

THE SUPPORT GROUP FOR AUTIST CHILDREN PARENTS**Loredana BĂNICĂ**

“Spiru Haret” University of Bucharest

Abstract: In this study we aimed to highlight the concrete conditions of initiation and organization of a support group dedicated to the parents of children with autism. Also we aimed to investigate the effects of the support group over the parental anxiety and stress.

The intervention we refer to in the present study combines the principles of support group organization and psycho-education techniques, with the tools of psychodrama techniques. The combination of therapeutic techniques, psycho-education and psychodrama had positive effects on parents of children with autism, the downside levels of anxiety and stress. The size of these effects were conditioned parent involvement beyond the therapeutic approach, the child's chronological age and period when it makes specific therapy, ie, the period when the parent lives in autism issues. The therapeutic intervention and support for the parent are early (reported at the time of the child diagnosis), the best results are expected in managing anxiety and parental stress.

Keywords: Autistic spectrum disorders, anxiety, stress, support group, psycho-education.

Fundamente teoretice

Literatura de specialitate se referă la evidențierea corelațiilor posibile între caracteristicile copilului cu TSA, pe de o parte, și simptomatologia de stres, depresie sau anxietate a părintelui, pe de altă parte (Estes A., Munson J., 2009, Tomakin S., Harris G.E., Hawkins J., 2004, Lecavalier L., Leone S., Wiltz J. 2006, Green S., Carter A., 2011, Jeans L., Santos R.M. et al. 2013). Toate aceste studii evidențiază problematici intense de anxietate și stres în rândul părinților copiilor cu TSA, ceea ce, implicit, afectează calitatea vieții acestora, a copiilor și a întregii familii.

Această problematică ne-a condus la inițierea unui grup de suport destinat părinților copiilor cu tulburări din spectrul autist, în care am asociat principiile și tipul de organizare a intervenției de grup cu tehnicile de psihoeducație, având ca instrumente de lucru tehnicile psihodramatice

Intervențiile de grup se bazează pe instinctul gregar, pe tendința individului de a se reuni în mulțime, grație sentimentelor primare de confort și căldură umană pe care acesta le trăiește în atare condiții. Datorită dinamicii de grup, se petrec fenomene psihice supraindividuale, având ca efect transferul, condensarea, ricoșeul sau rezonanța (Blatner, 2000). Ca proces de grup, transferul (de sentimente și atitudini) se produce în cadrul interacțiunilor de grup și face posibilă investirea afectivă a diferiților membri ai grupului și, mai ales, a terapeutului. Condensarea este un alt proces de grup care implică acumularea sentimentelor (de multe ori, nerecunoscută la nivel conștient) comune multora dintre membrii grupului, urmată de descărcare și reacție în lanț. Alte procese de grup frecvente sunt rezonanța (conținuturile particulare exprimate de către unul dintre participanți îi afectează, în egală măsură, și pe alți membri ai grupului) și carambolajul sau ricoșeul (o interpretare realizată asupra unuia dintre participanți își atinge scopul și asupra altor membri, în același timp).

Yalom și Leszcz (2008) realizează o trecere în revistă a factorilor terapeutici care acționează în cazul terapiei de grup. Dintre acești factori terapeutici enumerați de Yalom și Leszcz (2008), ne atrag atenția mai ales câțiva. În cazul factorului terapeutic *inocularea speranței*, așteptările mari legate de ajutorul care urmează a fi primit în cadrul terapiei de grup

