental și cel de control în cadrul aplicării Chestionarului COPE. Din datele prezentate în tabelul de mai jos reies

diferențele semnificative la etapa retestare în raport cu scorurile obținute la Test de către grupul experimental.

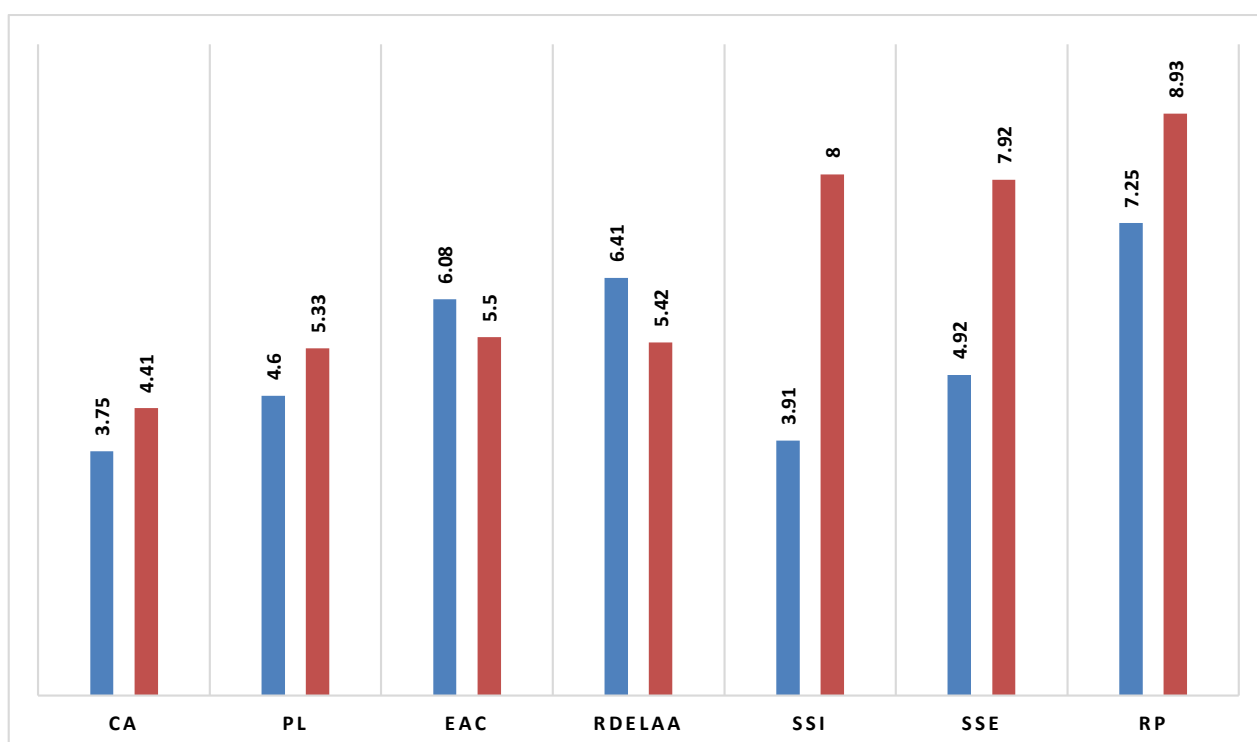
**Tabelul 3.13. Diferențe semnificative la etapa Retest în raport cu scorurile obținute la Test**

|                           | CA<br>retest -<br>test | PL<br>retest – test | EAC<br>retest -<br>test | RdelaA<br>retest – test | SSI<br>retest -<br>test | SSE<br>retest -<br>test | RP<br>retest -<br>test |
|---------------------------|------------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| Z                         | -2.121(a)              | -2.558(a)           | -2.630(a)               | -2.953(a)               | -3.108(a)               | -2.971(a)               | -3.078(a)              |
| Asymp. Sig.<br>(2-tailed) | 0,034                  | 0,011               | 0,009                   | 0,003                   | 0,002                   | 0,003                   | 0,002                  |

a Based on positive ranks.

b Wilcoxon Signed Ranks Test

Din tabelul diferențelor semnificative, determinate cu ajutorul **testului Wilcoxon**, putem observa că în cazul caracteristicilor cercetate cu ajutorul metodei psihometrice COPE și prezentate în tabelul de mai sus sunt obținute diferențe statistic semnificative: pentru CA (coping activ)  $Z = -2,121$ ,  $p = 0,034$ , pentru PL (planificare)  $Z = -2,558$ ,  $p = 0,011$ , pentru EAC (eliminarea activităților curente)  $Z = -2,630$ ,  $p = 0,009$ , pentru RdelaA (reținerea de la acțiune)  $Z = -2,953$ ,  $p = 0,003$ , pentru SSI (suport social instrumental)  $Z = -3,108$ ,  $p = 0,002$ , pentru SSE (suport social emoțional)  $Z = -2,971$ ,  $p = 0,003$ , pentru RP (reinterpretarea pozitivă)  $Z = -3,078$ ,  $p = 0,002$ .



**Fig. 3.4. Rezultate medii pentru manifestarea mecanismelor de coping la etapele Test-Retest (I)**

Analizând rezultatele medii obținute la scalele ce reflectă mecanismele de coping abordate de mamele care educă copii cu dizabilități, putem observa că reprezentarea grafică este diferită de la etapa de pretastare la etapa de retestare. Urmărim o creștere a mediilor la scalele ce reflectă mecanismele de *Coping activ* și *Planificare*, mediile aritmetice fiind respectiv  $M=3,75$  și  $M=4,41$  și  $M=4,6$  și  $M=5,33$ . De menționat că valorile medii pentru mecanismul de planificare și în etapa de constatare au fost mai înalte la mamele copiilor cu AN comparativ cu mamele copiilor cu dezvoltare tipică. Acest fapt demonstrează puterea mamelor copiilor cu dizabilități de a se mobiliza și a-și structura acțiunile în vederea depășirii obstacolelor (stresorului) generate de dizabilitatea copilului. În urma intervenției bine planificate a fost posibilă dezvoltarea în continuare a acestei strategii.

Putem observa o creștere semnificativă, care este una de-a dreptul spectaculoasă, a mecanismelor ce reflectă **suportul social atât emoțional (SSE)** cât și **instrumental (SSI)**, unde rezultatele medii sunt  $M=3,91$  și  $M=4,92$  pentru etapa Testare și  $M=8$  și  $M=7,92$  pentru etapa de retestare. La fel ca și în cazul strategiei de planificare, căutarea suportului socio-emoțional a fost determinată în cadrul demersului experimental constatativ ca fiind una frecvent utilizată de către mamele copiilor cu AN. În cadrul experimentului formativ identificarea și gestionarea emoțiilor a constituit o componentă importantă a strategiei de intervenție, ceea ce a permis inclusiv creșterea abilității mamelor de a detecta emoțiile resimțite în raport cu situația stresantă pe care o trăiesc, de a le valida pozitiv, de a le exprima, de a le stăpâni.

Ca o ilustrare a datelor statistice prezentate mai sus expunem câteva secvențe surprinse din discuțiile din cadrul sesiunilor ghidate. „Înainte parcă mă lua un tremur atunci când vedeam că îi explic și el nu mă înțelege. Acum am înțeles că nu e de vina copilul ci eu trebuie să îi mai explic încă o dată. Poate cu mai multe exemple sau prin alte metode. De multe ori m-am prins la gândul că o să-mi ies din fire pentru că mereu spărgea vasele, dar acum am înțeles că nu trebuie să ne supărăm pe aceste situații ci mai degrabă să încercăm să vedem cum putem preîntîmpina ca astfel de situații să fie cât mai rare sau cum ne putem controla noi singure emoțiile astfel încât să nu reacționăm spontan și fără control. Foarte mult îmi ajută ca atunci când simt că îmi revine starea de furie să respir adânc și să nu răspund imediat acelei situații, iar vasele care mereu erau sparte din cauza dizabilității fiului meu, le-am schimbat cu vase de plastic. La fel, în loc să mă supăr pe situațiile în care copilul meu uită să facă ceva ce îi ceream, am elaborat împreună liste de activități, care trebuiesc făcute sau lucruri care trebuiesc luate la școală ca să nu ne trezim dimineața că am uitat ceva important”. Acesta este doar un exemplu care demonstrează faptul că multe situații de familie în care emoțiile pot fi controlate și menajate cu tehnici simple, pot da rod și pot ajuta situația prin care trece mama unui copil cu dizabilități.

Valorile înalte pentru variabila *Căutarea suportului socio-emoțional*, ca formă de coping focalizat pe emoție, demonstrează manifestarea într-o măsură expresivă de către mamele participante la programul formativ a tendinței de a solicita sprijinul rețelei sociale (familie, prieteni, colegi) în depășirea stresului, prin căutarea suportului moral, compasiunii, înțelegerii. Aceste rezultate sunt confirmate și de cotele înalte pentru o altă formă de coping, *Căutarea suportului socio-instrumental*, care este una activă și presupune tendința de a solicita sfaturi, informații, ajutor necesar în acțiunile de ameliorare a situației.

În suportul constatării date, venim cu încă un exemplu desprins din cadrul discuțiilor de grup pe care le aveau participanții la sesiunile ghidate. *„Sunt foarte fericită să fiu parte al acestui grup, pentru că până acum aveam impresia că sunt singură în fața problemei cu care mă confrunt. Copilul meu nu are dizabilitati foarte grave, dar chiar și așa am avut mari probleme să-l aduc la școală. Soțul nu mă înțelegea. Rudele s-au îndepărtat, dar de prieteni nici nu vreau să menționez. Aici simt că sunt în mediul în care trebuia să fiu demult. Orice ași spune, găsesc înțelegere, iar atunci când am o întrebare, primesc o sumedenie de răspunsuri și sfaturi practice. Este foarte bine că noi, mamele cu copii mai mici, am fost invitate împreună cu mamele care au copii un pic mai mari, de la care putem învăța și cu care ne putem sfătui. La prima vedere nu sunt situații complicate, dar dacă nu ai cu cine să te sfătuiești și cui spune păsul, ai impresia că esti doar tu singură cu problema ta și pe nimeni altul nu-l interesează. Tare mult îmi doresc continuarea acestor activități. Dacă nu vom putea să ne întâlnim pe viu, măcar să ținem legătura telefonică”*. Au fost și alte solicitări de genul acesta și ca rezultat a fost creată o platformă on-line pe care părinții se pot întâlni și discuta problemele ce țin de îngrijirea și educația copilului cu dizabilități.

Tot aici trebuie menționată și creșterea semnificativă a mediei pentru o altă variabilă, ***Descărcarea emoțională (DE)***, care, la fel, face parte din formele de coping bazate pe emoție. În figura 3.6 poate fi urmărită creșterea valorii medii de la  $M=8,08$  în perioada de Testare la  $M=10,83$  atestată în etapa de retestare. Mai ales, de subliniat că la acest mecanism de coping au fost înregistrate diferențe semnificative și la etapa experimentală de constatare. Atunci mamele copiilor cu AN au înregistrat o scădere semnificativă din punct de vedere statistic în ce privește descărcarea emoțională ca mecanism de coping, în raport cu mamele copiilor cu dezvoltare tipică.

Ca ilustrare a celor expuse mai sus venim cu un exemplu din cadrul ședințelor terapeutice ghidate. *„Dacă înainte îmi era greu să spun deschis cu ce mă confrunt și niciodată nu aduceam în discuție problemele mele și ale copilului meu, acum acest lucru îl fac mult mai ușor. Întâlnirile de grup m-au făcut să înțeleg că nu trebuie să ținem în noi nemulțumirile, frustrările sau întrebările nerăspunse. Trebuie să căutam persoane care să ne înțeleagă, care împărtășesc*



*aceleași emoții și gânduri cu noi și doar așa vom putea să ne descurcăm cu situația în care suntem pe termen lung. De multe ori când eram supărată, plângeam și chiar ridicam vocea în fața membrilor familiei mele, dar acum am înțeles că nimeni nu este vinovat de acele situații și că trebuie să luăm noi înșine controlul asupra emoțiilor noastre”.*

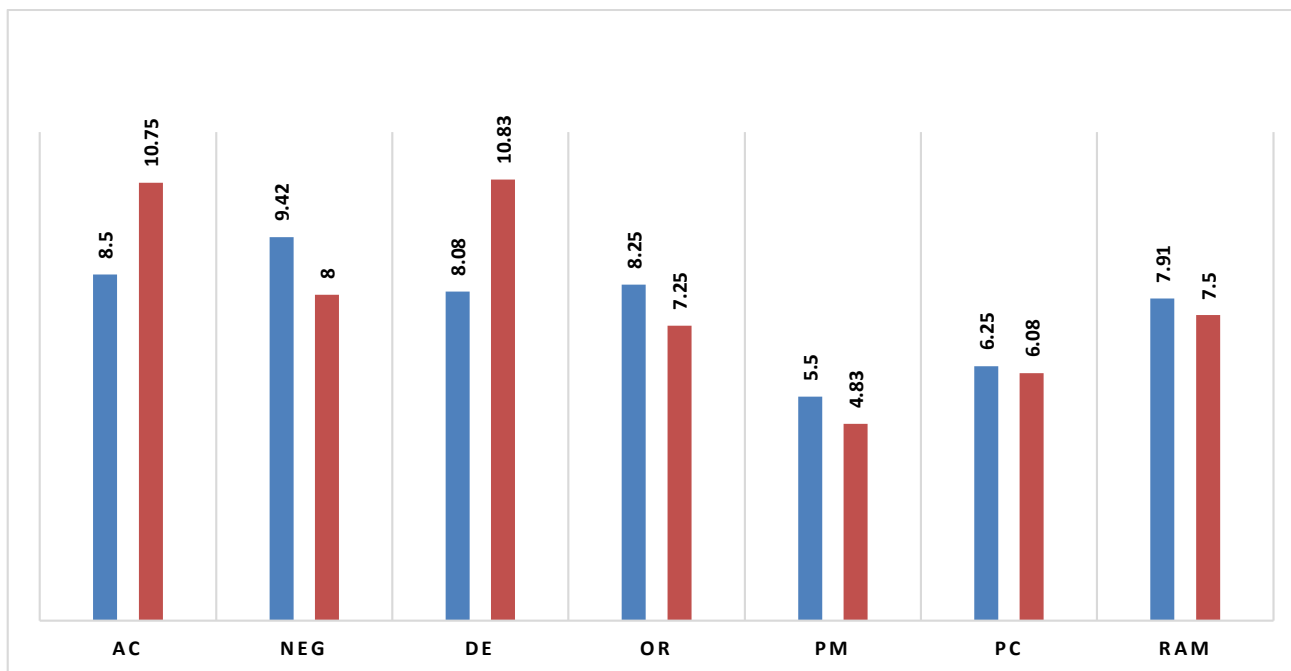
Faptele constatate ne permit să stabilim eficiența utilizării strategiei de intervenție GMT în vederea consolidării mecanismelor de coping focalizate pe emoție, dovedite a fi benefice în gestionarea nivelului de stres în rândul mamelor copiilor cu dizabilități.

Astfel, rezultatele reflectate în figura 3.4. ne permit să concluzionăm că strategia de intervenție aplicată a favorizat dezvoltarea mecanismelor eficiente pentru depășirea situației de stres cu care se confrunta mamele care educa copii cu dizabilități.

**Tabelul 3.14. Test Statistics (c) privind rezultatele comparative la etapele Pre și RE-testare în grupul experimental**

|          | AC            | NEG           | DE            | OR            | PM            | PC            | RlaAM         |
|----------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|          | retest - test | retest - test | retest - test | retest - test | retest - test | retest - test | retest - test |
| <b>Z</b> | -2.810(a)     | -2.714(a)     | -2.965(a)     | -2.845(a)     | -.987(a)      | -2.536(a)     | -2.431(b)     |
| <b>p</b> | 0,005         | 0,007         | 0,003         | 0,004         | 0,323         | 0,011         | 0,015         |

În tabelul 3.14 sunt prezentate datele statistice care permit determinarea eficienței metodei de intervenție psihologică și anume GMT. Putem observa care sunt rezultatele obținute la mecanismele de coping: sunt semnificativ diferite în etapa retest, cu excepția mecanismului de coping – **PM (pasivitate mintală)**, pentru care nu a fost evidențiată o diferență statistic semnificativă. În acest context, constatăm faptul că mamele din lotul experimental evită în continuare confruntarea cu problema privind creșterea și educația copilului cu AN. Mamele identifică tacticile de „imersie” în alte activități (lectură, somn etc.) decât cele de ameliorare/eliminare a efectelor stresorului, caracterizându-se prin lipsă de activitate, de inițiativă, de interes; renunțare la acțiune; inactivitate; resemnare, etc. Există, totuși, tendința ca aceste mame să se focuseze în alte tipuri de activități: vizionarea de filme sau spectacole, vizitarea prietenilor, practicarea sporturilor etc. În figura de mai jos putem urmări care sunt evoluțiile pentru celelalte mecanisme de coping măsurate la începutul și la finalul experimentului de formare în cadrul grupului experimental.



**Fig. 3.5. Rezultate medii pentru manifestarea mecanismelor de coping la epapele Test-Retest (II)**

În figura 3.5. sunt prezentate rezultatele medii obținute la scalele ce reprezintă mecanismele de coping la etape de testare și la etapa de retestare. Astfel, putem observa că în cazul mecanismelor de coping ce reflectă **Acceptarea** și **Descărcarea emoțională**, rezultatele medii fiind în creștere la etapa de retestare  $M=10,75$  și  $M=10,83$ , în comparație cu etapa de testare, rezultatele medii fiind  $M=8,5$  și  $M=8,08$ .

Din tabelul diferențelor semnificative, determinate cu ajutorul **testului Wilcoxon** putem observa că în cazul tuturor caracteristicilor cercetate cu ajutorul metodei COPE sunt obținute diferențe statistic semnificative: pentru AC (acceptare)  $Z = -2,810$ ,  $p = 0,005$ , pentru NEG (negativism)  $Z = -2,714$ ,  $p = 0,007$ , pentru DE (descărcare emoțională)  $Z = -2,965$ ,  $p = 0,003$ , pentru OR (orientare spre religie)  $Z = -2,845$ ,  $p = 0,004$ , pentru PC (pasivitate comportamentală)  $Z = -2,536$ ,  $p = 0,011$ , pentru RlaAM (recurgerea la alcool - medicamente)  $Z = -2,431$ ,  $p = 0,015$ .

Vom scoate în evidență datele înregistrate pentru variabila **Negare** (Neg), care a înregistrat o scădere semnificativă, de la  $M = 9,42$  la  $M = 8$ , după cum poate fi observat în fig. 3.5. Prezintă interes în acest sens și datele obținute pentru această variabilă în experimentul de constatare, unde cotele pentru Negare erau mai înalte în rândul mamei copiilor cu AN, comparativ cu mamele copiilor cu dezvoltare tipică. Aceste constatări denotă utilizarea frecventă și intensă de către mamele copiilor cu dizabilități a acelei strategii de coping în trăirea stresului continuu cauzat de existența dizabilității copilului. Faptul că media pentru variabila dată a scăzut considerabil după aplicarea strategiei de intervenție GMT în gestionarea nivelului de stres relevă

utilitatea acesteea în depășirea dificultăților, cu care se confruntă de foarte multe ori mamele copiilor cu dizabilități, mai ales în prima perioadă, odată cu anunțul diagnosticului copilului. Treptat mamele au început să renunțe la justificarea anumitor comportamente ale copiilor, care veneau să „acopere” unele dificultăți la acest capitol, să nu mai caute o multitudine de specialiști, care să infirme existența anumitor probleme de dezvoltare. Toate aceste manifestări ilustreau situația de depășire a negării stresorului, caracterizată prin gânduri de genul „nu e adevărat diagnosticul copilului”.

Merită a fi menționată și creșterea înregistrată pentru **Acceptare** și **Reinterpretare pozitivă**. Dacă pornim de la faptul că negarea, despre care s-a vorbit anterior, de cele mai dese ori, vine din incapacitatea persoanei de a accepta cele întâmplare pentru moment (această perioadă poate fi foarte diferită de la caz la caz), atunci este lesne de înțeles că recurgerea de către mame la negare poate fi diminuată doar după sporirea acceptării ca mecanism de coping în gestionarea nivelului de stres. Acceptarea vizează capacitatea persoanei fie de a accepta situația reală propriu-zisă pentru a acționa în vederea depășirii sau înlăturării obstacolelor, fie de a accepta faptul că nu se poate face nimic pentru ameliorarea situației. Drept urmare a acceptării, persoana simte nevoia de a da un nou sens situației pe care o trăiește, de a o redefini, fiind predispusă să nu o mai abordeze ca fiind atât de dramatică și având consecințe atât de nefaste. Într-un final, această schimbare ar putea duce la minimalizarea influenței stresului. În cadrul programului formativ mamele au fost ajutate să-și analizeze propria percepție asupra situației de viață și, în mod special, aspectele legate de înțelegerea dizabilității copilului. Obiectivul de bază, în acest sens, s-a conturat în jurul înțelegerii de către mame a limitelor caracteristice copilului lor, așa cum existența acestora este firească tuturor; a nevoilor lor individuale de dezvoltare, care pot și trebuie să fie satisfăcute; a abilităților (foarte important) care pot fi dezvoltate în fiecare caz.

Rezultatele înregistrate la variabila **Acceptare** de către mamele participante la programul formativ demonstrează atingerea respectivului obiectiv, care ilustrează o mai bună înțelegere a situației, în baza unei imagini adecvate, mai puțin iluzorii, a copilului și a calității sale de părinte a unui copil cu dizabilități.

Alături de indicii pentru **Acceptare**, au crescut și cei pentru **Reinterpretarea pozitivă**, după cum a fost evidențiat. De fapt, dezvoltarea formei de coping de reinterpretare pozitivă reprezintă punctul de plecare pentru alte genuri de acțiune asupra stresorului, după cum indică autorii testului COPE [25, p.108-112].

*Compararea intergrupală a datelor*, între grupul experimental și cel de control, demonstrează existența diferenței dintre gestionarea nivelului de stres de către mamele copiilor cu AN, ca urmare a intervenției psihologice aplicate ceea ce ne permite să afirmăm că GMT are

efecte majore în reducerea stresului și evaluarea optimă a mecanismelor de coping aplicate de mamele care educa copiii cu AN.

Așadar, odată cu sporirea acceptării și reinterpretării pozitive a situației stresante generate de dizabilitatea copilului în rândul mamelor din grupul de suport, au devenit tot mai manifeste tendințele acestora de a acționa. Acestea au fost exprimate în dezvoltarea unor planuri de ajutorare a copilului, în încercările de a coapta persoane care să poată sprijini aceste demersuri, în intențiile de a organiza întruniri cu alți părinți ce trec prin experiențe similare și care au depășit perioada critică și pot relata despre propriile succese.

Rezultatele testului COPE, care ne-au permis să examinăm mecanismele de coping, ne arată că scorurile subiecților obținute la retestare au pus în valoare importanța ședințelor GMT. În confirmarea celor constatate, evidențiem și lipsa unor diferențe semnificative din punct de vedere statistic în procesul de evaluare a valorilor medii obținute de către grupul de control la măsurarea scorurilor pentru mecanismele de coping utilizate (Anexa 4, tabelul 4.4.).

Realizând totalurile analizei comparative a rezultatelor inițiale și finale ale manifestării nivelului de stres, al tensiunii neuropsihice, dar și ale dezvoltării mecanismelor de coping în toate grupurile implicate în experiment, vom menționa că experimentarea GMT ca strategie de intervenție psihosocială în gestionarea nivelului de stres a generat schimbări pozitive în procesul respectiv, reușind să reducă considerabil nivelul stresului în rândul mamelor ce educă copii cu dizabilități. Analiza comparativă din cadrul experimentului de control a procesului gestionării stresului în condiții naturale și în condiții experimentale, sub influența intervențiilor psihosociale, a permis stabilirea unui nivel sporit de dezvoltare a mecanismelor de coping în cea de a doua situație, care a generat, în cele din urmă, niveluri mai scăzute de stres.

Rezultatele demersului experimental de control sunt redată în Anexa 7 (vezi Tabelul A. Compararea mediilor pentru mecanismele de coping în grupul de control (Chestionarul COPE)).

În concluzie, putem menționa că intervenția psihologică prin intermediul GMT în vederea gestionării stresului la mamele ce îngrijesc copii cu AN, permite alegerea unor mecanisme de coping mai eficiente, care sporesc conștientizarea propriilor stări psihoemoționale, controlul emoțional, acceptarea situației cu care se confruntă mama și întreaga familie, în final, reducând considerabil nivelul de stres. Rezultatele cantitative și schimbările pozitive urmărite în cadrul experimentului demonstrează veridicitatea ipotezei înaintate, conform căreia diminuarea nivelului de stres și tensiune neuropsihică la mamele care au în grijă unul sau mai mulți copii cu AN poate fi realizată prin activități bine structurate și orientate spre dezvoltarea resurselor de coping. Obiectivul stabilit este posibil de atins prin intermediul implementării acestor activități de intervenție psihosocială în strategia GMT.

### 3.4 . Concluzii la capitolul 3

Studiul experimental asupra manifestării stresului la mamele copiilor cu dizabilități, dar și studiul teoretic al problemei respective au confirmat necesitatea acordării suportului psihologic la mamele copiilor cu AN în procesul de confruntare și gestionare a stresului. Generalizând rezultatele cercetării experimentale, în scopul reducerii nivelului de stres, putem concluziona următoarele:

1. Aplicarea cadrului experimental de dezvoltare a resurselor de coping în rândul mamelor copiilor cu AN, a presupus derularea fazei de formare, cu antrenarea mamelor în cadrul ședințelor GMT.
2. Faza de control, cu validarea rezultatelor cercetării, a permis constatarea influenței pozitive a intervențiilor psihosociale realizate pe cale experimentală asupra procesului de gestionare a nivelului de stres la mamele copiilor cu AN.
3. Diminuarea nivelului de stres în rândul mamelor ce educă copii cu AN este posibilă prin influența pozitivă asupra procesului de dezvoltare a resurselor de coping (auto-eficacitatea, optimismul, reglarea emoțională, creșterea toleranței la stres, rezolvarea de probleme, adoptarea unui stil de viață sănătos). Dezvoltarea resurselor de coping nominalizate favorizează alegerea de către mamele copiilor cu AN a unor strategii eficiente de coping în condițiile de confruntare a stresului: reinterpretarea pozitivă, acceptarea situației, descărcarea emoțională, căutarea suportului socio-instrumental și socio-emoțional, planificarea acțiunilor de depășire a situațiilor stresante.
4. Aplicarea GMT s-a dovedit a fi oportună în realizarea demersului intervenției psihologice în scopul gestionării nivelului de stres la mamele ce educă copii cu AN. Recomandată în acest sens este strategia bazată pe îmbinarea activităților de consiliere parentală individuală și a activităților grupului de suport în cadrul GMT, cu utilizarea filmului ca instrument de influență psihologică.
5. S-a dovedit oportună utilizarea influenței grupului de părinți (grup terapeutic, grup de sprijin, grup de suport), ce trăiesc situații similare (mame ce educă copii cu AN), în procesul implementării strategiei de intervenție psihosocială în cadrul GMT, în vederea reducerii nivelului de stres prin dezvoltarea resurselor de coping.

## CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Investigarea obiectivelor lansate ne-au oferit o viziune plenară și integratoare a procesului de diminuare și gestionare a stresului mamelor ce au în îngrijire copii cu AN prin realizarea unui program de intervenție psihologică în cadrul GMT. Studiile teoretice și datele experimentale validate, relevă următoarele concluzii cu caracter general:

1. Creșterea și educația unui copil cu AN reprezintă un factor semnificativ ce contribuie la apariția stresului în rândul mamelor, influențând considerabil și procesul de gestionare a acestuia [53].
2. Ca fenomen psihosocial, stresul reprezintă răspunsul non-specific al organismului la exigențele mediului, manifestându-se ca reacție a unui organism a cărui stare de bine este amenințată și care nu are un răspuns imediat pentru a combate amenințarea respectivă, însă are nevoie de a realiza funcțiile de adaptare și restabilire a stării de bine [54].
3. În intenția de a face față situațiilor tensionate și stresante cu care se confruntă, mamele copiilor cu AN adoptă mecanisme de coping mai puțin eficiente, ceea ce cauzează dificultăți în gestionarea nivelului de stres. Pe lângă mecanismele de coping activ și eficient, precum planificarea, căutarea suportului socio-emoțional, la care recurg mamele copiilor cu AN, ele utilizează pe larg negarea și foarte puțin, descărcarea emoțională și acceptarea. Toate aceste caracteristici denotă faptul că manifestarea și gestionarea nivelului de stres în rândul mamelor copiilor cu AN este diferită de situația mamelor copiilor cu dezvoltare tipică [62].
4. Particularitățile psihosociale ale manifestării și gestionării nivelului de stres stabilite în rândul mamelor copiilor cu AN au constituit premisa elaborării și implementării strategiei de intervenție psihosocială în gestionarea nivelului de stres, orientată la dezvoltarea resurselor de coping și realizată în cadrul GMT. Aceasta include un program de activități realizate în complex: activități de consiliere parentală individuală, activități ale grupului de suport în cadrul GMT, cu utilizarea filmului ca instrument de influență psihologică [61].
5. Programul de intervenție psihosocială se bazează pe integrarea tehnicilor GMT, care se referă la ghidajul meditativ de tip creativ-simbolic în procesul vizionării filmului, a tehnicilor experiențiale, celor din terapia cognitiv-comportamentală și cele de relaxare. Utilizarea abordării integrative în elaborarea și implementarea programului de intervenție a făcut posibilă: determinarea problemelor ce generează apariția stresului în rândul mamelor copiilor cu AN; identificarea și dezvoltarea resurselor personale de coping, cu utilizarea acestora în soluționarea problemelor cu care se confruntă și care generează

stres; învățarea modalităților de a face față stresului, prin selectarea unor mecanisme eficiente de coping.

6. Implementarea strategiei de intervenție psihosocială în gestionarea nivelului de stres realizată în cadrul GMT a favorizat diminuarea stresului în rândul mamei ce educă copii cu AN, prin influența pozitivă asupra procesului de dezvoltare a resurselor de coping (auto-eficacitatea, optimismul, reglarea emoțională, creșterea toleranței la stres, rezolvarea de probleme, adoptarea unui stil de viață sănătos). Dezvoltarea resurselor de coping nominalizate au favorizat alegerea de către mamele copiilor cu AN a unor strategii eficiente de coping în condițiile de confruntare a stresului (reinterpretarea pozitivă, acceptarea situației, descărcarea emoțională, căutarea suportului socio-instrumental și socio-emoțional, planificarea acțiunilor de depășire a situațiilor stresante), asigurând o gestionare eficientă a situațiilor psihotraumatizante [60].

**Problema științifică importantă soluționată** vizează investigarea teoretică și validarea experimentală a rolului GMT în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu AN. Rezultatele investigației au confirmat ipoteza de cercetare, contribuind, în felul acesta, la realizarea scopului, obiectivelor cercetării precum și a valorii aplicative a acesteia.

**Valoarea aplicativă** a cercetării constă în posibilitatea utilizării rezultatelor ei în diverse domenii. Mai întâi de toate, aceste rezultate pot fi utilizate în variate domenii de cercetare, contribuind, într-o măsură considerabilă, la extinderea granițelor epistemologice ale teoriei cu referire la GMT, dar și la diversificarea strategiilor ce prevăd punerea acesteia în aplicare. Pe de altă parte, rezultatele avute în vedere pot fi aplicate și în activitatea de consiliere a familiilor, în cadrul serviciului de asistență psihopedagogică, a centrelor de recuperare, comunitare, care au ca beneficiari membrii familiilor copiilor cu dizabilități. Rezultatele investigaționale pot servi drept reper la elaborarea programelor de sprijin pentru părinții copiilor cu dizabilități, în vederea dezvoltării parentingului pozitiv prin stimularea resurselor de coping, cu urmări benefice de lungă durată asupra familiei și copiilor (prevenirea divorțului, separării și abandonării copilului). Menționăm și posibilitatea valorificării rezultatelor obținute în contextul formării inițiale și continue a specialiștilor din domeniul vizat, precum și în alte domenii aferente.

Cercetarea realizată a demonstrat că foarte multe familii în care se educă copii cu dizabilități și care se confruntă cu o multitudine de probleme ce se datorează acestei situații psihotraumatizante nu reușesc să-i facă față, în mod independent. Cele mai vulnerabile în acest sens sunt mamele copiilor cu dizabilități, care trebuie să gestioneze situațiile tensionate sub influența unui stres continuu.

**Rezultatele cercetării** și-au găsit reflectare în:

- elaborarea și publicarea a 13 articole în revistele de specialitate;

- elaborarea și publicarea a 12 de comunicări sau/și teze, discutate și aprobate în cadrul ședințelor Sectorului Asistență Psihologică în Educație al Institutul de Științe ale Educației și discutate în cadrul diverselor reuniuni științifice:
  - Pledoarie pentru educație - cheia creativității și inovării - Conferința științifică Internațională, IȘE, 1-2 noiembrie 2011;
  - Optimizarea învățământului în contextul societății bazate pe cunoaștere - Conferința Științifică Internațională, IȘE, 2 - 3 noiembrie 2012;
  - Educația pentru dezvoltare durabilă: inovație, competitivitate, eficiență - Conferința Științifică Internațională, IȘE, 18-19 octombrie 2013;
  - Promovarea valorilor sociale în contextul integrării europene - Conferința Internațională, Universitatea de Studii Europene, 4 mai 2018;
  - Inovații pedagogice în era digitală, ediția VII – a - Conferința Științifico-practică cu participare internațională, Institutul de Formare Continuă, 29 - 30 noiembrie 2019;
  - Asistența complexă a copiilor cu Cerințe Educaționale Speciale în mediul educațional incluziv - Conferința Științifică Internațională, UPSC „Ion Creangă”, 10 decembrie 2020.
- activitatea de promovare a drepturilor persoanelor cu dizabilități și a familiilor acestora, prin organizarea și desfășurarea acțiunilor de advocacy, cu implicarea mamelor ce educă copii cu dizabilități;
- dezvoltarea și implementarea programelor de suport pentru familiile copiilor cu dizabilități din cadrul Centrului „Speranța”, mun. Chișinău, precum și în cadrul activităților de informare și formare a celor ce dezvoltă și oferă servicii pentru categoria nominalizată;
- activitatea de formator a autoarei cercetării în domeniul educației incluzive, cu facilitarea activităților de formare pentru cadre didactice și manageriale din învățământul general din republică, pentru grupuri de părinți;
- elaborarea și implementarea unui program de intervenție psihosocială în gestionarea nivelului de stres, axat pe GROUP MOVIE THERAPY; crearea unei săli de terapie prin film în cadrul Centrului „Speranța”; dezvoltarea și implementarea programelor de suport pentru familiile copiilor cu dizabilități; formare pentru cadre didactice și manageriale din învățământul general din Republica Moldova cu privire la educația incluzivă.

Rezultatele investigaționale pot servi drept reper în procesul de elaborare a materialelor informative și metodologice destinate asistenței psihologice a familiei ce educă copii cu dizabilități. Pentru elucidarea mai amplă a domeniului vizat, identificăm și câteva direcții ce ar putea viza **cercetări de perspectivă**. Extinderea investigațiilor se poate referi la:



- evidențierea gradului de influență a stresului suportat de mame asupra dezvoltării personalității copilului cu dizabilități, asupra calității relației mamă-copil;
- extinderea intervențiilor formative asupra celorlalți membri ai familiei, care, la fel, se confruntă cu stresul generat de existența dizabilității la unul dintre membrii familiei și întâmpină dificultăți de gestionare a acestuia, prin includerea unor activități specifice destinate acestor membri;
- lărgirea investigațiilor asupra mamelor ce educă copii cu diverse categorii de dizabilități și evidențierea particularităților specifice de manifestare și gestionare a stresului în rândul acestora.

În scopul reducerii vulnerabilității la stres a mamelor ce educă copii cu dizabilități și asigurării nevoilor lor de asistență psihologică, propunem următoarele **recomandări practice**:

1. Responsabilizarea serviciului social „Echipa Mobilă” în vederea evaluării cât mai timpurie a particularităților psihosociale de manifestare și gestionare a stresului în rândul mamelor ce educă copii cu dizabilități, în scopul identificării și monitorizării mamelor care prezintă riscuri în acceptarea dizabilității copilului și adaptarea la situația creată;
2. Elaborarea și implementarea acțiunilor de asistență psihologică pentru sprijinirea familiilor copiilor cu dizabilități, de către Serviciul de Asistență Psihopedagogică, în vederea gestionării stresului ce apare ca urmare a situației psihotraumatizante trăite;
3. Completarea curriculei în învățământul superior (facultățile de psihologie și științe ale educației) cu demersuri aplicative, elemente de training, seminarii aplicative, cursuri universitare și formare continuă, în care vor fi abordate relevanța ședințelor GMT în gestionarea nivelului de stres mamele copiilor cu dizabilități, persoane cu dizabilități, dar și pentru alte categorii de persoane aflate în dificultate.
4. Valorificarea sălii de terapie prin film din cadrul Centrului „Speranța” și diseminarea experienței în diverse Centre sociale, Centre de zi sau comunitare în scopul dezvoltării resurselor de coping necesare pentru gestionarea optimă a stresului la mamele copiilor cu dizabilități, dar și pentru alte categorii de persoane aflate în dificultate.