corelează semnificativ cu rezultatele pozitive; de altfel, așa cum menționează autorii citați, studiile de imagistică cerebrală relevă faptul că tratamentul placebo poate avea efect direct asupra creierului, iar credința în tratament poate fi un factor terapeutic în sine. În ceea ce privește *universalitatea*, multe persoane încep terapia cu gândul neliniștitor că sunt unici în nenorocirea lor, doar ele au asemenea probleme; sentimentul unicității este frecvent la debutul terapiei de grup deoarece, urmare a izolării sociale, oamenii nu află despre sentimentele și experiențele celorlalți, nici nu își oferă oportunitatea de a avea încredere în ceilalți sau de a fi acceptați și validați de ei. Astfel, în fazele de început ale grupului, infirmarea sentimentelor de unicitate reprezintă o puternică sursă de ușurare pentru mulți participanți. *Transmiterea informațiilor* reprezintă o instruire didactică cu privire la sănătatea mintală, boala mintală, explicații psihodinamice generale, sfaturi, sugestii, ghidare (oferite de terapeut sau ceilalți membri). Grupurile specializate pentru persoane cu o anumită tulburare sau care se confruntă cu o criză de viață au o pronunțată componentă psihoeducațională (factorul terapeutic *transmiterea informațiilor* – Yalom, Leszcz, 2008) și oferă instrucțiuni explicite cu privire la natura tulburării/situației de viață, examinând concepțiile eronate ale clienților și reacțiile de autoînfrângere. Acest factor terapeutic funcționează ca factor de legare inițială, înainte ca alți factori terapeutici să devină operativi. Transmiterea informațiilor sub formă de sfaturi venite din partea celorlalți membri ai grupului face parte viața inițială a grupului (Yalom, Leszcz, 2008). Chiar dacă în această fază nu determină un beneficiu real și poate reflecta o rezistență la implicarea mai intimă, transmiterea sfaturilor între membrii grupului exprimă, în mod indirect, grijă și interes reciproc. Acceptarea de către grup duce la acceptare de sine și, implicit, la valorizare. *Factorii existențiali*, ca factori terapeutici, transmit idei de tipul: *viața este uneori incorectă, moartea și alte dureri nu pot fi evitate, indiferent cât sunt de apropiat de alți oameni, viața trebuie s-o înfrunt singur, trebuie să-mi asum responsabilitatea pentru felul în care trăiesc, indiferent câtă ghidare și suport primesc* (Yalom, Leszcz, 2008) sunt foarte importanți, considerăm noi, pentru procesele individuale ale membrilor de grup, mai ales în cazul grupurilor care reunesc persoane care se confruntă cu aceleași situații-limită de viață.

Psihodrama este una dintre abordările terapeutice care utilizează major grupul și forța sa terapeutică. Tehnicile de psihodramă invită participanții la munca de grup să pună în scenă, prin intermediul jocului de rol, ca tehnică principală, situații de viață trecute, prezente sau viitoare, pentru a depăși / ameliora dificultățile personale și interpersonale. Principiul de bază (Blatner, 2000) constă în învățarea prin acțiune și exersarea rolurilor ca parte a personalității. Rolul reprezintă o formă de funcționare pe care și-o asumă individul în momentul specific în care reacționează la o situație specifică, în care sunt implicate și alte persoane sau obiecte (Moreno, 2009). Performanța individului în rol depinde de perceperea corectă a rolului și de punerea în scenă, în sensul de selectare corectă din repertoriul de roluri și trecerea mobilă de la un rol la altul.

Etapele de lucru în psihodramă sunt încălzirea, punerea în scenă și împărtășirea. Scopul etapei de încălzire este acela de a dezvolta interrelaționarea, de a dinamiza conținuturile individuale și de a crea un cadru de urgență și rezonanță interpersonală (Leventon, 2001). Are loc sub forma exercițiilor corporale, jocurilor distractive sau exercițiilor structurate pe anumite teme. Punerea în scenă sau "jocul efectiv" presupune fie pregătirea și derularea temei propuse de protagonist, fie desfășurarea unor exerciții structurate de identificare (cu persoane, personaje, obiecte, stări, situații), jocuri colective libere, structurate sau semistrustrate, exprimare grafică, corporală (gesturi, posturi, mișcări) sau muzicală (Blatner, 2000). Etapa de prelucrare și integrare a conținuturilor "puse în scenă" conține feed-back-uri suportive adresate protagonistului, identificări de rol, înțelegerea simbolismului propriilor acțiuni în rol și integrarea acestora într-un nivel superior de conștientizare (Moreno, 2009). Factorii terapeutici ai psihodramei (Kellerman, 1996) sunt

descriși ca fiind catharsis-ul (declanșarea emoțională), fenomenul "tele" (atragerea/respingerea interpersonală legată de experiența "aici-și-acum" și necontaminată de elemente din trecut, Moreno, 2009), insight-ul acțiune (descoperiri în plan cognitiv, cu procesări la nivel corporal, perceptual-motor și intuitiv), factorul "ca-și-cum" (contribuția și îmbogățirea imaginarului ca resursă de creativitate), traducerea în act (comportamente vizibile în viața de zi cu zi).

Psihoeducația este un alt tip de intervenție utilizată în grupul de suport organizat pentru părinții copiilor cu TSA. Prezentată inițial în 1999 și revizuită în 2010, metoda "Eu sunt special" (Vermeulen, 2011) este utilizată pentru a investiga și descifra autismul. Cunoscută și ca metodă de psihoeducație, se adresează în egală măsură persoanelor cu autism, aparținătorilor acestora și specialiștilor. Metoda permite cunoașterea în profunzime a caracteristicilor tulburărilor din spectrul autismului, evoluția, formele de intervenție, consecințele pe plan personal și social, precum și posibilitățile de gestionare a tulburării și de susținere a persoanei afectate. Concepută inițial ca o colecție de fișe de lucru care au drept scop autocunoașterea persoanei cu TSA, metoda psihoeducației "Eu sunt special" poate fi aplicată pentru a înfățișa omul din spatele autismului, cu personalitatea, talentele, interesele, competențele și diferențele sale față de ceilalți oameni.