## BIBLIOGRAFIE

### L. română

1. ALBU, A., ALBU, C. *Asistența psihopedagogică și medicală a copilului deficient fizic*. Iași: Polirom, 2000. 221 p. ISBN 973-683-583-9
2. ALBU, C., ALBU, A., VLAD, L.-T. *Psihomotricitatea*. Iași: Institutul European, 2006. 256 p. ISBN 973-611-406-6
3. ALBU, G. *În căutarea educației autentice*. Iași: Polirom, 2002. 199 p. ISBN 973-683-886-2
4. ANDRONACHI, N., LICHII, V. *Bazele metodologice ale psihopedagogiei speciale*. Chișinău: Lumina, 1997. 198 p. ISBN 9975-900-36-4
5. ATKINSON, R., SMITH, E., BEM, D. *Introducere în psihologie*, București: Tehnică, 2002. 1100 p. ISBN 973-311-398-0
6. BABAN, A. *Stres și personalitate*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 1998, 231 p. ISBN 973-9354-35-1
7. BARBU F., NAE D. *Familia - mediu primar de educație și integrare socială a copiilor cu dezabilități*. În: *Familia - factor existențial de promovare a valorilor etern-umane*: Materiale Conf. Șt. Intern., 15 mai 2012/coord. șt: Larisa Cuznețov, Larisa Sadovei; col. red.: Tatiana Callo [et al.]. Chișinău: CEP USM, 2012. - 423 p. ISBN 978-9975-71-325-2.
8. BĂBAN, A. *Consiliere educațională*. Cluj-Napoca: ASCR, 2011, 307 p. ISBN 978-606-8244-29-7
9. BĂRAN-PESCARU A. *Familia azi: O perspectivă sociopedagogică*. București: Aramis, 2004. 175 p.
10. BERE, C. *Măsurarea rezistenței la stres*. În: *Psihologie, Revista științifico-practică nr.1*, Chișinău: Tipografia „Reclama”, 2011, 96 p. ISSN 1857-2502
11. BÎRSAN E. *Paradigma comunicării asertive în formarea profesională a studenților pedagogi*. Teză de doctor în științe pedagogice. Specialitatea 533. 01. Pedagogie universitară. Chișinău, 2017, 177 p.
12. BODORIN, Cornelia et.al. *Educație incluzivă*. Chișinău: Cetatea de sus, 2012. 100 p. ISBN 978-9975-4367-3-1
13. BOGATY, Z. *Manual de psihologia muncii și organizațională*. Iași: Polirom, 2004, 374 p. ISBN 973-681-536-6
14. BOLBOCEANU, A.; RUSNAC, V. și al. *Asistența psihologică în educație: practici internaționale și naționale*. Monografie. Chișinău: Institutul de Științe ale Educației, 2014 (Tipogr. „Print-Caro”), 2012, 118 p. ISBN 978-9975-48-062-8
15. BONCHIȘ, E. *Familia și rolul ei în educarea copilului*. Iași: Polirom, 2011. 419 p. ISBN 978-973-46-2231-3

16. BONCU, Ș. *Psihologie socială clinică*. Iași: Polirom, 2014. 509 p. ISBN 978-973-46-4436-0
17. BOWLBY, J. *O bază de siguranță. Aplicații clinice ale teoriei atașamentului*. București: Trei, 2011. 278 p. ISBN 978-973-707-422-5
18. BRATU, L. *Drumul spre artă*. București: Meridiane, 1990. 237 p. ISBN 978-973-88947-1-6
19. BUCUN N., VASIAN, T. *Modelul psihosocial de schimbare a atitudinilor parentale față de copilul cu dizabilități*. Revista Univers Pedagogic. 2013, nr.4 (40), p. 42-50. ISSN 1811-5470
20. BUCUN, N., PALADI, O., RUSNAC, V. *Evaluarea pentru educația incluzivă a copiilor de vârstă preșcolară și școlară mică*. Chișinău: Sirius, 2013. 372 p. ISBN 978-9975-57-114-2
21. BUCUN, N., VASIAN, T. *Atitudinile parentale față de copilul cu dizabilități: cercetare experimentală comparativă*. În: Psihologie, Pedagogie specială, Asistență socială. 2013, nr. 1, p. 1-13p. 34-42. ISSN 1857-0224
22. BUCUN, N., VASIAN, T. *Relații interpersonale și atitudini ale mediului social față de copiii cu dizabilități*. În: Perspectiva psihosocială a asigurării calității educației în Republica Moldova. Chișinău: Print-Caro, 2010. p. 104-125. ISBN 978-9975-4187-3-7
23. BUJOR, L. *Reglarea emoțională. Determinanți, consecințe afective și remedii*. Iași: Institutul European, 2019. 229 p. ISBN 978-606-24-0217-4
24. CALANCEA, A. *Trainingul de dezvoltare a competențelor afective. Ghid pentru formarea practică în consilierea psihologică*. Chișinău: Tip. centrală, 2012. 272 p. ISBN 978-9975-53-096-5
25. CALANCEA, V. *Practicum la psihologia clinică*. Chișinău: Cetatea de sus, 2012. p.193. ISBN 978-9975-9730-3-8
26. CIOFU, C. *Interacțiunea părinți-copii*. București: AMALTEA, 1998. 218 p. ISBN 973-98167-9-7
27. *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății(CIF)/OMS Geneva – Organizația Mondială a Sănătății*. București: MarLink, 2004. 302 p. ISBN 92 4 154542 9
28. CORNELIUS, H., FAIRE, S. *Știința rezolvării conflictelor. Fiecare poate câștiga*. București: Editura Știință și Tehnică, 1996
29. COSMAN, D. *Psihologie medicală*. Iași: Polirom, 2010, 462 p. ISBN 978-973-46-1735-7
30. COSNIER, J. *Introducere în psihologia emoțiilor și a sentimentelor*. Iași: Polirom, 2002. 200 p. ISBN 978-973-46-0681-8
31. COZĂRESCU, M., DUMITRU, A.-C. *Pedagogie curativă*. București: Cartea Universitară, 2005. 169 p. ISBN 973-731-191-4

32. CRISTEA, D. *Tratat de psihologie socială*. București: Pro Transilvania, 2004. 470 p. ISBN 978-606-719-296-4
33. CRUMPEI, I. *Stresul traumatic secundar*. Iași: Institutul European, 2014. 225 p. ISBN 978-606-24-0053-8
34. CUCER, A. *Asistența psihologică a copiilor cu dizabilități din sistemul educațional*. Revista științifico-practică Psihologie. 2013, nr. 2, p. 39-42. ISSN 1857-2502
35. CUZNEȚOV, L. *Tratat de educație pentru familie. Pedagogia familiei*. Chișinău: CEP USM, 2008. 624 p. ISBN 978-9975-70-717
36. DAFINOIU, I. *Elemente de psihoterapie integrativă*. Iași: Polirom, 2007. 230 p. ISBN 973-683-471-9
37. DAFINOIU, I., BONCU, Ș. *Psihologie socială clinică*. Iași: Polirom, 2014. 509 p. ISBN 978-973-46-4436-0
38. DANIL, A., RACU, S., NEAGU, M. *Ghid de termeni și noțiuni. Psihopedagogie specială. Asistență socială. Terminologie medicală. Legislație și reglementări specifice*. Chișinău: Pontos, 2006. 309 p. ISBN 9975-902-54-5
39. DAVID, D. *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*. Iași: Polirom, 2017. 368 p. ISBN 973-46-0491-0
40. DEREVENCO, P., ANGHEL, I., BABAN, A. *Stresul în sănătate și boală*. Cluj-Napoca: Dacia, 1992. 243 p. ISBN 973-35-0286-3
41. *Dicționarul de pedagogie*. București: EDP, 1979, 481 p. OCLC Number: 490655891
42. *Dicționarul explicativ al limbii române*. Ed. a II-a. București: Univers Enciclopedic, 2009. 1248 p. ISBN 973-6067-04-1.
43. DORON, R., PAROT, F. *Dicționar de psihologie*. București: Humanitas, 1999. 888 p. ISBN 973-50-1164-6.
44. DUMITRACHE, S.-D. *Cinematerapia. De la evadare la ancorare în cotidian*. București: SPER, 2015. 232 p. ISBN 978-606-8429-42-7
45. DUMITRACHE, S.-D. *Cinematerapia. Filmul ca ecran de proiecție și stimul pentru „reconstrucția” umană*. În: Revista de terapii creativ-expressive și dezvoltare personală unificatoare, vol.1, nr. 1, 2014. ISBN 978-92-9168-731-2.
46. DUMITRACHE, S.-D., MITROFAN, I. *Din culisele psihoterapiei experiențiale unificatoare: studii d caz și cercetări aplicative*. București: SPER, 2012. 300 p. ISBN 978-606-8429-11-3
47. EFTIMIE, C.-G. *Art-terapia în educația în educația și recuperarea copilului*. București: Smart, 2014. 156 p. ISBN 978-606-8823-44-7

48. ENĂCHESCU, C. *Tratat de psihanaliză și psihoterapie*. Iași: Polirom. 2003, 388 p. ISBN 973-681-441-6
49. EȚCO, C. *Management în sistemul de sănătate*. Chișinău: Epigraf, 2006. 862 p. ISBN 978-9975-924-79-5
50. EȚCO, C., PUIU, I., BIVOL, Gr., et. al. *Noi abordări în determinarea dizabilității*. În: Revista Curierul Medical nr. 3 (327), 2012, p. 147-150. ISSN 1875-0666.
51. FLORU, R. *Stresul psihic*. București: Enciclopedica, 1974. 200 p. ISBN 973-656-310-315
52. FROMM, E. *Arta de a iubi*. București: Anima, 1995. 169 p. ISBN 978-606-719-544-6
53. **GAVRILIȚĂ L.** *Percepții pozitive în îngrijirea copiilor cu dizabilități*. În: Materialele Conferinței Științifice Internaționale „Optimizarea Învățământului în Contextul Societății Bazate pe Cunoaștere”, IȘE, 2-3 noiembrie 2012, Chișinău 2012, p. 377-38
54. **GAVRILIȚĂ L.** *Reforma privind sistemul de protecție socială a persoanelor cu dizabilități pornind de la o nouă abordare și evaluare a dizabilității*. În: Monitor Social, nr.12, Chișinău 2011, 63 p. ISSN 1857-408
55. **GAVRILIȚĂ, L.** *Abordarea tabloului clinic al formelor de afecțiuni neuromotorii*. În: Revista de Psihologie și Asistență socială, nr. 1, (50), 2018, p.20-36; ISSN 1857-0224
56. **GAVRILIȚĂ, L.** *Implicații ale stresului parental ca reacție în procesul de educație a copilului cu afecțiuni neuromotorii*. În: Asistența complexă a copiilor cu cerințe educaționale speciale în mediul educațional incluziv. 10 decembrie 2020, Chișinău. Chișinău, Republica Moldova: Tipografia UPS „Ion Creangă”, 2020, pp. 87-96. ISBN 978-9975-46-480-2.
57. **GAVRILIȚĂ, L.** *Procesul de reglare emoțională: precizări conceptuale*. În: Revista de Psihologie, Pedagogie specială și Asistență socială, nr. 3 (52), 2018, p.125-135; ISSN 1857-0224
58. **GAVRILIȚĂ, L.** *Relevanța grupului de suport în contextul intervenției „GROUP MOVIE THERAPY”*. În: Psihologie-revistă științifico-practică. 2018, nr. 1-2 (32), ISSN 1857-2502; ISSNE 2537-6276, Categorie B, p.51-61
59. **GAVRILIȚĂ, L.** *Semnificații istorice și interdisciplinare ale stresului*. În: Univers pedagogic revista științifică de pedagogie și psihologie, Nr.4 (56), 2017, p.59-65; ISSN 1811-5470
60. **GAVRILIȚĂ, L.** *Strategia GMT în gestionarea stresului la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii*. În: Didactica Pro..., Revistă de teorie și practică educațională. Nr. 2-3 (120-121) iunie, 2020. P. 43-48. ISSN 1810-6455

61. **GAVRILIȚĂ, L.** *Stresul la părinții copiilor cu dizabilități.* În: Materialele Conferinței Științifice Internaționale „Pledoarie pentru Educație - cheia Creativității și Inovării” dedicate aniversării a 70-a de la fondarea IȘE”, 1-2 noiembrie, Chișinău, 2011, p. 129-132
62. **GAVRILIȚĂ, L.** *Studiul comparativ de constatare privind nivelul de stres manifestat la mamele copiilor cu dizabilități a mamelor cu copii tipici.* În Materialele Conferinței științifico-practice cu participare internațională Inovații pedagogice în era digitală. Ediția VII, 29-30 martie 2019, Chișinău, p. 213-219. ISBN: 978-9975-3325-9-0;
63. **GAVRILIȚĂ, L.** *Terapia prin Film.* În: Materialele Conferinței Științifice Internaționale „Educația pentru Dezvoltare Durabilă: Inovație, Competitivitate, Eficiență”, Chișinău IȘE, 18-19 octombrie, 2013, 279-282. ISBN: 978-9975-48-056-7
64. **GAVRILIȚĂ, L.** *Valorificarea parentingului pozitiv în incluziunea socială a copiilor cu dizabilități.* În: Materialele Conferinței internaționale „Promovarea valorilor sociale în contextul integrării europene” din 4 mai 2018. Chișinău: Lira, 2018, p. 405-411. ISBN: 978-9975-3185-7-0
65. **GHEORGHE, V.** *Efectele televiziunii asupra minții umane - și despre creșterea copiilor în lumea de azi.* București: Editura Evanghелиsmos, Fundația Tradiția Românească, 2005, 195 p. ISBN: 973-7-812-07-7
66. **GHERGUȚ, A.** *Persoane cu nevoi speciale/dizabilități. Clasificări și etiologie.* În: Tratat de asistență socială. Iași: Polirom, 2011. 1340 p. 978-973-46-1436-3
67. **HAYES, N., ORRELL, S.** *Introducere în psihologie.* București: ALL EDUCATIONAL, 1977. 446 p. ISBN-13: 978-9735714338
68. **HOLDEVICI I., CRĂCIUN B.** *Psihoterapia tulburărilor emoționale.* București: Trei, 2015. 350 p. ISBN: 978-606-719-195-0
69. **HOLDEVICI, I.** *Elemente de psihoterapie.* București: ALL, 1996. 232 p. ISBN 973-571-047-1
70. **HOLDEVICI, I.** *Psihoterapia. Un tratament fără medicamente.* București: Universitară, 2010. 527 p. ISBN 978-973-749-902-8
71. **HOLDEVICI, I.** *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală.* București: Trei, 2009. 720 p. ISBN 978-973-707-260-3
72. **HOLDEVICI, I., NEACȘU, V.** *Consiliere psihologică și psihoterapie în situațiile de criză.* București: Dual Tech, 2006. 336 p. ISBN 973-85526-4-8
73. **IAMANDESCU, I.-B.** *Psihologie medicală.* București: Infomedica, 1997. 307 p. ISBN 973-96935-9-8
74. **ILUȚ, P.** *Sociopsihologia și antropologia familiei.* Iași: Polirom, 2005. 292 p. ISBN 973-46-0077

75. IONESCU, Ș. BLANCHET, A. *Tratat de psihologie clinică și psihopatologie*. București: Trei, 2009. 440 p. ISBN 978-973-7072-5-11
76. KOLLY S., RĂDULESCU C., ANGHEL M. *Manual de formare a specialistului în copilăria timpurie*. București: Humanitas, 2009. 375 p. ISBN 978-973-50-2559-5
77. LAROUSSE. *Dicționar de psihologie*. București: Univers Enciclopedic, 1998. 347 p. ISBN 973-9243-25-8
78. LEGERON, P., *Cum să te aperi de stres*. București: Trei, 2003, 344 p. ISBN: 973-8291-65-8
79. MAIER, R. *Stres, stres, stres*. Arad: Gutenberg Univers, 2011, 206 p. ISBN: 978-606-8204-37-6
80. MICLEA, M. *Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale*. Iași: Polirom, 2003. 342 p. ISBN 973-683-248-1
81. MITROFAN I. *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*. Iași: Polirom, 2003. 475 p. ISBN 973-681-440-8
82. MITROFAN, I. *Psihoterapia experiențială*. București: Infomedica, 1999. 360 p. ISBN 973-9394-20-5
83. MITROFAN, I., BUZDUCEA, D. *Consiliere și terapia centrată pe traumă*. București: SPER, 2011. 204 p. ISBN 978-9738383814
84. MITROFAN, I., NUȚA, A. *Consiliere psihologică. Cine, ce, cum?* București: SPER, 2009. 156 p. ISBN: 973-8383-30-7
85. MUNTEAN A., GURZA A.-M. *De ce are nevoie copilul de un atașament securizant?* În: Revista de Psihologie, vol. 62, nr. 4, p. 337-352, București, octombrie - decembrie 2016. ISSN 2344-4665
86. MUNTEAN, A. *Psihologia dezvoltării umane*. Iași: Polirom, 2006. 458 p. ISBN 973-46-0095-8
87. PASCAREL, I., IASTREMSCHI V., PROHIN, A. *Dicționar englez-român/român-englez*. Chișinău: Pontos, 2008. 736 p. ISBN 978-9975-51-429-3
88. PÂNIȘOARĂ, G. *Psihologia copilului modern*. Iași: Editura Polirom, 2011, 219 p. ISBN 978-973-46-2126-2
89. PETRUȚ-BARBU, G. *Copilul și motricitatea*. Pitești: Nomina, 2012. 224 p. ISBN 978-606-5354-197
90. POPESCU G.-F., OMER I. *Stresul și dimensiunile de personalitate*. În: Revista de Psihologie, vol. 57, nr. 1, București, ianuarie - martie 2011, 118 p. ISSN 0034-8759
91. POPESCU R. *Atașament versus abandon*. București: Tritonic, 2017. 200 p. ISBN 978-606-749-226-2

92. POPESCU-NEVEANU, P. *Dicționar de psihologie*. București: Albatros, 1978. 784 p. ISBN 973-30-1246-7
93. POPOVICI, V.-D. *Elemente de psihopedagogia integrării*. București: Pro Humanitate, 1999. 131 p. ISBN 973-99024-2-1
94. PREDA, R.-V. *Factori stresanți și strategii de coping la elevii de liceu*. Cluj-Napoca: Argonaut, 2018. 141 p. ISBN 978-973-109-788-6
95. PUIU, I. *Copilul cu dizabilități. Aspecte de dezvoltare și comportament*. Chișinău: Centrul Editorial „Medicina”, 2004. 280 p. ISBN 9975-918-36-0
96. RACU A. *Strategii tradiționale și moderne în psihopedagogia școlii incluzive*. Chișinău: F.E.P. „Tipografia Centrală”, 2016, 272 p. ISBN: 978-9975-53-670-7
97. RACU, A., DANIL, A., TINTIUC, T. *Parteneriate pentru dezvoltarea educației incluzive*. Chișinău: IFC, 2012. 208 p. ISBN 978-9975-4416-3-6
98. RACU, A., POPOVICI, V.-D., CREȚU, V., et al. *Asistența socială a persoanelor cu dizabilități*. Chișinău: Pontos, 2007. 297 p. ISBN 978-9975-102-74-2
99. RACU, A., VERZA, F., DANIL, A. *Psihopedagogia corecțională*. Chișinău: Institutul de Formare Continuă, 2011. 254 p. ISBN 978-9975-9872-8-8
100. RACU, S., NEAGU, M. *Ghid de termeni și noțiuni. Psihopedagogie specială. Asistență socială. Terminologie medicală. Legislație și reglementări specifice*. Chișinău: Pontos, 2006. 309 p. ISBN 9975-902-54-5
101. RADU, Gh. *Psihopedagogia școlarilor cu handicap mintal*. București: Pro Humanitate, 2000. 230 p. ISBN 973-97313-6-8
102. RĂDULEȚ A., ROTĂRESCU V. *Scheme și scenarii cognitive în context cinematografic*. În: Revista de Psihologie, vol. 60, nr. 1, p. 20-28, București, ianuarie - martie 2014, 99 p. ISSN 2344-4665
103. ROTĂRESCU V. *Profilul familiei cu un părinte cu snc afectat acut. Fundamentare teoretică*. În: Revista de Psihologie, vol. 57, nr. 1, București, ianuarie - martie 2011, 118 p. ISSN 0034-8759
104. ROTH, M., SZEKSZARDI, J., BACIU, C., TULIES, M. *Intervenția în criză*. Cluj-Napoca: Universitatea Babeș-Bolyai, 2003
105. RUSNAC, S. *Consilierea psihologică în grup. Forme și metode*. Chișinău: ULIM, 2005. 113 p. ISBN 9975-934-52-8
106. RUSNAC, S., GONȚA, V., CLIVADĂ, S., et al. *Asistența psihologică a cazurilor de violență în familie. Program de diagnostic și rehabilitare a victimei și abuzatorului*. Chișinău: ULIM, 2009. 293 p. ISBN 978-9975-4084-0-0.