Psihoeducația reprezintă o formare în "aptitudinile necesare vieții" (Vermeulen, 2011) și include atât predarea cunoștințelor despre autism, cât și formarea de atitudini și competențe. Înrudită fiind cu științele educației și cu psihologia, psihoeducația implică o evaluare a situației inițiale prin ansamblul caracteristicilor persoanei (nivelul de înțelegere, motivația) și a mediului înconjurător (fizic și, mai ales, social), precum și stabilirea obiectivelor de intervenție, planificarea acțiunilor specifice necesare și evaluarea finală a rezultatelor. Etapele de lucru se referă la corpul și creierul persoanei cu autism, talentele pe care aceasta le are și le poate valorifica, posibilitățile de comunicare, capacitatea de inițiere și menținere a relațiilor, imaginea de sine, blocajele de gândire și acțiune.

În psihoeducație, pot fi utilizate diferite suporturi de lucru (Vermeulen, 2011): întâlniri individualizate și/sau de grup, cursuri scrise sau on-line, suporturi video, joc de rol, interviuri, exerciții.

Dificultățile transunerii în practică a competențelor pentru viața cotidiană necesită implicarea anturajului persoanei cu autism. "Un program de psihoeducație izolat duce la efecte izolate" (Vermeulen, 2011), astfel încât colaborarea apropiată cu părinții și profesorii este o condiție importantă a reușitei. Lucrul în grup, și în cazul psihoeducației, construiește o rețea structurată care susține emoțional persoanele implicate. Impactul emoțional al informațiilor despre TSA se face simțit după ședințele de psihoeducație, iar lucrul în grup funcționează ca o "plasă de siguranță" emoțională. Mai mult, mediul fizic și social este important pentru aplicarea și consolidarea cunoștințelor și competențelor achiziționate. Cei din jurul persoanei cu autism trebuie să se adapteze, la rândul lor, la caracteristicile și manifestările tipice pentru TSA. Gradul de acceptare exercită, în acest caz, o mare influență (Vermeulen, 2011).

Design-ul cercetării

În prezentul studiu ne-am propus reliefa condițiilor concrete de inițiere și organizare a grupului de suport adresat părinților copiilor cu autism, precum și investigarea efectelor grupului de suport asupra anxietății și stresului părinților copiilor cu autism.

Ipotezele formulate au fost următoarele:

- Suportul specializat adresat părinților cu autism poate reduce nivelul de anxietate al părinților copiilor cu autism.

- Suportul specializat adresat părinților cu autism poate reduce nivelul de stres al părinților copiilor cu autism.

- Psihoeducația, adaptată pentru problematica părinților copiilor cu autism, funcționează ca un factor de detensionare a acestora.

La grupul de suport au participat 15 părinți ai căror copii au fost diagnosticați cu TSA. Părinții participanți la grup au fost 12 mame și 3 tați, cu niveluri ridicate de stres și anxietate, evaluate într-un studiu anterior al autoarei (Bănică L. 2014).

Intervenția utilizată în cercetarea de față asociază principiile și tipul de organizare a grupului de suport cu tehnicile de psihoeducație, având ca instrumente de lucru tehnice psihodramatice. Grupul propus participanților este un grup constant, care are drept obiective, pe de o parte, informarea corectă a participanților asupra autismului și, pe de altă parte, scăderea nivelului de anxietate și stres al participanților (părinți ai unor copii cu autism), deculpabilizarea și formarea/dezvoltarea abilităților de gestionare a propriilor trăiri raportate la particularitățile copilului. Motivul pentru care am asociat aceste principii și tehnici reiese din experiența în lucrul cu copiii cu TSA și părinții lor, precum și din mărturiile ale unor părinți care au copii cu TSA sau ale unor specialiști în domeniu. Din aceste surse a reieșit faptul că doar informarea asupra autismului, în lipsa împărtășirii emoționale, are un impact relativ scăzut asupra părinților copiilor cu TSA și a calității vieții lor.

Am intitulat acest grup "Grup de întâlnire pentru părinții copiilor cu autism". Grupul are o durată totală de 90 de ore, cu o regularitate a întâlnirilor săptămânală, câte 6 ore. Grupul a debutat în luna aprilie 2014.