- 107.RUSNAC, V. *Educație incluzivă în Republica Moldova – actualitate și perspective*. În: Problematika educației incluzive în Republica Moldova: perspective și soluții practice. Materialele Conferinței științifice internaționale, 19-20 octombrie 2012. Bălți: USB „A. Russo”, 2012. p. 239-247. ISBN 978-9975-4404-4-8
- 108.RUSNAC, V. *Mecanismele integrării sistemelor senzoriale și procesele de compensare la copiii cu dizabilități*. În: Optimizarea învățământului în contextul societății bazate pe cunoaștere. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 2-3 noiembrie 2012. Chișinău: IȘE (Tipogr. „Print-Caro”), 2012. p. 426-429. ISBN 978-9975-56-072-6
- 109.RUSU, E.-C. *Psihologie și cinematografie: funcțiile psihosociale ale filmelor*. București: Cartea Daath, 2008. 206 p. ISBN 978-973-88581-2-1.
- 110.SCHAFFER, R. *Introducere în psihologia copilului*. Cluj-Napoca: ASCR, 2005, 75 p. ISBN 973-79-73-21-6
- 111.SHAPIRO, D. *Conflictele și comunicarea: un ghid prin labirintul artei de a face față conflictelor*. București: Editura Arc, 1998, 224 p. ISBN 9975-61-050-8.
- 112.STĂNCULESCU, E. *Psihologia educației. De la teorie la practică*. București: Universitară, 2008. 397 p. ISBN: 978-973-749-487-0
- 113.STERN, N.-D. *Nașterea unei mame. Cum te schimbă pentru totdeauna experiența maternității*. București: Trei, 2019. 254 p. ISBN 978-606-40-0662-2
- 114.SZENTAGOTAI-TĂTAR, A., DAVID, D. *Tratat de psihologie pozitivă*. Iași: Polirom, 2017, 339 p. ISBN 978-973-46-6234-0
- 115.ȘLEAHTIȚCHI M. *Efectele stresului ocupațional*. În: S.Briceag (coord.). *Stilul modern de viață: între sănătate și stres*. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, „Fortificarea sănătății angajaților prin suprimarea stresului organizațional”, Bălți, 20 decembrie 2013. Bălți:S.n., 2014 (Tipografia din Bălți). p. 15 – 20. ISSN 1857-0550
- 116.ȘLEAHTIȚCHI, M. *Clasic și modern în psihopedagogia socială*. Chișinău: Știința, 1996. 245 p. ISBN 5-376-02020-7
- 117.ȘLEAHTIȚCHI, M. *Coping-ul. Delimitări noționale*. În: Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială. 2007. nr. 6, pp. 46-50. ISSN 1857-0224
- 118.ȘLEAHTIȚCHI, M. *Nevoia de o altă psihologie socială*, În: Akademos. Revistă de știință, inovare, cultură și artă. 2016. nr. 2 (41). p. 112 – 118. ISSN 1857 – 0461
- 119.ȘLEAHTIȚCHI, M. *Psihologia socială și noile imperative ale timpului*. În: Revista de Studii Psihologice, Universitatea Hyperion din București, Facultatea de Jurnalism și Psihologie. 2016. nr. 4. p.69 – 76. ISSN 2360-3690
- 120.ȘLEAHTIȚCHI, M. *Tipuri de coping*. În: Psihologie. Pedagogie Specială. Asistență Socială . 2007. nr. 7, pp. 65-69. ISSN 1857-0224.

- 121.ȘLEAHTIȚCHI, M., GAVRILIȚĂ, L. *Stresul și particularitățile manifestării lui în mediul mamelor care au în îngrijire copii cu afecțiuni neuromotorii*. În: Vector European, 2020. nr. 1, pp. 178-186. ISSN 2345-1106
- 122.ȘOVA T., BALȚAT L. *Toleranța la stres*. Chișinău: Tip. UPS „I. Creangă”, 2014. 95 p. ISBN 978-9975-46-195-5.
- 123.TAYLOR, R., HUMPHREY, J. *Cum să ajungi în top. 10 pași către succes*. Iași: Polirom, 2003. 326 p. ISBN: 973-681-364-9.
- 124.TURCHINĂ, T., BOLEA, Z., TOLSTAIA, S., et. al. *Consilierea familiei și a persoanelor cu dizabilități*. Chișinău: IFC, 2011, 179 p. ISBN: 978-9975-4168-1-8
- 125.VAIDA S., BOTA C. *Eficiența intervențiilor online în formarea strategiilor de coping și reducere a stresului la școlari. O perspectivă teoretică*. În: Revista de Psihologie, vol. 66, Nr. 1, p. 49-60. București, ianuarie - martie 2020, 79 p. ISSN: 2344-4665
- 126.VALUSH, C. MITROFAN I. *Învățarea experiențială prin dramaterapia*. București: SPER, 2013. 109 p. ISBN 606-8429-17-5.
- 127.VASIAN, T. *Abordări conceptuale și etiologice ale atitudinilor parentale față de copilul cu dizabilități*. Revista Didactica Pro.... 2013. nr. 1(77), p. 10-12. ISSN 1810-6455
- 128.VASIAN, T. *Asistența social-psihologică a familiei copilului cu dizabilități*. În: Pleoară pentru educație – cheia creativității și inovării. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 1-2 noiembrie 2011. Chișinău: IȘE (Tip. „Print Caro” SRL), 2011. p. 171-174. ISBN 978-9975-56-010-8
- 129.VASIAN, T. *Formarea atitudinilor parentale față de copilul cu dizabilități*. În: Revista Univers Pedagogic. 2013. nr. 1, p. 39-45. ISSN 1811-5470
- 130.VASIAN, T. *Particularitățile psihosociale ale atitudinilor parentale față de copilul cu dizabilități*. Teză de doctor. Chișinău, 2013. 236 p. C.Z.U: 316. 6: 376 (043.3)
- 131.VOINEA, M. *Psihosociologia familiei*. București: Universității București, 1996. 102 p. 973-575-084-8.
- 132.VRASTI, R. *Reglarea emoțională și importanța ei clinică*. București: ALL, 2015. 140 p. ISBN 978-606-587-370-4.
- 133.VRĂSMAȘ, E. *Intervenția socio-educțională ca sprijin pentru părinți*. București: Aramis Print, 2008. 255 p. ISBN: 978-973-679-531-2
- 134.ZAMFIR, C., VLĂSCESCU, L. *Dicționar de sociologie*. București: Babel, 1998. 753 p. ISBN 9734810111

- 135.АНДРЕЕВА, О.С. *Кинотерапия как способ формирования этнической толерантности у студентов*. Педагогическое образование в России. 2017. № 3.с. 76-83
- 136.БАКАНОВА, А.А. *Кинотерапия. Искусство исцеления души: Этюды о психологической помощи*. Пособие для практических психологов. СПб. 2001. с. 118-131
- 137.БЕЛОПОЛЬСКАЯ, Н. *Некоторые вопросы психолого-педагогического консультирования семей, имеющих детей с отклонениями в интеллектуальном развитии*. В: Дефектология, 1984, № 5, с. 15-19
- 138.ВОДОПЯНОВА, Н. *Психодиагностика стресса*. Санкт-Петербург: Питер, 2009, р.41-43
- 139.ГИППЕНРЕЙТЕР, Ю. *Общаться с ребенком.Как?* М.: АСТ: Астрель, 2010. 238 с.
- 140.ЛЕВЧЕНКО, И. Ю., ТКАЧЕВА, В. В. *Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии*. Москва: Просвещение, 2008. 239 с.
- 141.МАЛОФЕЕВ, Н.Н., РАЗЕНКОВА, Ю.А., УРЯДНИЦКАЯ Н.А. *О развитии службы ранней помощи семье с проблемным ребенком в Российской Федерации*. В: Дефектология, 2007, № 6, с. 60-68
- 142.МАСТЮКОВА, Е., МОСКОВКИНА А. *Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии*. Москва: Владос, 2004
- 143.МЕНЕГЕТТИ, А. *Кино, театр, бессознательное*. Том 1. Москва: Изд. „Онтопсихология”, 2001. 380с. ISBN 5-93871-018-9
- 144.МИШИНА, Г.А. *Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития*. В: Дефектология, 2001, №1, с.60-64
- 145.ПАВЛОВА Е.Н. *Кинотерапия. Описание метода*. Журнал практического психолога. Журнал Практической Психологии и Психоанализа, 2005, №2
- 146.ПОПОВА, Л.Г., ЕГОРОВА, В.А. *Осуцности ивозможностях установления культурной памяти слов (сопоставительный аспект)//Филологические науки. Вопросы теории ипрактики*. Тамбов: Грамота, 2015. № 9. Ч.1. С.143–145
- 147.РАЗЕНКОВА, Ю.А. *Варианты внутренней материнской позиции у матерей детей с синдромом Дауна младенческого и раннего возраста*. 1п: Дефектология, 2011, № 1

- 148.РАЗЕНКОВА, Ю.А. *Образ ребенка и себя в материнской роли у матерей, воспитывающих детей с синдромом Дауна младенческого и раннего возраста*. 1п: Дефектология, 2008, № 5
- 149.РАЙГОРОДСКИЙ, Д. *Практическая психодиагностика*. Самара: Издательский Дом Бахрах, 2004
- 150.РОМЕК, В., КОНТОРОВИЧ, В., КРУКОВИЧ, Е. *Психологическая помощь в кризисных ситуациях*. Санкт-Петербург: Речь, 2005, р. 45.
- 151.СОКОЛОВА, Е.Т., ЧЕСНОВА И.Г. *Зависимость самооценки подростка от отношения к нему родителей*. В: Вопросы психологии, 1986, № 2, с. 110-117
- 152.ФИЛИППОВА, Г.Г. *Психология материнства*. Москва: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 240 с.
- 153.ТКАЧЕВА, В.В. *Семья ребенка с отклонениями в развитии. Диагностика и консультирование*. Москва: Книголюб, 2007. 139 с.

#### **L. engleză**

- 154.BANDURA, A. *Self-efficacy in changing societies*.New York: Cambridge University Press. (pp.1-45)
- 155.BRESLAU, N., KESSLER C., CHILCOAD, D. *Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma*. Arch Gen Psychiatry, 1998.
- 156.BREWIN, C., ANDREWS, B., VALENTINE, J. *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, nr.68, 2000
- 157.CAMERON, S.J., ORR, R.R. *Stress in families of school-aged children with delayed mental development*. Can J Rehabil. 1989, 137–144 p.
- 158.CARVER, C., SCHEIER, M., WEINTRAUB J. *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. Journal of Personality and Social Psychology, nr. 56, 1989
- 159.*Chronic stress in families of mentally retarded children*. Fam Relat. 1981, 281– 288 p.
- 160.CUMMINGS, S. *The impact of the child's deficiency on the father: a study of fathers of mentally retarded and of chronically ill children*. Am J Orthopsychiatry. 1976;46:246–255
- 161.CUMMINGS, St., BAYLEY, Hc., RIE, He. *Effects of the child's deficiency onthe mother: a study of mothers of mentally retarded, chronically ill and neurotic children*. Am J Orthopsychiatry. 1966; 36:595– 608
- 162.*Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5TM (ediția 5)*, 2019, p.31 ISBN 978-0-89042-554-1
- 163.DIONNE, C. *Experience des familles dont un enfant presente une incapacite: perceptions et besoins actuels*, Sewice social, nr.52, 2006

- 164.DOMAN, G. *Les guerir est un devoir. Parents, devenez les reeducateurs de vos enfants handicapes*. Paris: Ed. Epi, 1988
- 165.DYSON, L. *Families of young children with handicaps: parental stress and family functioning*. Am J Ment Retard. 1991; 95 : 623–629
- 166.ENRIGHT, R.D., FITZGIBBONS, R.P. *Helping Clients Forgive: An Empirical Guide for Resolving Anger and Restoring Hope*. Washington: DC, APA Books, 2000.
- 167.FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S. *Coping and emotion* // A.Monat and R.S. Lazarus. Stress and Coping. New York, 1991. p. 207-227
- 168.FREY, K. *Stress and coping among parents of handicapped children: a multidimensional approach*. Am J Ment Retard
- 169.FRIEDRICH, WN, Friedrich WL. *Psychosocial assets of parents of handicapped and nonhandicapped children*. Am J Ment Defic. 1981
- 170.GALLAGHER, J. J, BECKMAN P., CROSS, A. *Families of handicapped children: sources of stress and its amelioration*. Except Child. 1983
- 171.JOURARD, S. *Self-Disclosure*. In: Experimental Analysis of the Transparent Self. NewYork: Wiley-Interscience, 1971
- 172.LAZARUS, R.S. *Coping and emotion*//A.Monat and R.S. Lazarus. Stress and Coping. New York, 1991. p. 207-227
- 173.LAZARUS, R.S., *Stress and Coping: An Anthology*. New York: Columbia University Press, 1995
- 174.Mc CONKEY, R., TRUESDALE-KENNEDYA, M., CHANGB, M. *The impact on mothers of bringing up a child with intellectual disabilities: A cross-cultural study*. In: International Journal of Nursing Studies, nr. 45 (2008), pp. 65-74
- 175.Mc CUBBIN, I., SUSSMAN, B., PATTERSON J. *Social stress and the family*. New York: The Haworth Press, 1983
- 176.MEERSON, F. *Adaptation, Stress and Prophy axis*,Berlin: Springer, 1984
- 177.RUSSELL, Ph. *The Wheelchair Child, Human Horizons Series*. London:Souvenir Press, 1977.
- 178.SCHERER, K. *Studying the Emotion-Antecedent Appraisal Process: An Expert System Approach*. Cognition and Emotion 7:1993, 325-355
- 179.SCHERER, K., SCHERER, U. *Coping-index*. Geneva: Université de Geneva, 1990
- 180.SCHNEIDER, M., *25 of the Best Parenting Techniques Ever*, New York, St. Martin's Press, 1997
- 181.SELYE, H. *Stress without distress*,Ed. a V-a. New York: Signet Books, 1975

- 182.SELYE, H. *Stress of My Life: A Scientist's Memoirs*. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 1979
- 183.SINGER, J., DAVIDSON, L. *Specificity and stress research*//A.Monat and R. S. Lazarus. Stress and Coping. New-York,
- 184.SOLOMON, G. *Cinemaparenting: using movies to teach life's most important lessons*, USA, 2005, 245 p.
- 185.THOITS, P. *Social support as coping assistance*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, nr. 54, 1986
- 186.ULUS, F. *Movie therapy, moving therapy*. Canada, 2003.
- 187.WOLF, L., NOH, S., FISMAN, S. *Psychological effects of parenting stress on parents of autistic children*. J Autism Dev Disord. 1989; 19: 157– 166
- 188.ZAGZEBSKI, L.T. *Virtue of Mind: An Inquiry into the Nature of Virtue and the Ethical Foundations of Knowledge*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- 189.ZHEWU, A. *Applying cinematherapy with adolescents and a cinematherapy workshop*. TwoPaper Alternative Department Thesis. Faculty of California State University, East Bay, 2008

#### www

- 190.*Anxietatea și glutenul – ce trebuie să ști*. Disponibil: <https://www.celiaci.ro/articole/anxietatea-si-glutenul/> (accesat 06.09.2021)
- 191.*Ce este stresul*. Disponibil: <https://danghenea.com/psihiatrie> (accesat: 11.12.2020)
- 192.*Cinmaterapia*. Disponibil: <http://www.sfaturimedicale.ro/stil-de-viata/item/34276> (accesat: 10.12.2017)
- 193.*Cineterapia – vindecarea cu ajutorul filmelor*. Disponibil: <https://www.unica.ro/diverse/cineterapia-16133> (accesat: 11.12.2020)
- 194.*Exercițiile fizice reduc stresul. Sport și stres: cum să scapi de stres prin activitatea fizică*. Disponibil: <https://ik-ptz.ru/ro/obschestvoznanie/fizicheskie-nagruzki-snizhayut-stress-sport-i-stress-kak.html> (accesat: 06.09.2021)
- 195.*Film*. Disponibil: <https://ro.wikipedia.org/wiki/Film> (accesat: 27.10.2017)
- 196.*Film-terapie*. Disponibil: <https://www.cabinetpsihoterapie.com.ro> (accesat: 27.10.2017)
- 197.*Programul de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020*. Disponibil: [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=21997&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=21997&lang=ro) (accesat: 03.09.2021)
- 198.*Strategia de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010–2013)*. Disponibil: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/91712/106508/F461412904/MDA-91712.PDF> (accesat: 03.09.2021)

199. *Stres*. Disponibil: <http://www.csid.ro/dictionar-medical> (vizitat: 15.08.2018)
200. *Terapia prin film – vrei să o încerci?* Disponibil: <https://www.avantaje.ro/articol/terapia-prin-film> (accesat: 28.02.2018)
201. *Toleranta la stres*. Disponibil: <https://www.cabinetpsihoterapie.com.ro/toleranta-la-stress/> (accesat: 03.09.2021)
202. КОРБУТ К. *Психоанализ о кино и кино о психоанализе*. Журнал Практической Психологии и Психоанализа, 2005, №2. Disponibil: <https://psyjournal.ru/articles/psihoanaliz-o-kino-i-kino-o-psihoanalize> (accesat: 11.12.2020)
203. ОДИНЦОВ В. В. *Популярная кино-терапия*. Казань: „Астор и Я”, 2014, 64с. Disponibil: [http://kinoterapia.info/wp-content/uploads/2015/02/4\\_1421401947.PDF](http://kinoterapia.info/wp-content/uploads/2015/02/4_1421401947.PDF). (accesat: 14.09.2021)
204. ПРОКОФЬЕВА Н. *Кинотерапия как инструмент личностного развития*. Disponibil: <http://kinoterapia.info/theoretics-cinematherapy/method-of-kinoterapia/> (accesat: 14.09.2021)
205. ПРОКОФЬЕВА Н.И. *Практика кинотерапии*. Disponibil: <http://www.imaton.ru/main.php>. (accesat: 14.09.2021)
206. СЕМЕНОВ В.Е. *Катарсис и антикатарсис: социально-психологический подход к воздействию искусства*. Вопросы психологии. 1994. № 1. 7. Disponibil: <http://www.voppsy.ru/issues/1994/941/941116.htm> (accesat: 11.12.2020)
207. ФАДЕЕВА Ю. *Кинотерапия*. Disponibil: <http://www.centruh.ru/kinoterapia.php> (accesat: 11.12.2020)
208. ЮНТУНЕН О. *Как выбрать фильм для проведения сеанса кинотерапии/кинотренинга?* Disponibil: <http://kinoterapia.info/psychoanalysis-of-film/kak-vybrat-film-dla-kinoterapii>. (accesat: 31.10.2021)
209. *Family resources and stress: A comparison of families of children with cystic fibrosis, diabetes, and mental retardation*. Disponibil: <https://psycnet.apa.org/record/1992-43114-001>. (accesat: 10.12.2020)
210. *I benefici de lla cinematerapia*. Disponibil: <http://www.cinematerapia.it/prev> (vizitat 10.12.2020) (accesat: 14.09.2021)

## ANEXA 1. Testul de determinare a nivelului de stres PSM 25 (adaptat de H. Водопянова)

Chestionarul conține 25 de enunțuri, care sunt formulate pentru populația normală cu vârsta cuprinsă între 18 și 65 de ani.

**Instrucțiune:** Vă rugăm să completați chestionarul pe care Vi-l propunem în continuare. Informația care se va obține cu ajutorul acestui chestionar va servi la elaborarea unui program care ar putea să Vă ajute să fiți mai eficientă în relația cu copilul/ii Dvs. Vă rugăm să răspundeți sincer la setul de afirmații ce caracterizează starea DVS. de spirit. Apreciați starea DVS. din ultima săptămână cu ajutorul scalei de la 1-8, încercuind în dreptul fiecărei afirmații cifra corespunzătoare. **Confidențialitatea se garantează!**

Cifrele de la 1 la 8 semnifică frecvența trăirilor, cifra 1 semnificând cea mai mică frecvență și cifra 8 cea mai mare frecvență a experienței trăite. *Nu există răspunsuri corecte sau greșite!*

| cifra     | 1                | 2                    | 3                 | 4          | 5                | 6          | 7                 | 8                                |
|-----------|------------------|----------------------|-------------------|------------|------------------|------------|-------------------|----------------------------------|
| frecvența | <i>niciodată</i> | <i>extrem de rar</i> | <i>foarte rar</i> | <i>rar</i> | <i>câteodată</i> | <i>des</i> | <i>foarte des</i> | <i>permanent (în toată ziua)</i> |

### Conținutul testului:

|     |                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.  | Sunt tensionată și nervoasă (irascibilă)                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 2.  | Simt că mi se pune nod în gât sau mi se usucă gura                                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 3.  | Sunt mereu pe fugă, parcă nu îmi ajunge timpul                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 4.  | Am tendința să uit să măncânc sau să sar peste mese                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 5.  | Mi-e capul plin de gânduri, îmi întorc la nesfârșit ideile pe toate fețele; jonglez cu idei; am gânduri repetitive | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 6.  | Mă simt singură, izolată și neînțeleasă                                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 7.  | Am dureri fizice: mă doare spatele, capul, stomacul, am gâtul încordat                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8.  | Sunt îngrijorată, mă frământ, sunt chinuită de gânduri                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9.  | Am schimbări bruște de temperatură (mi-e foarte cald sau foarte rece)                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 10. | Uit că am întâlniri sau ședințe; uit ce am de făcut sau de procurat                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 11. | Ușor plâng (repede îmi dau lacrimile)                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 12. | Mă simt obosită                                                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 13. | Am obrajii încreștați                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |



|     |                                                                                          |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14. | Sunt calmă (simt că sunt calmă)                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 15. | Oftez adânc sau îmi trag brusc răsuflarea                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 16. | Am diaree, dureri de burtă sau constipație                                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 17. | Sunt agitată, neliniștită sau nervoasă                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 18. | Tresar ușor; tresar când văd sau aud ceva                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 19. | Îmi ia mai mult de o jumătate de oră să adorm                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 20. | Mă simt confuză, mi se încălesc gândurile, nu mă pot concentra și nu-mi pot fixa atenția | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 21. | Sunt trasă la față, am cearcăne sau pungi sub ochi                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 22. | Simt o greutate mare pe umeri                                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 23. | Sunt agitată, simt nevoia constantă să mă mișc, nu pot sta locului                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 24. | Îmi controlez cu greu reacțiile, emoțiile, starea de spirit, gesturile                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 25. | Mă simt stresată                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Valorile acestor corelații sunt explicate prin experiență generalizată a stresului emoțional și depresie. În completarea chestionarului, subiecții trebuie să aprecieze pe o scală de 8 trepte, de la niciodată (1) la întotdeauna (8), în ce măsură fiecare din conduitele, emoțiile și stările menționate caracterizează activitatea lor. Scorul total pentru stres este obținut prin însumarea itemilor: cu cât mai mare el este cu atât și nivelul de stres este mai mare.

Astfel, se obțin trei nivele ale stresului:

- punctaj mai mic de 99 puncte – nivel scăzut de stres;
- între 100-125 puncte – nivel mediu al stresului și
- mai mult de 125 puncte nivel înalt al stresului.

## **ANEXA 2. Măsurarea nivelului tensiunii neuropsihice (după T.A. Немчин)**

Chestionarul este compus din 50 de afirmații. Pentru comoditatea folosirii fiecare afirmație a fost trecută pe un cartonaș. Conform instrucțiunilor de folosire participantul va pune cartonașele cu răspunsuri afirmative în partea dreapta, iar cele cu răspunsuri negative în partea stânga. Timpul testării 15-30 min.

### *Testul aplicat*

1. De obicei sunt liniștit/ă și nu-mi pierd cumpătul foarte ușor.
2. Nervii mei sunt dereglați nu mai mult decât la alții
3. Am constipații rar.
4. Am dureri de cap rar.
5. Foarte rar obolesc.
6. Aproape mereu mă simt fericit/ă.
7. Sunt încrezut/ă în sine.
8. Aproape niciodată nu roșesc.
9. În comparație cu prietenii mei mă consider destul de curajoasă.
10. Roșesc nu mai des decât alții.
11. Rar îmi apar bătaii mai intense ale inimii.
12. De obicei mâinile îmi sunt destul de calde.
13. Sunt sfios nu mai mult decât alții.
14. Nu-mi ajunge încrederea în sine.
15. Câteodată am impresia că nu sunt bun de nimic.
16. Am perioade de atâta neliniște, încât nu pot sta locului.
17. Mă deranjează stomacul.
18. Nu am curajul să scot în evidență greutățile care urmează.
19. Mi-ași dori să fiu tot atât de fericit ca și alții.
20. Câte odată îmi pare că sunt în așa o încurcătură de greutate, cu care nu o sa mă pot descurca.
21. Deseori am vise de groază.
22. Observ că mâinile încep a-mi tremura când încerc să fac ceva.
23. Am un somn neliniștit cu întreruperi dese.
24. Sunt îngrijorată de eventuale eșecuri.
25. Am avut situații când mi-a fost frică chiar dacă eram convinsă că nimic nu mă amenința.
26. Îmi este greu să mă concentrez asupra unui lucru sau a unei sarcini pe care o am de îndeplinit.
27. Simt o tensiune mărită când muncesc.

28. Ușor intru în derutare.
29. Aproape tot timpul trăiesc un sentiment de îngrijorare cu privire la persoane sau lucruri.
30. Am tendința de a lua totul prea în serios.
31. Plâng des.
32. Deseori am accese de vomă sau stare de vomă.
33. O data pe lună sau chiar și mai des am dereglări ale stomacului.
34. Deseori îmi e frică că sunt pe calea de a roși.
35. Îmi este dificil să-mi concentrez atenția la ceva anume.
36. Sunt îngrijorată de starea mea materială.
37. Deseori mă gândesc la lucruri despre care nu aș dori să discut cu nimeni.
38. Am avut perioade când neliniștea îmi deranja somnul.
39. Uneori, când sunt derutată, transpir abundant, fapt care mă face să mă simt incomod.
40. Chiar și în zilele mai friguroase pot transpira ușor.
41. Uneori devin foarte excitată, încât îmi este dificil să adorm.
42. Sunt o persoana ușor excitanta.
43. Uneori mă simt total inutilă.
44. Uneori mi se pare că nervii îmi sunt dereglați.
45. Foarte des îmi dau seama că ceva mă neliniștește.
46. Sunt mult mai sensibilă decât majoritatea oamenilor.
47. Aproape mereu mă simt înfometată.
48. Uneori mă simt dezamăgită din cauza unor nimicuri.
49. Viața mea este legată cu o tensiune neobișnuită.
50. Așteptarea întotdeauna mă enervează.

### Analiza rezultatelor

chestionarului are loc prin intermediul numărării cantității răspunsurilor participantului.

**Interpretarea rezultatelor:** După completarea chestionarului se calculează suma punctajului prin adunarea acestora în felul următor: pentru varianta de răspuns A-1 punct; B-2 puncte; C-3 puncte. Punctajul minimal pe care îl poate acumula respondentul este de 30 și respectiv maximal de 90. Extremele nivelului scăzut al tensiunii neuropsihice se situează între 30-50 de puncte; mediu- 51-70 puncte și ridicat- 71-90 puncte.

| Nr | r1 | r2 | r3 | r4 | r5 | r6 | r7 | r8 | r9 | r | r | r | r | r | r | r | r | r | r | r | r | r | r | r | r |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |



**ANEXA 3. Testul de determinare a mecanismelor de coping COPE, elaborat de Carver, Scheier și Weintraub (1989)**

Testul COPE integrează modelul stresului elaborat de Lazarus (1984), dar autorii chestionarului consideră departajarea formelor de coping în cele două tipuri (focalizat spre problemă și focalizat spre emoție) prea simplistă. Chestionarul COPE vizează 14 forme de coping, care pot avea preponderent un caracter activ sau pasiv.

Chestionarul cuprinde 53 de afirmații, fiecare formă de coping fiind evaluată prin 4 itemi. Excepție face copingul prin recurgerea la alcool-medicamente, care este măsurat printr-un singur item.

**Instrucțiune:** Mai jos, aveți enumerate o serie de fraze care exprimă modul în care oamenii simt sau acționează când se simt stresați sau se confruntă cu o problemă gravă. Gândiți-vă cum simțiți și acționați dvs., în general, la astfel de situații și alegeți varianta care vi se potrivește cel mai bine. Marcați răspunsul dvs. cu un X în căsuțele din dreptul fiecărei afirmații, folosind o scală de la 1 la 4 (**1 – de obicei nu fac acest lucru, 2 – rareori fac acest lucru, 3 – fac uneori acest lucru, 4 – fac deseori acest lucru**). Nu există răspunsuri corecte sau greșite!

| Nr | Afirmații                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| 1  | Mă angajez în activități suplimentare, care pot contribui la rezolvarea problemei.       |   |   |   |   |
| 2  | Încerc să îmi formulez o strategie cu privire la ce am de făcut.                         |   |   |   |   |
| 3  | Las deoparte alte activități pentru a mă concentra asupra problemei.                     |   |   |   |   |
| 4  | Îmi impun să aștept momentul potrivit pentru a reacționa.                                |   |   |   |   |
| 5  | Îi întreb pe oamenii care au trecut prin situații similare ce au făcut în acea situație. |   |   |   |   |
| 6  | Spun cuiva ce simt.                                                                      |   |   |   |   |
| 7  | Caut ceva bun în ceea ce mi se întâmplă.                                                 |   |   |   |   |
| 8  | Învăț să trăiesc cu problema mea.                                                        |   |   |   |   |
| 9  | Caut ajutorul lui Dumnezeu.                                                              |   |   |   |   |
| 10 | Sunt prost dispus și îmi exteriorizez emoțiile.                                          |   |   |   |   |
| 11 | Refuz să cred ce s-a întâmplat.                                                          |   |   |   |   |
| 12 | Renunț la încercarea de a obține ceea ce vreau.                                          |   |   |   |   |
| 13 | Mă implic în muncă sau în alte activități pentru a-mi abate gândul de la problemă.       |   |   |   |   |
| 14 | Îmi concentrez eforturile spre a rezolva într-un anumit fel problema.                    |   |   |   |   |

|    |                                                                                                               |  |  |  |  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 15 | Îmi fac un plan despre cum să acționez.                                                                       |  |  |  |  |
| 16 | Mă concentrez asupra situației care îmi dă de furcă și, dacă e nevoie, las celelalte lucruri mai în voia lor. |  |  |  |  |
| 17 | Mă țin deoparte, nu fac nimic, până când situația nu o permite.                                               |  |  |  |  |
| 18 | Încerc să caut sugestii despre ce ar fi bine să fac.                                                          |  |  |  |  |
| 19 | Încerc să obțin suport social de la prieteni sau de la rude.                                                  |  |  |  |  |
| 20 | Încerc să privesc lucrurile într-o lumină diferită, pozitivă.                                                 |  |  |  |  |
| 21 | Accept că faptul s-a petrecut și nu mai poate fi schimbat.                                                    |  |  |  |  |
| 22 | Îmi pun speranțele în Dumnezeu.                                                                               |  |  |  |  |
| 23 | Îmi las sentimentele să iasă la iveală.                                                                       |  |  |  |  |
| 24 | Îmi spun că nu s-a întâmplat cu adevărat.                                                                     |  |  |  |  |
| 25 | Renunț să mai lupt pentru a-mi atinge scopurile.                                                              |  |  |  |  |
| 26 | Merg la filme, mă uit la televizor, pentru a mă gândi mai puțin la problemă.                                  |  |  |  |  |
| 27 | Prefer să visez la alte lucruri.                                                                              |  |  |  |  |
| 28 | Mă feresc de a fi distras de alte gânduri sau activități.                                                     |  |  |  |  |
| 29 | Mă asigur că nu înrăutățesc lucrurile acționând prea curând.                                                  |  |  |  |  |
| 30 | Mă gândesc bine la pașii pe care îi am de făcut.                                                              |  |  |  |  |
| 31 | Fac ceea ce trebuie făcut, pas cu pas.                                                                        |  |  |  |  |
| 32 | Vorbesc cu cineva, pentru a afla mai multe despre situația respectivă.                                        |  |  |  |  |
| 33 | Îmi împărtășesc sentimentele cuiva.                                                                           |  |  |  |  |
| 34 | Învăț din lucrurile care mi se întâmplă.                                                                      |  |  |  |  |
| 35 | Mă obișnuiesc cu ideea că faptul s-a petrecut.                                                                |  |  |  |  |
| 36 | Încerc să găsesc liniștea în religie.                                                                         |  |  |  |  |
| 37 | Mă simt foarte stresat și îmi exprim sentimentele.                                                            |  |  |  |  |
| 38 | Mă comport ca și cum nu s-ar fi întâmplat nimic.                                                              |  |  |  |  |
| 39 | Consum alcool sau iau medicamente pentru a mă gândi mai puțin la problemă.                                    |  |  |  |  |
| 40 | Acționez direct pentru a soluționa problema.                                                                  |  |  |  |  |
| 41 | Reduc efortul pe care obișnuiam să îl depun în rezolvarea problemelor.                                        |  |  |  |  |
| 42 | Mă străduiesc să previn ca alte lucruri să se suprapună în eforturile mele de a rezolva problema.             |  |  |  |  |
| 43 | Mă feresc să acționez prea repede.                                                                            |  |  |  |  |
| 44 | Vorbesc cu cineva care poate face ceva concret legat de problema mea.                                         |  |  |  |  |
| 45 | Mă gândesc cum aș putea să mă descurc cel mai bine cu problema.                                               |  |  |  |  |

|    |                                                                                      |  |  |  |  |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 46 | Caut înțelegere de la cineva.                                                        |  |  |  |  |
| 47 | Accept ca realitate faptul că s-a petrecut.                                          |  |  |  |  |
| 48 | Încerc să mă dezvolt ca persoană, ca urmare a acestei experiențe.                    |  |  |  |  |
| 49 | Mă rog la Dumnezeu mai mult ca de obicei.                                            |  |  |  |  |
| 50 | Mă obișnuiesc cu ideea că nu pot să mă descurc cu problema și abandonez încercările. |  |  |  |  |
| 51 | Sunt deprimat și îmi dau seama de asta.                                              |  |  |  |  |
| 52 | Îmi spun mie însumi „Nu poate fi adevărat”.                                          |  |  |  |  |
| 53 | Dorm mai mult ca de obicei.                                                          |  |  |  |  |

### Prelucrarea și interpretarea rezultatelor:

Răspunsul se face pe o scală de la 1 – 4, în care cifra 1 – de obicei nu fac acest lucru, 2 – rareori fac acest lucru, 3 – fac uneori acest lucru, 4 – fac deseori acest lucru.

Cele 14 scale corespunzătoare strategiilor de coping sunt:

- 1. copingul activ** – vizează acțiunile concrete, ce urmăresc înlăturarea stresorului sau ameliorarea efectelor sale. Este o formă de acțiune conștientă, de intensificare a efortului în vederea ameliorării sau ajustării la stresor (1, 14, 31, 40).
- 2. planificarea** – se referă la orientarea gândirii spre pașii și modalitățile de acțiune (2, 15, 30, 45).
- 3. eliminarea activităților concurente** – evaluează tendința persoanelor de a evita distragerea de la situația problematică, pentru a se putea concentra mai mult asupra soluționării ei (3, 16, 28, 42).
- 4. reținerea de la acțiune** – măsoară opusul tendințelor impulsive și premature de a acționa chiar dacă situația nu o permite; este o formă de coping activ în sensul focalizării pe stresor, dar în același timp, o strategie pasivă, până în momentul când circumstanțele vor permite acțiunea (4, 17, 29, 43).
- 5. căutarea suportului social-instrumental** – evaluează tendința de a solicita sfaturi, informații, ajutor material necesar în acțiunile de ameliorare a situației; este considerat a fi o formă de coping activ (5, 18, 32, 44).
- 6. căutarea suportului social-emoțional** – itemii identifică în ce măsură persoana tinde să solicite înțelegere, compasiune sau suport moral de la prieteni, rude, colegi, pentru a diminua distresul; este o formă de coping focalizat pe emoție (6, 19, 33, 46).
- 7. reinterpretarea pozitivă** – identifică tendința unei persoane de a extrage un beneficiu chiar dintr-o situație indezirabilă sau cu consecințe nefaste; nu are doar scopul de a reduce distresul, ci poate fi punctul de plecare pentru un alt gen de acțiune asupra stresorului (7, 20, 34, 48).

**8. acceptarea** – vizează una dintre cele două situații: acceptarea realității factorului amenințător, în vederea acționării asupra lui și/sau acceptarea faptului că nu se poate face nimic pentru ameliorarea situației (8, 21, 35, 47).

**9. negarea** – se referă la refuzul de a crede că stresorul există sau la acțiunile întreprinse care ignoră stresorul, ca și cum nu ar fi real; deși, în mod tradițional, negarea este inclusă în categoria mecanismelor defensive, Carver și colaboratorii consideră utilă includerea negării la mecanismele de coping (11, 24, 38, 52).

**10. descărcarea emoțională** – scala pune în evidență tendința persoanei de a-și reduce nivelul distresului prin exprimarea afectelor și emoțiilor negative (10, 23, 37, 51).

**11. orientarea spre religie** – se referă la măsura în care subiectul apelează, în momentele nesigure, la ajutor din partea divinității; autorii chestionarului apreciază că orientarea spre religie este o strategie de coping cu funcții multiple: poate servi pentru reinterpretarea pozitivă, pentru suport emoțional sau ca o formă de coping activ la un stresor (9, 22, 36, 49).