În cursul desfășurării întâlnirilor de grup, au fost utilizate următoarele metode și tehnici de cercetare:

- ✓ Observația participativă;
- ✓ Înregistrarea în scris a întâlnirilor de grup, sub forma protocoalelor scrise;
- ✓ Tehnici de psihoeducație (adaptate după Metoda "Eu sunt special", Vermeulen, 2011), centrate pe categorii de problematici ale copilului cu TSA, precum:
 - modul de funcționare al creierului persoanei cu autism,
 - sensibilitățile senzoriale,
 - relaționarea,
 - atingerea,
 - somnul și alimentația,
 - deprinderile de viață cotidiană,
 - stereotipiile,
 - crizele de tantrum.
- ✓ Tehnici de psihodramă: jocul de rol, oglindirea, identificarea, lucrul în diadă, exprimarea grafică, jocuri colective structurate și semi-structurate;
- ✓ Evaluarea intermediară a nivelurilor de stres și anxietate. După primele 7 întâlniri de grup, a fost evaluat nivelul de anxietate și stres al participanților, utilizând aceleași probe ca la evaluarea inițială (desfășurată în studiul anterior).
 - Chestionarul de anxietate Leahy (Leahy, E., Holland Z., 2010) (Anexa 1). Este o scală care permite subiecților să relateze simptomele de anxietate specifice pe care le resimt. Scala nu include doar simptomele specifice ale anxietății generalizate (așa cum sunt specificate în DSM-IV), ci și alte simptome (de exemplu, senzație de scurtare a respirației, amețeala, palpitații).
 - Chestionarul pentru evaluarea anxietății ASQ (Scholling, L.P., Emmelkamp P., 1992) (Anexa 2). ASQ surprinde dimensiunile cognitive, somatice și comportamentale ale anxietății. Cei 36 de itemi ai scalei au fost construiți și validați de Lehrer și Woolfolk (1982). Răspunsurile se dau pe o scala cu 8 trepte, 0 indicând performanța minimă și 8 maximă. Se calculează un scor

pentru fiecare dimensiune (cognitivă, somatică și comportamentală) și un scor global pentru anxietate prin sumarea scorurilor parțiale.

- Scala de impact a situațiilor critice (Keane T., 1997)(Anexa 3.). Această scală măsoară impactul situațiilor critice și evaluează nivelul de tulburare subiectivă asociată unui nivel de viață traumatizant (Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979). Am ales acest instrument pornind de la premisa că, pentru părinții copiilor cu TSA, aflarea diagnosticului de autism este un eveniment cu impact traumatizant. În această scală subiectul alege dintre evenimentele de viață recente pe cel mai strident. Astfel, se evaluează, pe o scală de la 0 la 3, frecvența cu care simptomele descrise de itemi sau manifestat pe parcursul săptămânii precedente, păstrând ca punct de referință evenimentul ales. Scorurile fiecărui item pot fi adunate pentru a obține un scor total al gradului de tulburare subiectivă. Itemii pot fi utilizați în calculul celor două componente ale tulburării: a) prezența de gânduri sau imagini intruzive legate de eveniment, și b) evitarea sau negarea unor elemente ale situației traumatice.

Rezultate. Discuții și interpretări

Din cei 15 participanți, au fost prezenți la toate întâlnirile 12, ceilalți trei participanți fiind absenți la două dintre întâlniri. Am ales desfășurarea întâlnirilor sub forma unui grup constant, închis, pentru a stimula coeziunea grupului, intimitatea relațiilor și profunzimea împărtășirilor, ca factori terapeutici.

De la prima întâlnire de grup, am cerut participanților să amâne deciziile legate de participarea/neparticiparea la grup, până după a treia întâlnire, pentru a da posibilitatea factorilor terapeutici (în special universalitatea, inocularea speranței și transmiterea informațiilor) să devină operaționali. Această "strategie" a funcționat, s-au depășit "comportamentele de fațadă", participanții s-au angajat în interacțiuni autentice și s-au ascultat reciproc, manifestând interes și respect unul față de celălalt. Astfel, nici unul dintre participanții selectați inițial nu a renunțat prematur la întâlnirile de grup.

În privința punctualității (ca indicator al implicării și responsabilității asumate), participanții au respectat programul stabilit. Întârzierile produse la unii dintre participanți au fost de fiecare dată legate de situații neprevăzute, legate de copii (reamintim faptul că participanții sunt principalii îngrijitori ai unui copil cu autism și pot apărea frecvent diverse probleme). Însă, aceste întârzieri nu au perturbat procesul de grup sau procesele individuale ale participanților. Membrii de grup respectivi s-au integrat cu ușurință în activitatea și dinamica grupului, iar grupul a acceptat și tolerat aceste situații. Considerăm aceasta ca un alt indicator al modului în care a funcționat interesul și respectul reciproc, ca forme ale acceptării și valorizării de către grup a fiecărui membru.