**12. pasivitatea mentală** – scala identifică „tactica” folosită de anumite persoane în scopul de a evita confruntarea cu problema; pasivitatea mentală are loc prin „imersia” în alte activități: vizionarea de filme sau spectacole, vizitarea prietenilor, practicarea sporturilor etc.; este tendința opusă suprimării oricăror activități, pentru a se concentra la situația problematică (13, 26, 27, 53).

**13. pasivitatea comportamentală** – evaluează tendința de răspuns la stres prin reducerea efortului sau chiar abandonarea angajării în atingerea scopului sau înlăturarea stresorului care interferează cu scopul; pasivitatea comportamentală ca strategie de coping este similară conceptului de neajutorare (12, 25, 41, 50).

**14. recurgerea la alcool-medicamente** – itemul identifică propensiunea de a apela la medicație anxiolitică sau la alcool pentru cuparea stărilor de disconfort psihic rezultate din confruntarea cu situația amenințătoare (39).

Itemii chestionarului au fost astfel formulați încât acest instrument să permită examinarea atât a dispozițiilor coping, cât și a răspunsurilor coping legate de o situație specifică. Diferența constă în instrucția dată subiectului: când se evaluează stilul coping, se cere subiectului să răspundă cum acționează în general când se confruntă cu situații problematice sau stresante. Pentru evaluarea copingului situațional, subiectul va opta pentru formele de răspuns care reflectă cel mai bine modul în care a acționat într-o anumită situație specifică.

Coeficientul de consistență internă a scalelor este cuprins între .92 și .62, iar cel al fidelității test-retest între .83 și .48.



#### ANEXA 4. Rezultatele demersului experimental constatativ

##### I. Rezultatele obținute de Loturile cercetate la determinarea nivelului de stres de către mamele copiilor cu dizabilități

**Tabelul 4.1. Frecvențe absolute obținute în cadrul lotului de cercetare de către mamele copiilor cu dizabilități la determinarea nivelului de stres**

Indicii (datele brute) sau distribuirea datelor \_frecvența valorilor înregistrate

|       |       | nivstrest <sup>a</sup> |         |               | Cumulative |
|-------|-------|------------------------|---------|---------------|------------|
|       |       | Frequency              | Percent | Valid Percent | Percent    |
| Valid | mediu | 31                     | 31,0    | 31,0          | 31,0       |
|       | scăzu | 69                     | 69,0    | 69,0          | 100,0      |
|       | Total | 100                    | 100,0   | 100,0         |            |

a. grup = mame cu copii tipici

|       |        | nivstrest <sup>a</sup> |         |               | Cumulative |
|-------|--------|------------------------|---------|---------------|------------|
|       |        | Frequency              | Percent | Valid Percent | Percent    |
| Valid | mediu  | 78                     | 78,0    | 78,0          | 78,0       |
|       | ridica | 8                      | 8,0     | 8,0           | 86,0       |
|       | scăzu  | 14                     | 14,0    | 14,0          | 100,0      |
|       | Total  | 100                    | 100,0   | 100,0         |            |

a. grup = mame cu copii ANM

**Tabelul 4.2. Frecvențe absolute obținute în cadrul lotului de cercetare de către mamele copiilor cu dizabilități la determinarea nivelului de tensiune neuropsihică**  
Indicii (datele brute) sau distribuirea datelor\_frecvența valorilor înregistrate

|       |         | nivpsm <sup>a</sup> |         |               | Cumulative |
|-------|---------|---------------------|---------|---------------|------------|
|       |         | Frequency           | Percent | Valid Percent | Percent    |
| Valid | mediu   | 67                  | 67,0    | 67,0          | 67,0       |
|       | ridicat | 20                  | 20,0    | 20,0          | 87,0       |
|       | scazut  | 13                  | 13,0    | 13,0          | 100,0      |
|       | Total   | 100                 | 100,0   | 100,0         |            |

a. grup = mame cu copii ANM

|       |         | nivpsm <sup>a</sup> |         |               | Cumulative |
|-------|---------|---------------------|---------|---------------|------------|
|       |         | Frequency           | Percent | Valid Percent | Percent    |
| Valid | mediu   | 28                  | 28,0    | 28,0          | 28,0       |
|       | ridicat | 9                   | 9,0     | 9,0           | 37,0       |
|       | scăzut  | 63                  | 63,0    | 63,0          | 100,0      |
|       | Total   | 100                 | 100,0   | 100,0         |            |

a. grup = mame cu copii tipici

**Tabelul 4.3. Frecvențe absolute și frecvențe relative ale rezultatelor obținute de către mamele copiilor cu dizabilități la determinarea valorilor pentru mecanismele de coping**  
Indicii (datele brute) sau distribuirea datelor\_frecvența valorilor înregistrate

**Frequency Table**

**coping activ**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 4,00  | 1         | ,5      | ,5            | ,5                 |
|       | 6,00  | 4         | 2,0     | 2,0           | 2,5                |
|       | 7,00  | 6         | 3,0     | 3,0           | 5,6                |
|       | 8,00  | 8         | 4,0     | 4,0           | 9,6                |
|       | 9,00  | 14        | 7,1     | 7,1           | 16,7               |
|       | 10,00 | 5         | 2,5     | 2,5           | 19,2               |
|       | 11,00 | 39        | 19,7    | 19,7          | 38,9               |
|       | 12,00 | 52        | 26,3    | 26,3          | 65,2               |
|       | 13,00 | 25        | 12,6    | 12,6          | 77,8               |
|       | 14,00 | 19        | 9,6     | 9,6           | 87,4               |
|       | 15,00 | 23        | 11,6    | 11,6          | 99,0               |
|       | 16,00 | 2         | 1,0     | 1,0           | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**planificare**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 4,00  | 10        | 5,1     | 5,1           | 5,1                |
|       | 5,00  | 40        | 20,2    | 20,2          | 25,3               |
|       | 6,00  | 28        | 14,1    | 14,1          | 39,4               |
|       | 7,00  | 8         | 4,0     | 4,0           | 43,4               |
|       | 8,00  | 5         | 2,5     | 2,5           | 46,0               |
|       | 9,00  | 3         | 1,5     | 1,5           | 47,5               |
|       | 10,00 | 3         | 1,5     | 1,5           | 49,0               |
|       | 11,00 | 4         | 2,0     | 2,0           | 51,0               |
|       | 12,00 | 48        | 24,2    | 24,2          | 75,3               |
|       | 13,00 | 35        | 17,7    | 17,7          | 92,9               |
|       | 14,00 | 9         | 4,5     | 4,5           | 97,5               |
|       | 15,00 | 3         | 1,5     | 1,5           | 99,0               |
|       | 16,00 | 2         | 1,0     | 1,0           | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**eliminarea activitatilor curente**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 5,00  | 1         | ,5      | ,5            | ,5                 |
|       | 6,00  | 15        | 7,6     | 7,6           | 8,1                |
|       | 7,00  | 52        | 26,3    | 26,3          | 34,3               |
|       | 8,00  | 24        | 12,1    | 12,1          | 46,5               |
|       | 9,00  | 5         | 2,5     | 2,5           | 49,0               |
|       | 10,00 | 4         | 2,0     | 2,0           | 51,0               |
|       | 11,00 | 62        | 31,3    | 31,3          | 82,3               |
|       | 12,00 | 7         | 3,5     | 3,5           | 85,9               |
|       | 13,00 | 22        | 11,1    | 11,1          | 97,0               |
|       | 14,00 | 6         | 3,0     | 3,0           | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**retinerea de la actiune**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 4,00  | 1         | ,5      | ,5            | ,5                 |
|       | 5,00  | 12        | 6,1     | 6,1           | 6,6                |
|       | 6,00  | 15        | 7,6     | 7,6           | 14,1               |
|       | 7,00  | 38        | 19,2    | 19,2          | 33,3               |
|       | 8,00  | 15        | 7,6     | 7,6           | 40,9               |
|       | 9,00  | 15        | 7,6     | 7,6           | 48,5               |
|       | 10,00 | 1         | ,5      | ,5            | 49,0               |
|       | 11,00 | 4         | 2,0     | 2,0           | 51,0               |
|       | 12,00 | 5         | 2,5     | 2,5           | 53,5               |
|       | 13,00 | 31        | 15,7    | 15,7          | 69,2               |
|       | 14,00 | 48        | 24,2    | 24,2          | 93,4               |
|       | 15,00 | 12        | 6,1     | 6,1           | 99,5               |
|       | 16,00 | 1         | ,5      | ,5            | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**suport social instrumental**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 4,00  | 9         | 4,5     | 4,5           | 4,5                |
|       | 5,00  | 16        | 8,1     | 8,1           | 12,6               |
|       | 6,00  | 42        | 21,2    | 21,2          | 33,8               |
|       | 7,00  | 9         | 4,5     | 4,5           | 38,4               |
|       | 8,00  | 10        | 5,1     | 5,1           | 43,4               |
|       | 9,00  | 6         | 3,0     | 3,0           | 46,5               |
|       | 10,00 | 5         | 2,5     | 2,5           | 49,0               |
|       | 11,00 | 1         | ,5      | ,5            | 49,5               |
|       | 12,00 | 2         | 1,0     | 1,0           | 50,5               |
|       | 13,00 | 1         | ,5      | ,5            | 51,0               |
|       | 14,00 | 39        | 19,7    | 19,7          | 70,7               |
|       | 15,00 | 24        | 12,1    | 12,1          | 82,8               |
|       | 16,00 | 34        | 17,2    | 17,2          | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**suport social emotional**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 4,00  | 30        | 15,2    | 15,2          | 15,2               |
|       | 5,00  | 20        | 10,1    | 10,1          | 25,3               |
|       | 6,00  | 28        | 14,1    | 14,1          | 39,4               |
|       | 7,00  | 13        | 6,6     | 6,6           | 46,0               |
|       | 8,00  | 1         | ,5      | ,5            | 46,5               |
|       | 9,00  | 3         | 1,5     | 1,5           | 48,0               |
|       | 11,00 | 2         | 1,0     | 1,0           | 49,0               |
|       | 12,00 | 3         | 1,5     | 1,5           | 50,5               |
|       | 13,00 | 12        | 6,1     | 6,1           | 56,6               |
|       | 14,00 | 42        | 21,2    | 21,2          | 77,8               |
|       | 15,00 | 44        | 22,2    | 22,2          | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**reinterpretae pozitiva**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 4,00  | 4         | 2,0     | 2,0           | 2,0                |
|       | 5,00  | 28        | 14,1    | 14,1          | 16,2               |
|       | 6,00  | 31        | 15,7    | 15,7          | 31,8               |
|       | 7,00  | 11        | 5,6     | 5,6           | 37,4               |
|       | 8,00  | 9         | 4,5     | 4,5           | 41,9               |
|       | 9,00  | 7         | 3,5     | 3,5           | 45,5               |
|       | 10,00 | 4         | 2,0     | 2,0           | 47,5               |
|       | 11,00 | 3         | 1,5     | 1,5           | 49,0               |
|       | 12,00 | 7         | 3,5     | 3,5           | 52,5               |
|       | 13,00 | 45        | 22,7    | 22,7          | 75,3               |
|       | 14,00 | 37        | 18,7    | 18,7          | 93,9               |
|       | 15,00 | 10        | 5,1     | 5,1           | 99,0               |
|       | 16,00 | 2         | 1,0     | 1,0           | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**acceptare**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 4,00  | 3         | 1,5     | 1,5           | 1,5                |
|       | 5,00  | 9         | 4,5     | 4,5           | 6,1                |
|       | 6,00  | 14        | 7,1     | 7,1           | 13,1               |
|       | 7,00  | 24        | 12,1    | 12,1          | 25,3               |
|       | 8,00  | 12        | 6,1     | 6,1           | 31,3               |
|       | 9,00  | 24        | 12,1    | 12,1          | 43,4               |
|       | 10,00 | 7         | 3,5     | 3,5           | 47,0               |
|       | 11,00 | 6         | 3,0     | 3,0           | 50,0               |
|       | 12,00 | 11        | 5,6     | 5,6           | 55,6               |
|       | 13,00 | 52        | 26,3    | 26,3          | 81,8               |
|       | 14,00 | 9         | 4,5     | 4,5           | 86,4               |
|       | 15,00 | 26        | 13,1    | 13,1          | 99,5               |
|       | 16,00 | 1         | ,5      | ,5            | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**negare**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 6,00  | 1         | ,5      | ,5            | ,5                 |
|       | 7,00  | 18        | 9,1     | 9,1           | 9,6                |
|       | 8,00  | 30        | 15,2    | 15,2          | 24,7               |
|       | 9,00  | 31        | 15,7    | 15,7          | 40,4               |
|       | 10,00 | 53        | 26,8    | 26,8          | 67,2               |
|       | 11,00 | 17        | 8,6     | 8,6           | 75,8               |
|       | 12,00 | 32        | 16,2    | 16,2          | 91,9               |
|       | 13,00 | 7         | 3,5     | 3,5           | 95,5               |
|       | 14,00 | 4         | 2,0     | 2,0           | 97,5               |
|       | 15,00 | 5         | 2,5     | 2,5           | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**descarcare emotionala**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 6,00  | 1         | ,5      | ,5            | ,5                 |
|       | 7,00  | 1         | ,5      | ,5            | 1,0                |
|       | 8,00  | 8         | 4,0     | 4,0           | 5,1                |
|       | 9,00  | 31        | 15,7    | 15,7          | 20,7               |
|       | 10,00 | 30        | 15,2    | 15,2          | 35,9               |
|       | 11,00 | 19        | 9,6     | 9,6           | 45,5               |
|       | 12,00 | 11        | 5,6     | 5,6           | 51,0               |
|       | 13,00 | 23        | 11,6    | 11,6          | 62,6               |
|       | 14,00 | 21        | 10,6    | 10,6          | 73,2               |
|       | 15,00 | 18        | 9,1     | 9,1           | 82,3               |
|       | 16,00 | 34        | 17,2    | 17,2          | 99,5               |
|       | 17,00 | 1         | ,5      | ,5            | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**orientare spre religie**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 5,00  | 1         | ,5      | ,5            | ,5                 |
|       | 6,00  | 4         | 2,0     | 2,0           | 2,5                |
|       | 7,00  | 10        | 5,1     | 5,1           | 7,6                |
|       | 8,00  | 10        | 5,1     | 5,1           | 12,6               |
|       | 9,00  | 3         | 1,5     | 1,5           | 14,1               |
|       | 10,00 | 21        | 10,6    | 10,6          | 24,7               |
|       | 11,00 | 45        | 22,7    | 22,7          | 47,5               |
|       | 12,00 | 23        | 11,6    | 11,6          | 59,1               |
|       | 13,00 | 19        | 9,6     | 9,6           | 68,7               |
|       | 14,00 | 32        | 16,2    | 16,2          | 84,8               |
|       | 15,00 | 25        | 12,6    | 12,6          | 97,5               |
|       | 16,00 | 5         | 2,5     | 2,5           | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**pasivitate mentala**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 8,00  | 4         | 2,0     | 2,0           | 2,0                |
|       | 9,00  | 18        | 9,1     | 9,1           | 11,1               |
|       | 10,00 | 46        | 23,2    | 23,2          | 34,3               |
|       | 11,00 | 23        | 11,6    | 11,6          | 46,0               |
|       | 12,00 | 17        | 8,6     | 8,6           | 54,5               |
|       | 13,00 | 35        | 17,7    | 17,7          | 72,2               |
|       | 14,00 | 35        | 17,7    | 17,7          | 89,9               |
|       | 15,00 | 19        | 9,6     | 9,6           | 99,5               |
|       | 18,00 | 1         | ,5      | ,5            | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**pasivitate comportamentala**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | 6,00  | 4         | 2,0     | 2,0           | 2,0                |
|       | 7,00  | 3         | 1,5     | 1,5           | 3,5                |
|       | 8,00  | 43        | 21,7    | 21,7          | 25,3               |
|       | 9,00  | 69        | 34,8    | 34,8          | 60,1               |
|       | 10,00 | 46        | 23,2    | 23,2          | 83,3               |
|       | 11,00 | 16        | 8,1     | 8,1           | 91,4               |
|       | 12,00 | 9         | 4,5     | 4,5           | 96,0               |
|       | 13,00 | 8         | 4,0     | 4,0           | 100,0              |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                    |

**recurgere la alcool-medicamente**

|       |       | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative<br>Percent |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|-----------------------|
| Valid | 1,00  | 151       | 76,3    | 76,3          | 76,3                  |
|       | 2,00  | 44        | 22,2    | 22,2          | 98,5                  |
|       | 3,00  | 3         | 1,5     | 1,5           | 100,0                 |
|       | Total | 198       | 100,0   | 100,0         |                       |



**Tabelul 4.4. Compararea statistică și corelarea datelor înregistrate de către mame la „Testul de determinare a nivelului de stres PSM 25” (adaptat de N. Vodopianova) și „Testul de determinare a nivelului de tensiune neuropsihică” (după Т.А. Немчин)**

Rezultatele în comparație, pentru ambele grupuri, cu indicarea semnificației statistice

## T-Test

### Group Statistics

| GRUP                  |              | N   | Mean     | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-----------------------|--------------|-----|----------|----------------|-----------------|
| stres                 | disabilitate | 100 | 120,1939 | 24,15613       | 2,44014         |
|                       | tipic        | 100 | 96,9200  | 28,50720       | 2,85072         |
| tehsiune neuropsihica | disabilitate | 100 | 57,6224  | 10,22783       | 1,03317         |
|                       | tipic        | 100 | 45,3100  | 9,59661        | ,95966          |

### Independent Samples Test

|                       |                             | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |         |                 |                 |                       |                                           |          |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|------|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------|----------|
|                       |                             | F                                       | Sig. | t                            | df      | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |          |
|                       |                             |                                         |      |                              |         |                 |                 |                       | Lower                                     | Upper    |
| stres                 | Equal variances assumed     | 14,113                                  | ,000 | 6,192                        | 198     | ,000            | 23,2739         | 3,75871               | 15,86118                                  | 30,68658 |
|                       | Equal variances not assumed |                                         |      | 6,202                        | 192,014 | ,000            | 23,2739         | 3,75245               | 15,87256                                  | 30,67519 |
| tehsiune neuropsihica | Equal variances assumed     | ,654                                    | ,420 | 8,737                        | 198     | ,000            | 12,3124         | 1,40919               | 9,53333                                   | 15,09157 |
|                       | Equal variances not assumed |                                         |      | 8,732                        | 194,631 | ,000            | 12,3124         | 1,41010               | 9,53141                                   | 15,09349 |

## Correlations

### Correlations

|                       |                     | stres  | tehsiune neuropsihica |
|-----------------------|---------------------|--------|-----------------------|
| stres                 | Pearson Correlation | 1      | ,651**                |
|                       | Sig. (2-tailed)     | .      | ,000                  |
|                       | N                   | 198    | 200                   |
| tehsiune neuropsihica | Pearson Correlation | ,651** | 1                     |
|                       | Sig. (2-tailed)     | ,000   | .                     |
|                       | N                   | 200    | 198                   |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tabelul 4.5. Compararea statistică a datelor loturilor cercetate la „Testul de determinare a mecanismelor de coping COPE” (Carver, Scheier și Weintraub)**