La prima întâlnire s-au discutat regulile de comunicare în grup (fiecare are timpul său, exprimările au ca adresabilitate propria persoană, nu sunt permise judecățile de valoare) și s-a stabilit importanța confidențialității. Fiecare dintre membrii grupului și-a dat acordul în ceea ce privește "secretul de grup".

Motivațiile participării la grup (dincolo de "invitația" autoarei, ca moderator al grupului), prezentate de fiecare membru al grupului în cursul primei întâlniri (ca "așteptări") au fost legate de:

- gestionarea mai ușoară / mai corectă a comportamentelor copilului;
- nevoia de a împărtăși cu alți părinți care au copii cu autism;
- speranța de a afla informații noi pentru a-și ajuta copilul;
- îndoieli privind propria persoană (în această categorie am decelat ulterior, în procesele individuale ale participanților / teme personale, stări de frustrare, furie, culpă, "revoltă" împotriva diagnosticului copilului, temeri legate de viitorul copilului).

Fiecare întâlnire de 6 ore a fost structurată în 2 module (de câte 3 ore), cu o pauză intermediară de 30 de minute și a urmat tipul de organizare psihodramatică: blitz de venire (evenimente petrecute de la ultima întâlnire, starea fizică și psihică "aici-și-acum", teme personale, disponibilitatea pentru implicare), încălzire, exerciții / joc / acțiune, prelucrare, blitz de plecare (cum a fost întâlnirea, ce las, ce iau).

În faza de debut a grupului s-a pus accent pe intervenția de tip psihoeducativ și pe exerciții de intercunoaștere și coeziune a grupului. În primul modul al primelor 3 ședințe s-au prezentat participanților informații despre:

- funcționarea creierului copilului cu TSA (observarea fragmentată și atenția excesivă la detalii, cu pierderea imaginii de ansamblu, gândirea în imagini, procesarea de profunzime, gândirea unidirecțională, înțelegerea literală, rigiditatea);
- sensibilitățile senzoriale (sensibilitatea la zgomote care pentru ceilalți par neimportante, sensibilitatea "bizară" la anumite mirosuri, gusturi și texturi, în sensul unei hipersensibilități sau, dimpotrivă, hiposensibilități, dificultatea de adaptare la diferențe de temperatură a mediului);
- dificultățile de relaționare și comunicare (dificultatea sau incapacitatea de a iniția / menține contact vizual, incapacitatea de a iniția relaționarea, întârzieri în apariția și dezvoltarea limbajului verbal, incapacitatea de a înțelege scopul și rolul exprimării verbale, ecolalia, limbajul disfuncțional);
- specificul alimentației și somnului (preferința obsesivă doar pentru un tip de aliment, uneori în funcție de culoare, somn agitat, treziri dese în timpul nopții);
- posibile co-morbidități (ADHD, hiperactivitate, retard);
- dificultăți în imitarea comportamentelor motorii sau verbale sau absența totală a tendinței de a imita;
- gesturi stereotipe și utilizarea obiectelor în scopuri disfuncționale;
- absența jocului;
- dificultățile sau incapacitatea de a decodifica expresiile emoționale ale celorlalți;
- crizele de tantrum (și identificarea comportamentelor demonstrative versus manifestări reale ale frustrării sau stresului copilului, de exemplu expunerea la zgomote, situații sociale, incapacitatea de exprimare a nevoilor).

Fiecare dintre participanți a împărtășit din experiența personală legată de propriul copil, la fiecare temă în parte.

În celălalt modul de 3 ore al primelor 3 întâlniri de grup, participanții au avut posibilitatea să își expună dificultățile majore cu care se confruntă și li s-au propus exerciții psihodramatice de intercunoaștere: sociometrie pe diverse criterii (locul nașterii, anotimpul în care a fost născut, dacă au un copil sau mai mulți, profesie, vârstă, statutul marital, dificultăți cu care se confruntă în viața de zi cu zi și în relaționarea cu propriul copil), exerciții în diadă, exerciții non-verbale, oglindirea în diadă.

Următoarele întâlniri au continuat demersurile de psihoeducație (pe temele deja enumerate), dar formulate într-o manieră psihodramatică și, de asemenea, s-au concentrat asupra conținuturilor aduse de participanți din experiența și trăirile personale.

Unul dintre primele exerciții structurate propuse participanților a fost "Trecerea prin poarta autismului". Participanții au fost invitați să treacă printr-o poartă simbolică care separă lumea "celorlalți" de lumea autismului, să exploreze emoțional și cognitiv această trecere și apoi să exprime grafic, într-un desen, această experiență. În prelucrare, participanții au împărtășit sentimente de ireal, bizar, marginalizare, tendința de a se "confunda" cu propriul copil (într-o formă de co-dependență) și de a se îndepărta de realitatea socială. Acest exercițiu a prilejuit apropierea de ceea ce trăiește propriul copil (mai ales pentru părinții care nu reușeau să-și înțeleagă propriul copil), precum și identificarea unor teme personale

(sentimentul de "zid" între părinte și copil, tendința de a modifica realitatea în funcție de propriul copil, tendința de negare a diagnosticului).

Pentru gestionarea frustrărilor legate de statutul "special" al propriului copil cu autism, am propus jocul colectiv semi-structurat "Elefantul Elmer" (adaptat după Metoda "Eu sunt special", Vermeulen, 2011). Elmer este un elefant cu multe culori, care trăiește printre semenii săi, elefanții care, fiecare, au o unică altă culoare. Participanții s-au implicat în joc și au experimentat ce înseamnă "a fi special", într-un schimb de rol cu copilul cu autism. Prelucrarea în urma jocului a adus, în rândul participanților, integrări emoționale legate de sentimente de frustrare legate de manifestările și statutul propriului copil și integrări cognitive privind așteptările de la propriul copil.

S-au desfășurat și jocuri de protagonist, cu teme personale ale participanților. De exemplu, jocul de protagonist cu tema "Cum gestionez crizele copilului meu". Protagonistul a expus o situație concretă, în care copilul face o criză de tantrum într-un loc public. Ceilalți participanți au fost invitați în rol (alter-ego, copilul cu autism, persoanele care asistă la situație) și fiecare dintre ei a experimentat în situația securizantă a grupului trăirile în rol. Prelucrarea a adus multe împărtășiri de tipul "și eu, ca și tine, am simțit, am trăit...", precum și prelucrări cognitive de tipul "cum aș face altfel". Protagonistul a primit din partea celorlalți membri feedback-uri legate de gestionarea situației, diferențierea situațiilor în care criza de tantrum a copilului este rezultatul unei frustrări reale sau o modalitate de a atrage atenția. Acest joc de protagonist a provocat fenomene de rezonanță și ricoșeu în rândul participanților. Cei care au preluat roluri, dar și "spectatorii" au realizat integrări emoționale, cognitive și acționale.

Un alt joc de protagonist care a provocat fenomene extinse de rezonanță și ricoșeu a fost "Eu față-în-față cu diagnosticul copilului meu". Protagonistul a re trăit, alături de membrii grupului, situația în care i s-a comunicat diagnosticul copilului, sentimentele trăite și scenariile elaborate în acel moment în realitatea interioară. Jocul a prilejuit protagonistului reîncadrarea situației de referință și remodelarea scenariilor.

Evaluarea intermediară după primele 7 întâlniri de grup a relevat următoarele:

- ✓ Toți cei 5 participanți care au copii cu vârsta cronologică între 2 și 6 ani (perioada de terapie a copilului: 6 luni-4 ani) au înregistrat scăderi ale nivelului de anxietate, măsurat cu Chestionarul de anxietate Leahy. La evaluarea inițială a nivelului de anxietate (desfășurată în studiul anterior și pe baza căreia au fost selectați pentru grup) acești participanți au înregistrat anxietate severă, iar la evaluarea intermediară – anxietate moderată. De asemenea, acești participanți au înregistrat scăderi ale dimensiunii somatice (manifestată prin probleme de respirație, transpirații, migrene) și ale celei cognitive (gânduri negative, catastrofice) ale anxietății, măsurate prin Chestionarul pentru evaluarea anxietății, evoluând de la scoruri ridicate (la evaluarea inițială) către scoruri medii sau mici (în cazul unuia dintre participanții din această categorie, s-a înregistrat scăderea până la un scor mic la dimensiunea somatică a anxietății). Nici unul dintre participanți nu a înregistrat evoluții în ceea ce privește dimensiunea comportamentală a anxietății, măsurată cu Chestionarul pentru evaluarea anxietății. La evaluarea intermediară cu Scala de impact a situațiilor critice, participanții din această categorie au înregistrat scăderi ale nivelului de stres în ceea ce privește dimensiunea legată de gânduri și imagini intruzive legate de situația confruntării cu diagnosticul copilului. Doar unul dintre participanții din această categorie a înregistrat evoluție, dar nesemnificativă, în ceea ce privește nivelul de stres legat de negarea și evitarea stresorului (legat de problematica copilului).