Rezultatele în comparație, pentru ambele grupuri, cu indicarea semnificației statistice

**Group Statistics**

| GRUP                             |              | N   | Mean    | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|----------------------------------|--------------|-----|---------|----------------|-----------------|
| coping activ                     | disabilitate | 100 | 10,3571 | 2,08208        | ,21032          |
|                                  | tipic        | 100 | 13,1600 | 1,39059        | ,13906          |
| planificare                      | disabilitate | 100 | 6,7400  | 1,53985        | ,15555          |
|                                  | tipic        | 100 | 3,3300  | ,95743         | ,09574          |
| eliminarea activitatilor curente | disabilitate | 100 | 9,2347  | ,90589         | ,09151          |
|                                  | tipic        | 100 | 11,6300 | 1,11604        | ,11160          |
| reținerea de la acțiune          | disabilitate | 100 | 9,1122  | 1,35375        | ,13675          |
|                                  | tipic        | 100 | 13,6300 | ,93911         | ,09391          |
| suport social instrumental       | disabilitate | 100 | 6,5204  | 2,04198        | ,20627          |
|                                  | tipic        | 100 | 14,7400 | 1,23599        | ,12360          |
| suport social emotional          | disabilitate | 100 | 28,4400 | 1,70888        | ,17262          |
|                                  | tipic        | 100 | 15,8500 | ,78650         | ,07865          |
| reinterpretare pozitivă          | disabilitate | 100 | 13,6327 | 2,11713        | ,21386          |
|                                  | tipic        | 100 | 13,4600 | ,94730         | ,09473          |
| acceptare                        | disabilitate | 100 | 12,6939 | 1,96048        | ,19804          |
|                                  | tipic        | 100 | 13,4300 | 1,11242        | ,11124          |
| negare                           | disabilitate | 100 | 17,0000 | 1,57377        | ,15897          |
|                                  | tipic        | 100 | 11,5000 | 2,11058        | ,21106          |
| descarcare emoțională            | disabilitate | 100 | 4,1500  | 1,81294        | ,18314          |
|                                  | tipic        | 100 | 6,6600  | 1,67389        | ,16739          |
| orientare spre religie           | disabilitate | 100 | 11,3878 | 3,09183        | ,31232          |
|                                  | tipic        | 100 | 12,2100 | 1,56538        | ,15654          |
| pasivitate mentală               | disabilitate | 100 | 10,2347 | 1,11041        | ,11217          |
|                                  | tipic        | 100 | 13,5600 | 1,21705        | ,12171          |
| pasivitate comportamentală       | disabilitate | 100 | 8,9286  | 1,38661        | ,14007          |
|                                  | tipic        | 100 | 9,8300  | 1,24766        | ,12477          |
| recurgere la alcool-medicamente  | disabilitate | 100 | 1,5000  | ,56074         | ,05664          |
|                                  | tipic        | 100 | 1,0100  | ,10000         | ,01000          |

## ANEXA 5. Rezultatele demersului experimental constatativ

**Tabelul 5.1. Corelații per loturi de cercetare la etapa de constatare a nivelului de stres, tensiune neuropsihică și mecanismele de coping evaluate**

### A. Lotul mamelor cu copii tipici

|        |                     | Correlations <sup>a</sup> |        |         |         |         |        |       |        |         |
|--------|---------------------|---------------------------|--------|---------|---------|---------|--------|-------|--------|---------|
|        |                     | punpsm                    | strest | CA      | PL      | EAC     | RdIA   | CSSI  | CSSE   | RP      |
| punpsm | Pearson Correlation | 1                         | ,651** | -,111   | ,103    | -,023   | ,024   | -,039 | -,067  | ,113    |
|        | Sig. (2-tailed)     |                           | ,000   | ,273    | ,308    | ,824    | ,809   | ,697  | ,509   | ,263    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100     | 100     | 100     | 100    | 100   | 100    | 100     |
| strest | Pearson Correlation | ,651**                    | 1      | -,029   | ,087    | ,076    | ,064   | -,033 | ,111   | ,130    |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,000                      |        | ,774    | ,390    | ,451    | ,526   | ,745  | ,270   | ,199    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100     | 100     | 100     | 100    | 100   | 100    | 100     |
| CA     | Pearson Correlation | -,111                     | -,029  | 1       | -,383** | -,290** | ,409** | -,141 | ,506** | -,716** |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,273                      | ,774   |         | ,000    | ,003    | ,000   | ,163  | ,000   | ,000    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100     | 100     | 100     | 100    | 100   | 100    | 100     |
| PL     | Pearson Correlation | ,103                      | ,087   | -,383** | 1       | -,031   | ,180   | ,175  | ,059   | ,265**  |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,308                      | ,390   | ,000    |         | ,760    | ,072   | ,081  | ,558   | ,008    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100     | 100     | 100     | 100    | 100   | 100    | 100     |
| EAC    | Pearson Correlation | -,023                     | ,076   | -,290** | -,031   | 1       | ,258** | ,073  | ,277** | ,447**  |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,824                      | ,451   | ,003    | ,760    |         | ,009   | ,473  | ,005   | ,000    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100     | 100     | 100     | 100    | 100   | 100    | 100     |
| RdIA   | Pearson Correlation | ,024                      | ,064   | ,409**  | ,180    | ,258**  | 1      | -,003 | ,527** | ,104    |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,809                      | ,526   | ,000    | ,072    | ,009    |        | ,980  | ,000   | ,303    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100     | 100     | 100     | 100    | 100   | 100    | 100     |

|      |                     |       |       |         |        |        |        |      |       |       |
|------|---------------------|-------|-------|---------|--------|--------|--------|------|-------|-------|
| CSSI | Pearson Correlation | -,039 | -,033 | -,141   | ,175   | ,073   | -,003  | 1    | ,087  | ,177  |
|      | Sig. (2-tailed)     | ,697  | ,745  | ,163    | ,081   | ,473   | ,980   |      | ,388  | ,078  |
|      | N                   | 100   | 100   | 100     | 100    | 100    | 100    | 100  | 100   | 100   |
| CSSE | Pearson Correlation | -,067 | ,111  | ,506**  | ,059   | ,277** | ,527** | ,087 | 1     | -,056 |
|      | Sig. (2-tailed)     | ,509  | ,270  | ,000    | ,558   | ,005   | ,000   | ,388 |       | ,582  |
|      | N                   | 100   | 100   | 100     | 100    | 100    | 100    | 100  | 100   | 100   |
| RP   | Pearson Correlation | ,113  | ,130  | -,716** | ,265** | ,447** | ,104   | ,177 | -,056 | 1     |
|      | Sig. (2-tailed)     | ,263  | ,199  | ,000    | ,008   | ,000   | ,303   | ,078 | ,582  |       |
|      | N                   | 100   | 100   | 100     | 100    | 100    | 100    | 100  | 100   | 100   |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. grup = mame cu copii tipici

## A. Lotul mamelor cu copii cu AN

|        |                     | Correlations <sup>a</sup> |        |       |      |       |       |       |       |      |
|--------|---------------------|---------------------------|--------|-------|------|-------|-------|-------|-------|------|
|        |                     | punpsm                    | strest | CA    | PL   | EAC   | RdIA  | CSSI  | CSSE  | RP   |
| punpsm | Pearson Correlation | 1                         | ,674** | -,094 | ,106 | -,015 | -,006 | -,060 | ,110  | ,127 |
|        | Sig. (2-tailed)     |                           | ,000   | ,353  | ,293 | ,879  | ,953  | ,552  | ,275  | ,207 |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100   | 100  | 100   | 100   | 100   | 100   | 100  |
| strest | Pearson Correlation | ,674**                    | 1      | -,110 | ,161 | -,149 | ,096  | -,029 | -,026 | ,146 |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,000                      |        | ,278  | ,109 | ,138  | ,340  | ,776  | ,794  | ,147 |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100   | 100  | 100   | 100   | 100   | 100   | 100  |

|      |                     |       |       |         |         |         |         |         |         |         |
|------|---------------------|-------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| CA   | Pearson Correlation | -,094 | -,110 | 1       | -,622** | ,383**  | -,602** | ,441**  | -,381** | -,859** |
|      | Sig. (2-tailed)     | ,353  | ,278  |         | ,000    | ,000    | ,000    | ,000    | ,000    | ,000    |
|      | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |
| PL   | Pearson Correlation | ,106  | ,161  | -,622** | 1       | -,276** | ,549**  | -,375** | -,144   | ,688**  |
|      | Sig. (2-tailed)     | ,293  | ,109  | ,000    |         | ,005    | ,000    | ,000    | ,153    | ,000    |
|      | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |
| EAC  | Pearson Correlation | -,015 | -,149 | ,383**  | -,276** | 1       | -,485** | ,195    | ,316**  | -,633** |
|      | Sig. (2-tailed)     | ,879  | ,138  | ,000    | ,005    |         | ,000    | ,052    | ,001    | ,000    |
|      | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |
| RdIA | Pearson Correlation | -,006 | ,096  | -,602** | ,549**  | -,485** | 1       | -,226*  | ,126    | ,574**  |
|      | Sig. (2-tailed)     | ,953  | ,340  | ,000    | ,000    | ,000    |         | ,024    | ,210    | ,000    |
|      | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |
| CSSI | Pearson Correlation | -,060 | -,029 | ,441**  | -,375** | ,195    | -,226*  | 1       | ,093    | -,482** |
|      | Sig. (2-tailed)     | ,552  | ,776  | ,000    | ,000    | ,052    | ,024    |         | ,359    | ,000    |
|      | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |
| CSSE | Pearson Correlation | ,110  | -,026 | -,381** | -,144   | ,316**  | ,126    | ,093    | 1       | ,141    |
|      | Sig. (2-tailed)     | ,275  | ,794  | ,000    | ,153    | ,001    | ,210    | ,359    |         | ,162    |
|      | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |
| RP   | Pearson Correlation | ,127  | ,146  | -,859** | ,688**  | -,633** | ,574**  | -,482** | ,141    | 1       |
|      | Sig. (2-tailed)     | ,207  | ,147  | ,000    | ,000    | ,000    | ,000    | ,000    | ,162    |         |
|      | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. grup = mame cu copii ANM

## B. Lotul mamelor cu copii tipici

|        |                     | Correlations <sup>a</sup> |        |        |        |        |        |        |         |         |
|--------|---------------------|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
|        |                     | punpsm                    | strest | ACCEPT | NEG    | DE     | OspreR | PM     | PC      | RAIMed  |
| punpsm | Pearson Correlation | 1                         | ,651** | -,093  | -,099  | -,043  | ,016   | ,087   | ,105    | ,070    |
|        | Sig. (2-tailed)     |                           | ,000   | ,357   | ,328   | ,670   | ,877   | ,391   | ,297    | ,488    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100     | 100     |
| strest | Pearson Correlation | ,651**                    | 1      | -,049  | -,057  | -,051  | -,039  | -,009  | ,004    | ,105    |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,000                      |        | ,630   | ,576   | ,617   | ,703   | ,928   | ,966    | ,299    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100     | 100     |
| ACCEPT | Pearson Correlation | -,093                     | -,049  | 1      | ,552** | ,457** | ,526** | -,021  | -,389** | -,717** |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,357                      | ,630   |        | ,000   | ,000   | ,000   | ,837   | ,000    | ,000    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100     | 100     |
| NEG    | Pearson Correlation | -,099                     | -,057  | ,552** | 1      | ,597** | ,240*  | ,507** | -,077   | -,196   |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,328                      | ,576   | ,000   |        | ,000   | ,016   | ,000   | ,447    | ,050    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100     | 100     |
| DE     | Pearson Correlation | -,043                     | -,051  | ,457** | ,597** | 1      | ,059   | ,200*  | -,044   | -,482** |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,670                      | ,617   | ,000   | ,000   |        | ,560   | ,046   | ,663    | ,000    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100     | 100     |
| OspreR | Pearson Correlation | ,016                      | -,039  | ,526** | ,240*  | ,059   | 1      | ,372** | -,064   | -,521** |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,877                      | ,703   | ,000   | ,016   | ,560   |        | ,000   | ,524    | ,000    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100     | 100     |
| PM     | Pearson Correlation | ,087                      | -,009  | -,021  | ,507** | ,200*  | ,372** | 1      | ,199*   | ,116    |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,391                      | ,928   | ,837   | ,000   | ,046   | ,000   |        | ,047    | ,250    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100     | 100     |

|        |                     |      |      |         |       |         |         |       |        |        |
|--------|---------------------|------|------|---------|-------|---------|---------|-------|--------|--------|
| PC     | Pearson Correlation | ,105 | ,004 | -,389** | -,077 | -,044   | -,064   | ,199* | 1      | ,308** |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,297 | ,966 | ,000    | ,447  | ,663    | ,524    | ,047  |        | ,002   |
|        | N                   | 100  | 100  | 100     | 100   | 100     | 100     | 100   | 100    | 100    |
| RAIMed | Pearson Correlation | ,070 | ,105 | -,717** | -,196 | -,482** | -,521** | ,116  | ,308** | 1      |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,488 | ,299 | ,000    | ,050  | ,000    | ,000    | ,250  | ,002   |        |
|        | N                   | 100  | 100  | 100     | 100   | 100     | 100     | 100   | 100    | 100    |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. grup = mame cu copii tipici

### C. Lotul mamelor cu copii cu AN

|        |                     | Correlations <sup>a</sup> |        |        |        |        |        |         |         |         |
|--------|---------------------|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|
|        |                     | punpsm                    | strest | ACCEPT | NEG    | DE     | OspreR | PM      | PC      | RAIMed  |
| punpsm | Pearson Correlation | 1                         | ,674** | ,016   | -,136  | -,040  | -,051  | -,114   | ,060    | ,186    |
|        | Sig. (2-tailed)     |                           | ,000   | ,878   | ,176   | ,692   | ,613   | ,259    | ,556    | ,064    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100     | 100     | 100     |
| strest | Pearson Correlation | ,674**                    | 1      | ,041   | ,036   | ,015   | ,063   | -,070   | -,064   | ,106    |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,000                      |        | ,688   | ,720   | ,881   | ,535   | ,490    | ,529    | ,293    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100     | 100     | 100     |
| ACCEPT | Pearson Correlation | ,016                      | ,041   | 1      | ,754** | ,653** | ,547** | -,446** | -,691** | -,250*  |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,878                      | ,688   |        | ,000   | ,000   | ,000   | ,000    | ,000    | ,012    |
|        | N                   | 100                       | 100    | 100    | 100    | 100    | 100    | 100     | 100     | 100     |
| NEG    | Pearson Correlation | -,136                     | ,036   | ,754** | 1      | ,793** | ,785** | -,109   | -,856** | -,441** |

|        |                     |       |       |         |         |         |         |         |         |         |
|--------|---------------------|-------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|        | Sig. (2-tailed)     | ,176  | ,720  | ,000    |         | ,000    | ,000    | ,281    | ,000    | ,000    |
|        | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |
| DE     | Pearson Correlation | -,040 | ,015  | ,653**  | ,793**  | 1       | ,505**  | -,044   | -,566** | -,589** |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,692  | ,881  | ,000    | ,000    |         | ,000    | ,667    | ,000    | ,000    |
|        | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |
| OspreR | Pearson Correlation | -,051 | ,063  | ,547**  | ,785**  | ,505**  | 1       | ,181    | -,818** | -,149   |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,613  | ,535  | ,000    | ,000    | ,000    |         | ,071    | ,000    | ,139    |
|        | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |
| PM     | Pearson Correlation | -,114 | -,070 | -,446** | -,109   | -,044   | ,181    | 1       | ,110    | -,279** |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,259  | ,490  | ,000    | ,281    | ,667    | ,071    |         | ,275    | ,005    |
|        | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |
| PC     | Pearson Correlation | ,060  | -,064 | -,691** | -,856** | -,566** | -,818** | ,110    | 1       | ,407**  |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,556  | ,529  | ,000    | ,000    | ,000    | ,000    | ,275    |         | ,000    |
|        | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |
| RAIMed | Pearson Correlation | ,186  | ,106  | -,250*  | -,441** | -,589** | -,149   | -,279** | ,407**  | 1       |
|        | Sig. (2-tailed)     | ,064  | ,293  | ,012    | ,000    | ,000    | ,139    | ,005    | ,000    |         |
|        | N                   | 100   | 100   | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     | 100     |