- ✓ În ceea ce privește participanții care au copii cu vârsta cronologică între 7 și 10 ani (perioada de terapie a copilului: 5 ani- 7/8 ani), 3 din 5 au înregistrat scăderi ale nivelului de anxietate la evaluarea intermediară cu Chestionarul de anxietate Leahy, evoluând de la anxietate severă la anxietate moderată. Unul dintre participanți a înregistrat la evaluarea intermediară cu Chestionarul de anxietate Leahy o evoluție de la nivel sever al anxietății la nivel redus. Este de menționat faptul că acest participant a avut joc de protagonist, cu tema "Copilul meu nu vorbește. Ce mă fac cu asta?". La evaluarea intermediară cu Chestionarul pentru evaluarea anxietății, participanții din această categorie au înregistrat scoruri medii pentru dimensiunea cognitivă și cea comportamentală (comparativ cu evaluarea inițială, la care înregistraseră scoruri ridicate). La această categorie de participanți, dimensiunea somatică a anxietății nu a înregistrat decât scoruri scăzute sau moderate la evaluarea inițială, scoruri care nu au înregistrat evoluții la evaluarea intermediară. La evaluarea intermediară a stresului, această categorie de participanți a înregistrat scăderi, de la scoruri ridicate la scoruri medii, în ceea ce privește negarea și evitarea situațiilor stresante. Considerăm că această evoluție este legată și de implicarea participanților în jocurile structurate propuse în întâlnirile de grup (de exemplu, Elefantul Elmer) și, în cazul a doi dintre participanți, jocurile de protagonist desfășurate, pe teme personale legate de așteptările față de propriul copil și gestionarea crizelor de tantrum ale copilului.
- ✓ Doar doi dintre participanții cu copii cu vârsta cronologică peste 12 ani (perioada de terapie a copilului între 8-10 ani și mai mult) au înregistrat scăderi ale nivelului de anxietate, măsurat prin Chestionarul de anxietate Leahy, de la nivel sever la moderat, respectiv scăzut, comparativ cu evaluarea inițială. De asemenea, un alt participant a înregistrat îmbunătățiri ale nivelului de anxietate, măsurat prin Chestionarul pentru evaluarea anxietății, pe dimensiunea cognitivă (de la nivel mediu la nivel scăzut). În ceea ce privește nivelul de stres, trei dintre participanții din această categorie au înregistrat scăderi (de la ridicat la mediu, respectiv scăzut, în cazul unui participant) în ceea ce privește atât dimensiunea gândurilor și imaginilor intruzive, cât și dimensiunea de evitare / negare a situației stresante. La această categorie de participanți s-au înregistrat cele mai reduse îmbunătățiri, comparativ cu celelalte categorii de participanți. De altfel, din această categorie au fost și participanții care au înregistrat și cele mai numeroase absențe sau întârzieri la întâlnirile de grup.

Concluzii

Ipotezele formulate au fost confirmate parțial.

Părinții copiilor cu autism (de diferite vârste cronologice) s-au implicat în întâlnirile de grup și au tratat cu responsabilitate implicarea lor în discuțiile și exercițiile propuse.

Evoluțiile în nivelurile de anxietate și stres ale participanților la grup (evaluate într-o etapă intermediară a desfășurării grupului) le apreciem ca fiind parțiale. Considerăm că aceste evoluții, în sensul scăderii pe anumite dimensiuni ale anxietății și stresului, se datorează factorilor terapeutici care acționează în grup, corobați cu metodele de psihoeducație.

Categoria de participanți la care factorii terapeutici corobați cu psihoeducația au acționat cu cele mai bune rezultate este cea a părinților a căror copii au vârsta cuprinsă între 2 și 6 ani (perioada de terapie a copilului între 6 luni și 4 ani). În cazul acestor participanți, problematica anxietății și stresul legat de situația și manifestările propriului copil sunt relativ recente și restructurarea conținuturilor interioare este mai accesibilă. Categoria de participanți

la care s-au înregistrat cele mai puțin relevante evoluții la evaluarea intermediară a nivelurilor de anxietate și stres este cea a părinților cu copii având vârsta cronologică peste 12 ani (perioada de terapie a copilului între 8 și 10 ani și mai mult). În cazul acestei categorii de participanți, considerăm că este necesară o perioadă mult mai îndelungată de intervenție terapeutică, cu accent pe probleme de psihoeducație legate de perioada adolescenței propriilor copii și specificitățile acestora, precum și pe teme personale legate de viitorul propriului copil.

În concluzie, considerăm că asocierea tehnicilor de psihoeducație cu cele terapeutice de grup au efecte pozitive asupra părinților copiilor cu autism, în sensul scăderii nivelurilor de anxietate și stres. Dimensiunile acestor efecte sunt condiționate, dincolo de implicarea părintelui în demersul terapeutic, de vârsta cronologică a copilului și de perioada de când acesta face terapie specifică, cu alte cuvinte, de perioada de când părintele trăiește în problematica autismului propriului copil. Cu cât intervenția terapeutică și suportul acordate părintelui sunt mai precoce (raportate la momentul diagnosticării copilului), cu atât sunt de așteptat rezultate mai bune în gestionarea anxietății și stresului parental.

Vom continua intervenția terapeutică de grup, asociată cu psihoeducația și vom reevalua nivelurile de anxietate și stres ale participanților – părinți ai copiilor cu autism, pentru a testa eficiența demersului terapeutic propus.

Notă

Această lucrare a beneficiat de suport financiar prin proiectul „Tineri cercetători de succes – dezvoltare profesională în context interdisciplinar și internațional”: POSDRU/159/1.5/S/132400, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013

Note bibliografice

Abidin, R. (1995), *Parenting Stress Index*, 3rd Edition: Profesional Manual, Odessa, Psychological Assessment Resources Inc.

Bănică Loredana (2014), *Parental stress and anxiety in autism spectrum disorders*, in *Identities in metamorphosis: Literature, Discourse and Multicultural Dialogue*, Section Psychology and Educational Science, Arhipelag XXI Press, Târgu Mureș, pp. 168-175

Blatner, A. (2000), *Foundations of Psychodrama. History, Theory and Practice*, NY, Springer

Dobrescu, Iuliana (2010), *Manual de psihiatrie a copilului și adolescentului*, Editura Infomedica, București

Dumas, J.E., Wolf, L.C., Fisman, S.N., Culligan, A. (1991), *Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorders, and normal development*, *Exceptionality*, Vol. 2, 97-110

Estes, A., Munson, J. (2009), *Parenting stress and psychological functioning among mothers of pre-school children with autism and developmental delay*, *Autism*, Vol. 13, 375-387

Exhorn, Karen Siff (2010), *Să înțelegem autismul*, Editura Aramis, București

Green, S., Carter, A. (2011), *Predictors and Course of Daily Living Skills Developmental in toddlers with Autistic Spectrum Disorders*, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 19, 201-2012

Guimon, J., Webwer-Rouget, B. (2006), *Terapii scurte de grup*, Iași, Polirom

Harris, S.I., Handlerman, J.S. (2000), *Age and IQ as predictors of placement for young children with autism: A four – to six year follow – up*. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30 (2), 137-142

- Jeans, L., Santos, R.M., Laxman, D., McBride, B., Dyer, W.J. (2013), *Examining ECLS-B: Maternal Stress and Depressive Symptoms when Raising Children with Autistic Spectrum Disorders*, Topic in Early Childhood Special Education, Vol. 33, 162-171
- Keane, T.M. (eds.) (1997), *Assessing psychological trauma*, NY, Guilford
- Kellerman, P.F. (1996), *Focus on Psychodrama: The Therapeutic Aspects of Psychodrama*, London, Jessica Kingsley Publishers
- Kieffer, C. (2002), *Phases of group development*, Group, 25, 91-105
- Leahy, R., Holland, St. (2010), *Planuri de tratament și intervenție pentru depresie și anxietate*, Cluj, Editura ASCR
- Lecavalier, L., Leone, S., Wilty J. (2006), *The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders*, Journal of Intellectual Disability Research, Vol. 50, Issue 3, 172-183
- Ledoux, J., Gorma, J. (2001), *A call to action: Overcoming anxiety through active coping*, American Journal of Psychiatry, 158, 1953-55
- Leventon, E. (2001), *A clinicians's Guide to Psychodrama*, NY, Springer
- Mitrofan, Iolanda (2006), *Psihoterapie. Repere teoretice, metodologice și aplicative*, București, Editura SPER
- Moreno, J.L. (2009), *Scieri fundamentale. Despre psihodramă, metoda de grup și spontaneitatea*, București, Editura Trei
- Tomakin, S., Harris G.E., Hawkins, J. (2004), *The relationship between behaviours exhibited by children with autism and maternal stress*, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, Vol. 29, 16-23
- Scholling A., Emmelkamp, P. (1992), *Self report assessment of anxiety. Across validation of the Leher-Woolfolk anxiety symptom questionnaire in three population*, Behavioral Research and Therapy, 167-180
- Vermeulen, P. (2011), *Eu sunt special. Manual de psihoeducație pentru persoanele cu autism, aparținători și specialiști*, ANCAAR, Prest Group Interbational
- Yalom, I., Leszcz, M. (2008), *Tratat de psihoterapie de grup. Teorie și practică*, București, Editura Trei