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. grup = mame cu copii ANM



**ANEXA 6. Poze din cadrul experimentului formativ**









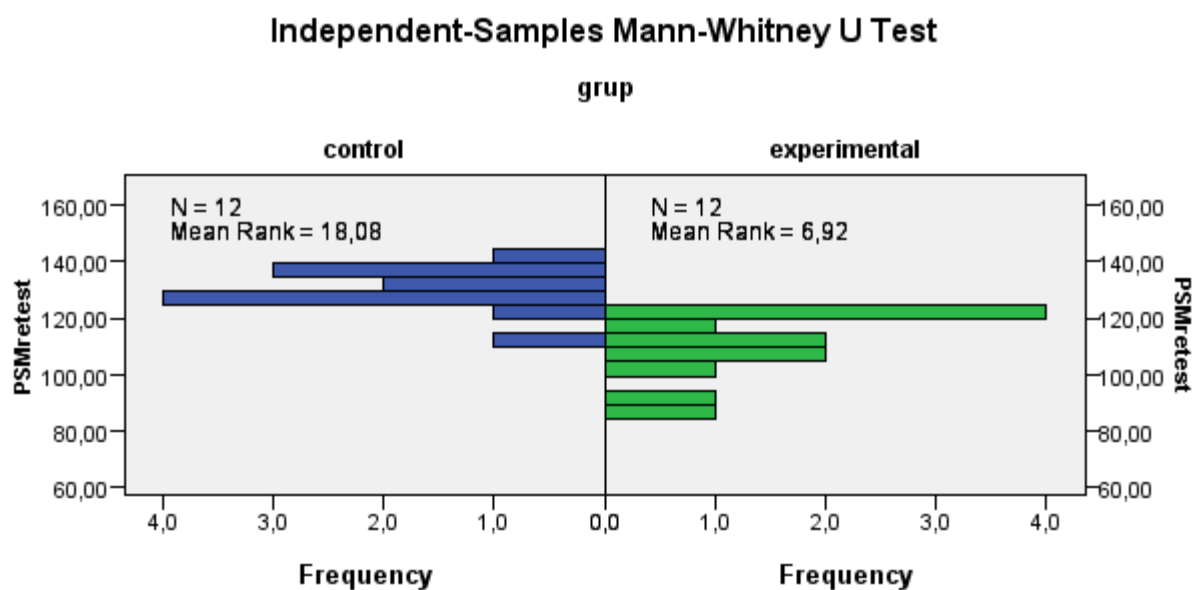


## ANEXA 7. Rezultatele demersului experimental de control

**Tabelul A. Compararea mediilor pentru mecanismele de coping în grupul de control (Chestionarul COPE)**

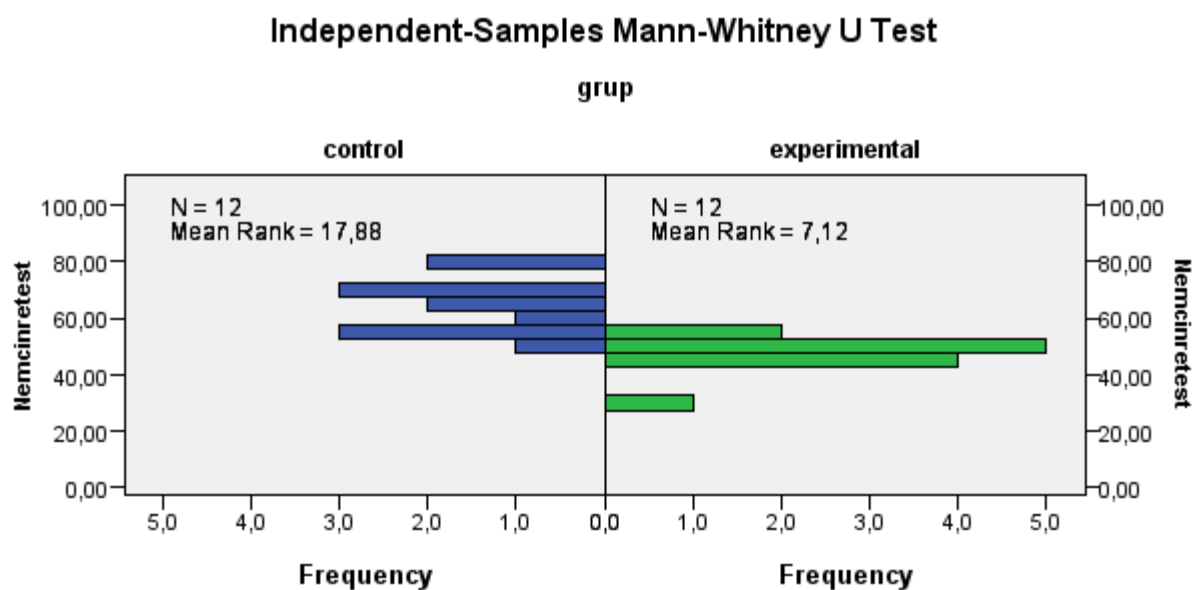
| Independent Samples Test         |                         |                                         |      |                              |     |                 |                 |                       |                                           |          |
|----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------|------|------------------------------|-----|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------|----------|
|                                  |                         | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |     |                 |                 |                       |                                           |          |
|                                  |                         | F                                       | Sig. | t                            | df  | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |          |
|                                  |                         |                                         |      |                              |     |                 |                 |                       | Lower                                     | Upper    |
| coping activ                     | Equal variances assumed | 14,228                                  | ,000 | -1,160                       | 198 | ,800            | -2,8029         | ,25116                | -3,29817                                  | -2,30754 |
| planificare                      | Equal variances assumed | 6,755                                   | ,010 | -3,357                       | 198 | ,001            | -6,7929         | ,18183                | -7,15146                                  | -6,43426 |
| eliminarea activitatilor curente | Equal variances assumed | 9,777                                   | ,002 | -,391                        | 198 | 1,020           | -4,3953         | ,14463                | -4,68053                                  | -4,11008 |
| retinerea de la actiune          | Equal variances assumed | 6,646                                   | ,011 | -,430                        | 198 | ,960            | -6,5178         | ,16530                | -6,84375                                  | -6,19176 |
| suport social instrumental       | Equal variances assumed | 7,228                                   | ,008 | -,343                        | 198 | ,970            | -8,2196         | ,23934                | -8,69160                                  | -7,74758 |
| suport social emotional          | Equal variances assumed | 21,879                                  | ,000 | -5,890                       | 198 | ,000            | -8,6478         | ,18845                | -9,01940                                  | -8,27611 |
| reinterpretare pozitiva          | Equal variances assumed | 26,697                                  | ,000 | -2,387                       | 198 | ,670            | -6,8273         | ,23233                | -7,28553                                  | -6,36917 |
| acceptare                        | Equal variances assumed | 21,461                                  | ,000 | -2,385                       | 198 | ,630            | 133,753         | ,000                  | -6,8273                                   | ,23390   |
| negare                           | Equal variances assumed | 1,269                                   | ,261 | 3,581                        | 198 | ,000            | ,9490           | ,26500                | ,42637                                    | -25,253  |
| descarcare emotionala            | Equal variances assumed | 1,912                                   | ,168 | 6,603                        | 198 | ,000            | 4,1161          | ,24791                | 3,62721                                   | 4,60503  |
| orientare spre religie           | Equal variances assumed | 46,618                                  | ,000 | -,368                        | 198 | ,789            | -,8222          | ,34726                | -1,50710                                  | -,13739  |
| pasivitate mentala               | Equal variances assumed | ,700                                    | ,404 | -2,073                       | 198 | ,078            | -3,3253         | ,16566                | -3,65202                                  | -2,99859 |
| pasivitate comportamentala       | Equal variances assumed | ,673                                    | ,413 | -1,811                       | 198 | ,064            | -,9014          | ,18738                | -1,27097                                  | -,53189  |
| recurgere la alcool-medicamente  | Equal variances assumed | 655,948                                 | ,000 | 1,600                        | 198 | ,097            | ,4900           | ,05697                | ,37764                                    | ,60236   |

**Tabelul B. Compararea mediilor pentru ambele grupuri experimentale, obținute la variabila stres**



|                                       |        |
|---------------------------------------|--------|
| <b>Total N</b>                        | 24     |
| <b>Mann-Whitney U</b>                 | 5,000  |
| <b>Wilcoxon W</b>                     | 83,000 |
| <b>Test Statistic</b>                 | 5,000  |
| <b>Standard Error</b>                 | 17,298 |
| <b>Standardized Test Statistic</b>    | -3,873 |
| <b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b> | ,000   |
| <b>Exact Sig. (2-sided test)</b>      | ,000   |

**Tabelul C. Compararea mediilor pentru ambele grupuri experimentale, obținute la variabila tensiune neuropsihică**



|                                       |        |
|---------------------------------------|--------|
| <b>Total N</b>                        | 24     |
| <b>Mann-Whitney U</b>                 | 7,500  |
| <b>Wilcoxon W</b>                     | 85,500 |
| <b>Test Statistic</b>                 | 7,500  |
| <b>Standard Error</b>                 | 17,302 |
| <b>Standardized Test Statistic</b>    | -3,728 |
| <b>Asymptotic Sig. (2-sided test)</b> | ,000   |
| <b>Exact Sig. (2-sided test)</b>      | ,000   |

**ANEXA 8. Diferențe semnificative statistic a mediilor înregistrate pentru nivelul de tensiune neuropsihică și stres în cadrul experimentului de control**

**Group Statistics**

|              | grup         | N  | Mean     | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------------|--------------|----|----------|----------------|-----------------|
| PSMretest    | control      | 12 | 129,8333 | 8,40815        | 2,42722         |
|              | experimental | 12 | 109,0000 | 11,96966       | 3,45534         |
| Nemcinretest | control      | 12 | 65,3333  | 9,85655        | 2,84534         |
|              | experimental | 12 | 47,4167  | 6,97343        | 2,01306         |
| PSMtest      | control      | 12 | 131,5833 | 10,14852       | 2,92962         |
|              | experimental | 12 | 135,9167 | 12,47148       | 3,60021         |
| Nemcintest   | control      | 12 | 65,5833  | 9,68089        | 2,79463         |
|              | experimental | 12 | 62,4167  | 7,53728        | 2,17583         |

**Independent Samples Test**

|              |                             | Levene's Test for Equality of Variances |      | t-test for Equality of Means |        |                 |                 |                       |                                           |          |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------------------|------|------------------------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------|----------|
|              |                             | F                                       | Sig. | t                            | df     | Sig. (2-tailed) | Mean Difference | Std. Error Difference | 95% Confidence Interval of the Difference |          |
|              |                             |                                         |      |                              |        |                 |                 |                       | Lower                                     | Upper    |
| PSMretest    | Equal variances assumed     | 1,677                                   | ,209 | 4,934                        | 22     | ,000            | 20,83333        | 4,22265               | 12,07608                                  | 29,59058 |
|              | Equal variances not assumed |                                         |      | 4,934                        | 19,730 | ,000            | 20,83333        | 4,22265               | 12,01730                                  | 29,64937 |
| Nemcinretest | Equal variances assumed     | 2,370                                   | ,138 | 5,140                        | 22     | ,000            | 17,91667        | 3,48545               | 10,68829                                  | 25,14505 |
|              | Equal variances not assumed |                                         |      | 5,140                        | 19,806 | ,000            | 17,91667        | 3,48545               | 10,64157                                  | 25,19176 |
| PSMtest      | Equal variances assumed     | ,578                                    | ,455 | -,934                        | 22     | ,361            | -4,33333        | 4,64157               | -13,95936                                 | 5,29270  |
|              | Equal variances not assumed |                                         |      | -,934                        | 21,127 | ,361            | -4,33333        | 4,64157               | -13,98247                                 | 5,31581  |
| Nemcintest   | Equal variances assumed     | 1,454                                   | ,241 | ,894                         | 22     | ,381            | 3,16667         | 3,54178               | -4,17853                                  | 10,51186 |
|              | Equal variances not assumed |                                         |      | ,894                         | 20,752 | ,382            | 3,16667         | 3,54178               | -4,20422                                  | 10,53755 |

## DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, *Gavriliță Lucia*, declar pe propria răspundere că materialele prezentate în teza de doctorat „***Rolul GROUP MOVIE THERAPY în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii***” se referă la propriile activități și realizări, în caz contrar urmând să suport consecințele, în conformitate cu legislația în vigoare.

**GAVRILIȚĂ Lucia**

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_



## CURRICULUM VITAE

|                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Nume și prenume:</b> Gavriliță Lucia<br><b>2. Cetățenie:</b> Republica Moldova<br><b>3. Date de contact:</b> Telefon: +37379775511<br>e-mail: luciagavriluta@gmail.com<br><b>4. Studii:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>Instituția</b>                                                                                                                                                                                 | Institutul de Științe ale Educației din Republica Moldova<br>Studii doctorale                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                   |
| <b>Perioada</b>                                                                                                                                                                                   | Septembrie 2011 – Mai 2014                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |
| <b>Domeniul cercetare</b>                                                                                                                                                                         | 511.03. Psihologie Socială                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |
| <b>Tema tezei de doctor</b>                                                                                                                                                                       | Rolul „Group Movie Therapy” în gestionarea nivelului de stres la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |
| <b>Instituția</b>                                                                                                                                                                                 | Academia de Administrare Publică din Chișinău                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                   |
| <b>Perioada</b>                                                                                                                                                                                   | Septembrie 2003 – Mai 2005                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |
| <b>Diploma</b>                                                                                                                                                                                    | Nr. 001403, din 07.06.2005                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |
| <b>Calificarea</b>                                                                                                                                                                                | Magistru în Management                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                   |
| <b>Instituția</b>                                                                                                                                                                                 | Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                   |
| <b>Perioada</b>                                                                                                                                                                                   | Septembrie 1998 – Iulie 2002                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                   |
| <b>Diploma</b>                                                                                                                                                                                    | nr. 2192 din 21.06.1994                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |
| <b>Calificarea</b>                                                                                                                                                                                | Studii superioare în ”Pedagogia și metodică învățământului primar”                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                   |
| <b>5. Experiența profesională:</b>                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                   |
| <b>Perioada</b>                                                                                                                                                                                   | Ianuarie 2009 – prezent                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |
| <b>Organizația</b>                                                                                                                                                                                | Centrul „Speranța”                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                   |
| <b>Poziția ocupată</b>                                                                                                                                                                            | Director executiv                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                   |
| <b>Descrierea responsabilităților</b>                                                                                                                                                             | Management organizațional și al resurselor umane, planificare strategică, calitatea serviciilor, acomodare rezonabilă și adaptare arhitecturală pentru 32 de instituții de învățământ din țară. Treninguri de formare pentru profesioniști în domeniul prestării serviciilor de suport pentru persoanele cu dizabilități. |                                                                                   |
| <b>Perioada</b>                                                                                                                                                                                   | 2013-2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                   |
| <b>Organizația</b>                                                                                                                                                                                | Parlamentul Republicii Moldova                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |
| <b>Poziția ocupată</b>                                                                                                                                                                            | Membra a Consiliului pentru Prevenirea și Eliminarea Discriminării și Asigurarea Egalității (CPEDAE)                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                   |
| <b>Descrierea responsabilităților</b>                                                                                                                                                             | Elaborare de acte normative și reglatoare pentru funcționarea CPEDAE. Audieri, consultanță, mediere privind situațiile de discriminare. Trainer în domeniul prevenirii și eliminării discriminării și promovarea drepturilor omului.                                                                                      |                                                                                   |
| <b>Perioada</b>                                                                                                                                                                                   | 2008 (noiembrie) - 2009 (septembrie)                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                   |
| <b>Organizația</b>                                                                                                                                                                                | Guvernul Republicii Moldova                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                   |
| <b>Poziția ocupată</b>                                                                                                                                                                            | Consilier Principal de Stat în Dezvoltarea Politicilor Sociale ale Republicii Moldova                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                   |
| <b>Descrierea responsabilităților</b>                                                                                                                                                             | Analiză politicilor. Elaborarea recomandărilor privind îmbunătățirea documentelor de politici în domeniul social.                                                                                                                                                                                                         |                                                                                   |
| <b>Perioada</b>                                                                                                                                                                                   | 2007 (aprilie) - 2008 (noiembrie)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                   |
| <b>Organizația</b>                                                                                                                                                                                | Ministerul Protecției Sociale, Familiei și Copilului din Republica Moldova                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                   |
| <b>Poziția ocupată</b>                                                                                                                                                                            | Vice- Ministru                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                   |
| <b>Descrierea responsabilităților</b>                                                                                                                                                             | Analiza de politici sociale privind elaborarea recomandărilor în vederea îmbunătățirii politicilor sociale. Coordonarea și implicarea în procesul de elaborare a Studiului de Fezabilitate privind Ratificarea Convenției ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități.                                             |                                                                                   |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Perioada</b>                       | Ianuarie 2000 – 2007                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Organizația</b>                    | Centrul de Zi „Speranța”                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Poziția ocupată</b>                | Director executiv                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Descrierea responsabilităților</b> | Elaborarea principiilor de inițiere a unui serviciu pentru copii cu dizabilități cu pachetul integral al managerului-manualul operațional. Elaborarea standardelor minime de calitate pentru serviciile de zi pentru copiii cu dizabilități. |

#### 6. Educație non-formală:

| <b>Perioada /Instituția</b>                                                                                                                                                                                        | <b>Calificarea obținută:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2017/C.E. PRO DIDACTICA</b>                                                                                                                                                                                     | „EDUCAȚIE PRIN FILM”, seminar 8 ore.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>2014/ Centrul „Speranța”/ PCF Institutul Național al Justiției/OHCHR Kultur Kontakt Austria</b>                                                                                                                 | „Managementul comportamentului copilului cu CES în educația incluzivă”, seminar, 16 ore.<br>„O societate pentru toți”, prin prisma Convenției ONU privind drepturile Persoanelor cu Dizabilități, seminar 8 ore academice.<br>„Comunicare susținută”, f. Angelika Homberg, seminar 24 ore.<br>„Managementul Comportamentului Copilului cu CES în Educația Incluzivă”, f. Laura Runceanu, Doctor în Psihologie, Romania, 16 ore.                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>2013/Oficiul Consiliului Europei în RM Institutul Național al Justiției/ OHCHR Institutul Național al Justiției/ABA ROLI Moldova Consiliul Europei/ Uniunea Avocaților Centrul „Speranța”/ RENINCO- România</b> | „Interzicerea discriminării în conformitate cu Convenția Europeană a Drepturilor Omului și Carta Socială Europeană Revizuită”, 16 ore.<br>„Standarde internaționale, noțiuni-cheie pentru implementarea eficientă a legii privind asigurarea egalității”, seminar 16 ore.<br>Seminar „Standarde Internaționale, Noțiuni cheie pentru implementarea eficientă a legii privind Asigurarea Egalității”, 16 ore.<br>„Procedura Curții Europene pentru Drepturile Omului: Admisibilitatea plângerilor în lumina recentelor reforme și schimbările inevitabile ale Procedurii”, seminar tematic 16 ore.<br>„Abordarea Dificultăților de învățare în educația incluzivă”, f. E. Vrasmas professor universitar, doctor în psihologie, seminar 16 ore. |
| <b>2012 Ministerul Educației/UNICEF/ Banca Mondială Kultur Kontakt Austria</b>                                                                                                                                     | „Mentoratul- model eficient pentru dezvoltarea profesională a cadrelor didactice din domeniul educației timpurii”, curs de formare 40 ore. ce.<br>„Învățarea în grupuri eterogene”, f. Roland ASTL și K.Santer, 24 ore.<br>„Indexul Incluziunii Școlare”, 24 ore.<br>„Comunicarea non-violentă”, f. K. Bitschnau și G. Stoll-Mark, 24 ore.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>2011 KK Austria HI, Franța/EASPD, Belgia</b>                                                                                                                                                                    | „Planul Educațional Individualizat”, 24 ore.<br>Program de instruire „Expertiză Regională în domeniul serviciilor sociale pentru persoanele cu dizabilități”. Certificată în calitate de expert- practician în domeniul dat pentru regiunea Europei de Sud-Est.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>2007-2009 CreDO- Moldova/ TransForma- Olanda</b>                                                                                                                                                                | Program de instruire privind elaborarea, monitorizarea și evaluarea Politicilor Publice.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>2008 Academia de Administrare Publică Centrul „Speranța”/ RENINCO- RO</b>                                                                                                                                       | Program de instruire „Planificarea Strategice și managementul Conducerii”, 14 ore.<br>Curs de instruire „Analiza Impactului de Reglementare”, formator Faisal NARU, 8 ore.<br>Curs de perfecționare „Management și planificare strategică”, formator Alexandru Roman, dr.habilitat, profesor universitar, 14 ore.<br>„Consilierea Psihopedagogică a părinților”, f. E. Vrasmas profesor universitar, doctor în psihologie, seminar de formare 16 ore.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>2007 Academia de Administrare Publică</b>                                                                                                                                                                       | Curs de perfecționare „Dezvoltarea managerială și arta conducerii”, formator Alexandru Roman, dr.habilitat, profesor universitar, 40 ore.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>2006 Universitatea</b>                                                                                                                                                                                          | Training „Rights of Children living with disabilities”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kurt Bosch, Sion – Valais- Switzerland                               | Certificate issued 14.10.2006                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>2004</b> US Department of Commerce/Keystone Human Service Systems | SABIT în Leadership, Management, and Governance, Clinical and Quality, Corporate Compliance, HR, Finance, Information Systems, Proposal/Grant Writing, Business Plan Development, Strategic Planning, Community Development and FR, Social Role Valorization.<br>Certificate issued 24.08.2004 |

**7. Cunoașterea limbilor:**

| <b>Limba</b> | <b>Vorbit</b> | <b>Scris</b> |
|--------------|---------------|--------------|
| Engleza      | 5             | 5            |
| Rusa         | 4             | 4            |
| Italiana     | 4             | 3            |

**8. Abilități de lucru la calculator:** Mod avansat de utilizare.

**9. Publicații în reviste din** Registrul Național al revistelor de profil, cu indicarea categoriei **B**  
12 publicații cu un volum de circa 4 c.a. și discutate în cadrul diverselor reuniuni științifice: