

MECANISME DE COPING ȘI PERCEPȚIE PARENTALĂ LA FAMILIILE COPIILOR CU TULBURĂRI DEVELOPMENTALE

COPING MEHCANISMS AND PARENTAL PERCEPTION IN CHILDREN'S FAMILIES WITH DEVELOPMENTAL DISORDER

Cristina Muntean¹, Anca Sabău², Alina Zămoșteanu³

1 - Facultatea de Sociologie și Psihologie, specializarea Psihologie

2 - Asociația Casa Faenza – Centru comunitar pentru copii autiști, Timișoara

3 - Universitatea Tibiscus Timișoara, Facultatea de Psihologie

Rezumat

Lucrarea de față își propune să identifice mecanismele de coping utilizate de părinții copiilor cu tulburări developmentale (tulburare din spectru autist și tulburare hiperkinetică cu deficit de atenție) și percepția parentală în cadrul acestor familii a simptomatologiei copilului, precum și unele aspecte situaționale (nivelul stresului) și de personalitate (locus al controlului) - acestea constituind factori ce pot influența atât stilul de coping, cât și percepția părintelui față de copil. Abordarea sistemică a familiei ce se confruntă cu creșterea unui copil cu tulburări de dezvoltare presupune o înțelegere aprofundată a dinamicii, funcționării și adaptării părinților la condiția copilului.

Cuvinte cheie: mecanisme de coping, percepție parentală, locus al controlului, autism, ADHD

Abstract

The aim of this paper is to present the result of a study regarding the identification of copying mechanisms that are used by the parents of ASD versus ADHD children and the parental perception in those families regarding the child symptoms, together with some situational aspects (level of stress) and personality factors (locus of control) – all these being factors that can influence the coping style, but also the perception of the parent towards the child. The systemic approach of the family having a child with developmental disorder suppose a deep understanding of the dynamic, functioning and adjustment of parents at the condition of their child.

Key words: coping mechanisms, parental perception, locus of control, autism, ADHD

Introducere

Nașterea unui copil într-o familie oferă membrilor ei roluri importante, mai ales părinților. Copilul din cadrul sistemului familial poate fi o sursă de bucurie pentru aceștia. De asemenea, copilul reprezintă o modalitate pentru părinți de a-și îndeplini propriile vise. S-a susținut faptul că dezvoltarea familiei este concomitentă cu stadiile de dezvoltare ale copilului (Akkök, 1997). Astfel, copiii ce sunt mai puțin perfecți sau au anumite întârzieri developmentale pot fi foarte frustranți pentru

familie. Din rândul familiilor ce au în îngrijire un copil cu handicap, părinții copiilor autiști au nivelul cel mai ridicat de stres (Boyd, 2002). De asemenea, mamele copiilor cu autism înregistrează scoruri mai crescute la stress, depresie, izolare socială și nivel scăzut al intimității maritale în comparație cu mamele copiilor fără dizabilități sau cu cele ale copiilor cu sindrom Down.

Stresul simțit de părinți și adaptarea depind de anumiți factori obiectivi și subiectivi, incluzând severitatea tulburării, evaluarea

situației din partea părinților, precum și strategiile de coping (Dyson 1991; Floyd & Gallagher, 1997; Gallagher, Beckman, & Cross, 1983). Datorită nivelului ridicat de stress, a fost evidențiat faptul că părinții experimentează uneori **burnout-ul**. Burnout-ul familial se referă la dizarmonia între membrii familiei și la renunțarea de a mai lupta împreună, rezultată din situații de criză și evenimente traumatice ce produc epuizarea membrilor familiei (Figley, 1998).

Conform lui Procaccini și Kiefaber (1983) burnout-ul parental apare ca un stress cronic datorat confruntării cu nevoi familiale nesatisfăcute pe o perioadă îndelungată. Cererile persistente conduc spre scăderea energiei și motivației părinților, aceștia putând experimenta sentimente de autoînvinovățire și furie.

Dificultatea obiectivă în procesul de îngrijire a unui copil cu tulburări pervazive apare în dublu sens: acela de a controla comportamentele indezirabile sau neprevăzute ale copilului, cât și la nivelul asistării activităților zilnice, deoarece de multe ori copilul nu are abilitățile necesare acestora.

De asemenea, familiile copiilor cu ADHD prezintă un risc mai crescut la nivelul conflictului interpersonal, separarea sau divorțul, scăderea stimei de sine a părinților, depresia și izolarea socială (Rostain, Power, & Atkins, 1993). Unele cercetări au pus în evidență nivelul crescut al stresului și depresia mamelor în familiile copiilor cu ADHD (Faraone, Biederman, Mennin, Gershon & Tsuang, 1996; Faraone et al., 1995; Hechtman, 1996; Wender, 1995).

Joiner și Wagner (1996) sugerează faptul că atribuțiile parentale au un impact semnificativ asupra copilului și a relației părinte-copil. Aceste atribuții sunt legate de locus al controlului, stabilitate, specificitate. Studiile au pus în evidență felul în care aceste dimensiuni influențează răspunsul emoțional și comportamental al părintelui vis-a-vis de copilul său. Părinții care atribuie comportamentele negative ale copilului unor trăsături interne și stabile în timp tind să fie mult mai afectați când anticipează rezistența copilului (Dix & Lochman, 1990; Strassberg,

1995). Mai mult, acești părinți răspund prin tehnici disciplinare ce implică deseori metode punitive (Smith & O'Leary, 1995). Studiile anterioare efectuate pe tematica ADHD sugerează faptul că părinții atribuie problemele de comportament ale copilului lor unor factori interni și necontrolabili, stabili în timp și neinfluențabili situațional.

Mecanismele de coping

Coping-ul este un concept complex, a cărui definiție se învârtă în jurul noțiunii de încercare de a restabili echilibrul ca răspuns la stress (Monat & Lazanis, 1985; Pearlin & Schooler, 1978; Weisman & Worden, 1976).

Cea mai acceptată și răspândită definiție a coping-ului este aceea a încercării cognitive, afective și comportamentale a unui individ de a reconcilia discrepanța percepută între cerințele situaționale și capacitatea și competența personală (Endler, 1988; Lazarus & Folkman, 1984). Coping-ul este privit frecvent ca o "variabilă personală", ocupând o poziție importantă, ce mediază evenimente stresante precedente și consecințe de genul anxietății, distresului și implicațiilor psihosomatice (Auerbach, 1989; Billings & Moos, 1981; Pearlin & Schooler, 1978). Folkman și Lazarus (1985) elaborează un chestionar (The Ways of Coping Checklist), prin care identifică două principale modalități de coping – focusat pe problemă (coping activ) și focusat pe emoție (coping pasiv), la acestea adăugându-se copingul disfuncțional. Câteva studii indică faptul că focusarea pe problemă ca răspuns la stress conferă un risc mai scăzut al depresiei comparativ cu focusarea pe emoție.

Locus al controlului

Rotter (1966) consideră că dimensiunea fundamentală a personalității care influențează comportamentele cotidiene este modul în care persoana percepe sursa unor recompense (întărirea pozitivă) sau a unor pedepse (întărirea negativă), și, mai mult, modul în care stabilește legătura dintre aceste întăriri și propriul său comportament.

Astfel, oamenii atribuie abilitatea de a controla evenimente specifice ca fiind

prezentă în ei înșiși sau în mediul exterior. Cei care atribuie controlul asupra evenimentelor în ei înșiși au un locus intern al controlului, iar cei care pun acest lucru pe seama forțelor din mediu au un locus extern al controlului.

Ipotezele cercetării

Ipoteza nr. 1:

Există diferențe semnificative la nivelul stresului parental între familiile copiilor cu tulburare din spectru autist și cele ale copiilor cu tulburare hiperactivă(ADHD), acesta fiind mai accentuat la familiile copiilor autiști.

Ipoteza nr. 2:

Există diferențe semnificative între cele două eșantioane în ceea ce privește mecanismele de coping, părinții copiilor cu autism utilizând mai frecvent mecanisme active de coping, în timp ce părinții copiilor cu ADHD folosesc mai des mecanisme pasive de coping.

Ipoteza nr. 3:

La nivelul locus-ului de control există diferențe între părinții copiilor cu autism și cei ai copiilor hiperactivi, aceștia din urmă având o externalitate mai accentuată decât primii.

Ipoteza nr. 4:

Există diferențe între percepția parentală a mamei și cea a tatălui, atât în cadrul familiilor ce au un copil cu autism, cât și în cadrul celor cu un copil hiperactiv.

Ipoteza nr. 5:

Există diferențe semnificative la nivelul problemelor familiale în funcție de percepția parentală, acestea fiind mai frecvent întâlnite în familiile în care percepția mamei diferă de cea a tatălui.

Eșantionul cercetării

Pentru studiul de față au fost selectați părinți ce au un copil cu tulburare autistă și părinți ce au un copil diagnosticat cu ADHD. S-a ținut cont de statutul marital al acestora, fiind incluse în studiu doar familiile nucleare integre, excluzând subiecții divorțați sau recăsătoriți.

Din lotul subiecților ce au un copil cu tulburare din spectrul autist fac parte 15 familii(15 mame, 15 tați), iar din lotul subiecților ce au un copil hiperactiv au fost incluse în studiu tot 15 familii(15 mame, 15 tați). Toți participanții la studiu sunt din județul Timiș.

Din lotul familiilor ce au un copil cu autism fac parte 15 femei cu media de vârstă 33 ani și 15 bărbați cu media de vârstă 36 ani.

Lotul familiilor ce au un copil cu ADHD: 15 femei cu media de vârstă 35 ani și 15 bărbați cu media de vârstă 38 ani. Una din variabilele controlate a fost și vârsta copilului: maxim 5 ani.

În cazul ambelor loturi s-a ținut cont de perioada ce a trecut de la aflarea diagnosticului, aceasta fiind de cel puțin 6 luni.

Design-ul cercetării

Fiind o cercetare non-experimentală, în lucrarea de față s-a utilizat **design-ul cross-sectional**.

Variabilele independente sunt de tip etichetă: părinte al unui copil cu autism/părinte al unui copil cu ADHD, iar în ipotezele 4 și 5 variabila etichetă bărbat/femeie. O altă variabilă etichetă controlată în cadrul acestui studiu a fost vârsta copilului.

Variabilele dependente sunt: nivelul stresului, mecanismele de coping, locus-ul controlului, percepția parentală.

Discutii

Analiza cantitativă vs. analiza calitativă

Ipoteza nr. 1:

Există diferențe semnificative la nivelul stresului parental între familiile copiilor cu tulburare din spectru autist și cele ale copiilor cu tulburare hiperactivă(ADHD), acesta fiind mai accentuat la familiile copiilor autiști.

Obiectivul principal al acestei lucrări îl constituie identificarea mecanismelor de coping utilizate de părinții copiilor cu tulburări developmentale, iar pentru a putea vorbi despre coping este necesar să investigăm mai întâi nivelul stresului, ca fiind unul din factorii determinanți ai stilului de coping, pe lângă trăsături de personalitate și factori situaționali.

Metoda

Pentru testarea acestei ipoteze s-a utilizat Chestionarul de resurse și stres Friedrich, investindându-se atât cotele obținute pe fiecare scală, cât și cele de la nivelul stresului total.

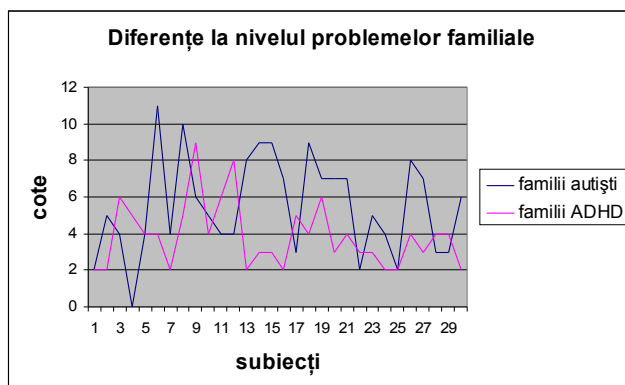
Chestionarul pentru resurse și stres (QRS) este un instrument care a fost conceput pentru a măsura impactul întârzierii în dezvoltare, handicapului sau bolii cronice a copilului asupra celorlalți membri ai familiei. El a fost conceput de Holroyd în 1984 și conține 284 itemi reprezentând enunțuri referitoare la sentimentele pe care membrii familiei le au față de copilul bolnav, cu două variante de răspuns, adevărat sau fals. Cei 52 de itemi ai chestionarului măsoară patru mari categorii de problematică întâlnite: probleme familiale și parentale; pesimismul; caracteristicile copilului și incapacitățile fizice.

Factorul I, numit probleme familiale și parentale constă din 20 itemi care măsoară percepția pe care o are cel care completează chestionarul asupra problemelor pentru el însuși, pentru alți membri din familie sau pentru toată familia. Factorul II, numit pesimism, constă în 11 itemi ce măsoară pesimismul imediat sau legat de viitor în ce privește achizițiile și viitorul copilului. Factorul III, numit caracteristicile copilului conține 15 itemi care măsoară percepția pe care o are cel care completează chestionarul asupra comportamentului și atitudinile copilului cu handicap. Factorul IV, numit incapacitățile fizice, constă în 6 itemi ce relevă percepția părintelui sau a celui care completează chestionarul asupra abilităților fizice limitate și autonomia personală a copilului.

Tabel 1. Diferențe la nivelul problemelor familiale între cele două eșantioane

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 5.50	m = 3.87
Minim	.00	2.00
Maxim	11.00	9.00
Abaterea standard	$\sigma = 2.70$	$\sigma = 1.80$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	$t(58) = 2.75$ $p = .008, p < .05$	

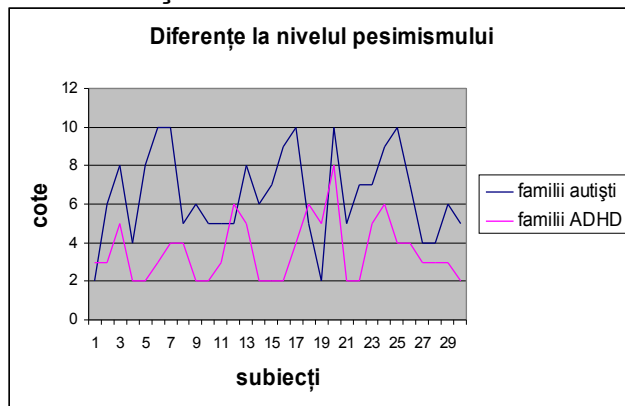
Grafic 1. Diferențe la nivelul problemelor familiale între cele două eșantioane



Tabel 2. Diferențe la nivelul pesimismului între cele două eșantioane

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 6.50	m = 3.57
Minim	2.00	2.00
Maxim	10.00	8.00
Abaterea standard	$\sigma = 2.33$	$\sigma = 1.59$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	$t(58) = 5.69$ $p = .000, p < .05$	

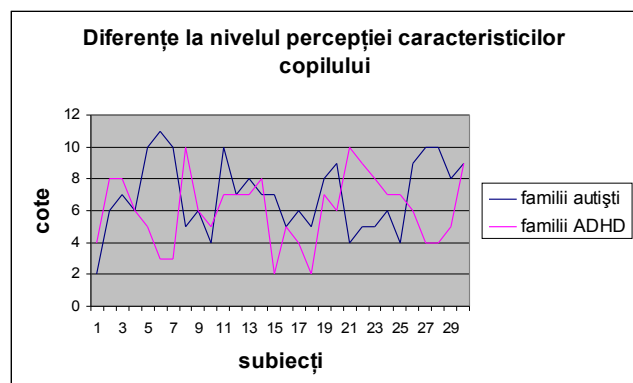
Grafic 2. Diferențe la nivelul pesimismului între cele două eșantioane



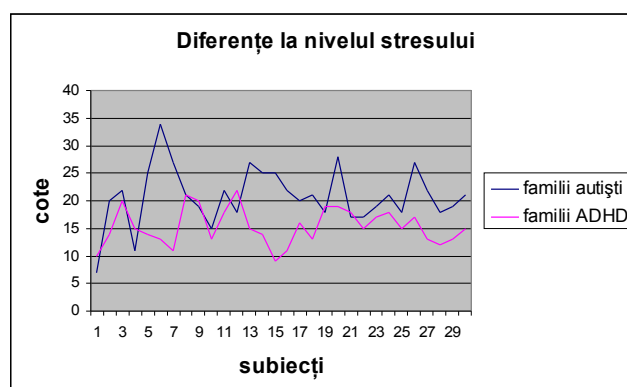
Tabel 3. Diferențe la nivelul percepției caracteristicilor copilului între cele două eșantioane

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 6.97	m = 6.07
Minim	2.00	2.00
Maxim	11.00	10.00
Abaterea standard	$\sigma = 2.30$	$\sigma = 2.21$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	$t(58) = 1.54$ $p = .128, p < .05$	

Graficul 3. Diferențe la nivelul percepției caracteristicilor copilului între cele două eșantioane



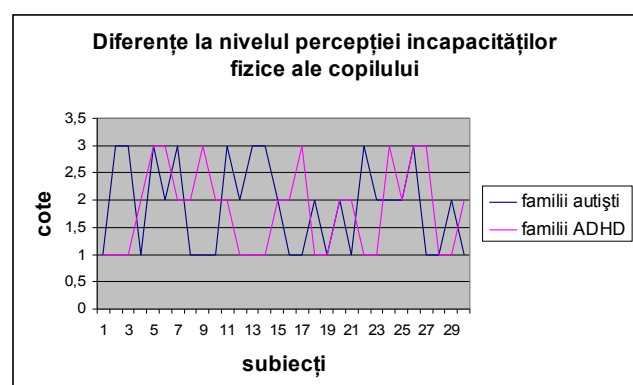
Graficul 5. Diferențe la nivelul stresului între cele două eșantioane



Tabel 4. Diferențe la nivelul percepției incapacităților fizice ale copilului

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 1.90	m = 1.83
Minim	1.00	1.00
Maxim	3.00	3.00
Abaterea standard	$\sigma = .84$	$\sigma = .79$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = 0.31 p = .754, p < .05	

Graficul 4. Diferențe la nivelul percepției incapacităților fizice ale copilului



Tabel 5. Diferențe la nivelul stresului între cele două eșantioane

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 20.87	m = 15.33
Minim	7.00	9.00
Maxim	34.00	22.00
Abaterea standard	$\sigma = 5.22$	$\sigma = 3.35$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = 4.88 p = .000, p < .05	

Folosindu-se Chestionarul de resurse și stress(QRS-F), nivelul stresului în cadrul celor două eșantioane poate fi investigat mai în detaliu, stabilindu-se dimensiunile la care acesta este cel mai puternic resimțit de către subiecți. Astfel, se constată diferențe semnificative între cele două eșantioane la nivelul problemelor familiale, valoarea testului t al lui Student fiind semnificativă statistic: t(58)=2.57, p = .008, p < .05. Prin urmare, părinții copiilor autiști resimt mai puternic existența unor probleme la nivel familial decât părinții copiilor hiperkinetici.

Pe scala pesimism, de asemenea, au fost obținute diferențe semnificative, valoarea testului t al lui Student fiind t(58)=5.69, p=.000, p < .05. Părinții copiilor cu tulburări din spectrul autist au un nivel mai crescut al pesimismului decât părinții copiilor hiperkinetici. Izolarea, lipsa de speranță în ceea ce privește viitorul copilului, suportul social adesea redus, precum și serviciile sociale insuficiente pentru abilitarea copiilor autiști, toate contribuie la pesimismul părintelui în ceea ce privește posibilitățile copilului de a dobândi independența. De asemenea, mentalitatea societății vis-à-vis de handicap, ce foarte adesea condamnă părintele pentru comportamentul copilului (autismul nu "se vede", nu este un handicap fizic, și mai rar apare sentimentul de compasiune față de părinți), contribuie în mare măsură la dezvoltarea atitudinilor negative în rândul părinților ce au un copil cu autism. Pesimismul este adesea asociat cu stima de sine scăzută,

cu un nivel crescut al depresiei și anxietății situaționale.

La nivelul percepției caracteristicilor copilului nu s-au obținut diferențe semnificative între cele două eșantioane, valoarea testului t a lui Student fiind $t(58) = 1.54$, $p = .128$, $p < .05$. În percepția părinților, așa cum rezultă din prelucrarea statistică, nu există diferențe la nivelul gravității simptomatologiei, atât copiii cu tulburare pervazivă de dezvoltare, cât și cei cu ADHD ridicând probleme sociale și de comportament similare la care părinții sunt nevoiți să le facă față. Tulburarea hiperactivă cu deficit de atenție nu are "semne" fizice, la fel ca și tulburarea din spectru autist, astfel, problemele copilului fiind percepute de părinți la nivelul comportamentului. Tot aici putem menționa și existența la peste 50% din cazurile de autism a simptomelor hiperkinetice, precum și deficitul de relaționare socială asociate tulburării hiperactive. Putem concluziona astfel, că stresul datorat caracteristicilor copilului este în egală măsură perceput de părinții copiilor autiști și de cei ai copiilor cu ADHD.

Pe scala incapacității fizice nu s-au obținut diferențe semnificative între cele două eșantioane, testul t al lui Student având valoarea $t(58) = .31$, $p = .754$, $p < .05$. Percepția părinților copiilor autiști nu diferă de a celor ce au un copil cu ADHD în ceea ce privește limitările în abilitățile fizice și de autoîngrijire ale copilului. Așa cum este menționat mai sus, handicapul fizic, locomotor nu este prezent în nici una dintre tulburări, subiecții din cele două eșantioane obținând medii similare pe această scală.

La nivelul stresului total se constată existența unor diferențe semnificative între cele două eșantioane, studiul comparativ punând în evidență valoarea semnificativă a testului t al lui Student: $t(58) = 4.88$, $p = .000$, $p < .05$. În cadrul familiilor copiilor autiști stresul parental este mai puternic resimțit decât în familiile ce au un copil hiperactiv. Impactul diagnosticului nu afectează doar copilul, ci și persoanele din jurul său, mai ales membrii familiei. De aceea, este important să se țină

seama de stresul părintelui deoarece acesta nu afectează doar starea de bine a celui în cauză, ci efectele sale se resimt și la nivelul copilului.

Incertitudinea etiologiei tulburării din spectru autist poate fi considerată prima sursă de stres parental. Așa cum se cunoaște, cauzalitatea tulburării este de natura genetică cu implicații neurobiologice, însă părinții primesc acest diagnostic după o perioadă în care copilul era "aparent normal". Punerea unui diagnostic de tulburare pervazivă nu este facilă, părinții așteptând uneori o perioadă mai îndelungată, timp în care oscilează între diverși specialiști. După primirea diagnosticului și odată cu acceptarea lui, începe căutarea unei forme de "vindecare", a unei terapii. De cele mai multe ori, părintele nu știe nici ce înseamnă "boala" copilului și nici ce poate face pentru a-l ajuta. Astfel, nesiguranța față de tot ce presupune tulburarea pervazivă, de la etiologie până la metode de intervenție, contribuie la creșterea nivelului de stres.

Un alt factor ce influențează puternic stresul parental îl constituie însăși simptomatologia autistă, în care sunt prezente deficitul de comunicare și cele socio-afective, spre deosebire de simptomatologia tulburării hiperactive în care predomină inatenția și problemele de comportament. De aceea, copiii autiști pot fi mult mai frustranți pentru părinții lor decât cei hiperkinetici, datorită abilităților de comunicare limitate.

În majoritatea cazurilor, în familiile copiilor autiști, unul din părinți (în general mama) este asistent personal al copilului, acesta fiind încadrat într-un grad de handicap. Acest lucru presupune renunțarea părintelui la locul de muncă și îngrijirea pentru a oferi copilului frecventarea unor servicii de abilitare. Acest lucru nu se întâmplă și în cazul copiilor cu ADHD, aceștia nefiind încadrați într-un grad de handicap, sunt școlarizați, iar părinții pot să-și mențină locul de muncă inițial. Cazurile de burn-out parental sunt mai frecvent întâlnite la părinții care petrec mult timp cu copilul cu dizabilități, iar oferirea unor servicii respite se cunoaște ca fiind aproape inexistentă

atât în mentalitatea, cât și în societatea românească.

Există riscul ca apariția unui copil autist să izoleze familia de restul lumii. Problemele pe care le ridică simptomele autiste reduc posibilitățile familiei de a-și petrece timpul liber împreună cu prietenii, de a avea un loc de muncă (majoritatea timpului fiind acordat îngrijirii copilului). Rețeaua de suport social este astfel redusă în cazul familiilor ce au un copil cu tulburare pervazivă. Stresul este astfel mai puternic resimțit atunci când nu există un suport social pentru familia în cauză.

Problemele familiale pot fi, de asemenea, un factor stresant la nivel individual, cunoscându-se posibilitățile reduse ca familia să mai petreacă timp cât mai mult împreună, neînțelegerile maritale, angajarea excesivă în viața profesională a unuia dintre părinți (în general tatăl) pentru a compensa oarecum lipsa locului de muncă al celuilalt sau pentru a "fugi", a evada din situația familială stresantă sub pretextul asigurării resurselor financiare. Toate aceste conflicte apar mai frecvent în cadrul familiilor ce au un copil autist decât în cele cu un copil hiperkinetic.

În concluzie, ipoteza care stipulează existența unei diferențe între nivelul stresului între părinții ce au un copil autist și cei care au un copil cu ADHD se confirmă, nivelul stresului fiind mai crescut în familiile copiilor cu tulburare din spectru autist. Explicațiile pentru aceste rezultate fiind legate de caracteristicile copilului, incertitudinea diagnosticului, problemele familiale, lipsa suportului social în cadrul familiilor copiilor autiști.

Ipoteza nr. 2

Există diferențe semnificative între cele două eșantioane în ceea ce privește mecanismele de coping, părinții copiilor autiști utilizând mai frecvent mecanisme active de coping, în timp ce părinții copiilor cu ADHD folosesc mai des mecanisme pasive de coping.

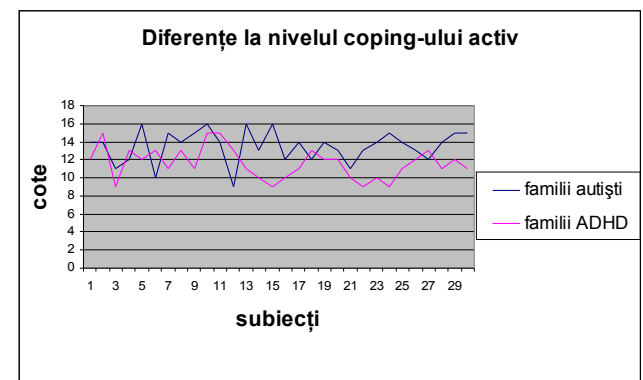
METODA: s-a utilizat chestionarul COPE pentru investigarea mecanismelor de coping; studiu comparativ.

Chestionarul COPE este elaborat de Carver, Scheier și Weintraub (1989). Chestionarul integrează modelul stresului elaborat de Lazarus (1984), dar autorii consideră departajarea formelor de coping în cele două tipuri (focalizat pe problemă și focalizat pe emoție) prea simplistă. Chestionarul COPE vizează 14 forme de coping care pot avea un caracter preponderent activ sau pasiv. 4 dintre aceste scale sunt încadrate ca fiind coping disfuncțional: descărcarea emoțională, pasivitate mentală, pasivitate comportamentală, recurgerea la alcool/medicamente. Scalele coping activ, planificarea, eliminarea activităților concurente, reținerea de la acțiune, căutarea suportului social instrumental sunt incluse în coping-ul activ, iar căutarea suportului social emoțional, reinterpretarea pozitivă, acceptarea, negarea, orientarea spre religie în coping-ul pasiv.

Tabel 6. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul coping-ului activ (scala 1 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 13.53	m = 11.60
Minim	9.00	9.00
Maxim	16.00	15.00
Abaterea standard	$\sigma = 1.80$	$\sigma = 1.73$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = 4.24 p = .000, p < .05	

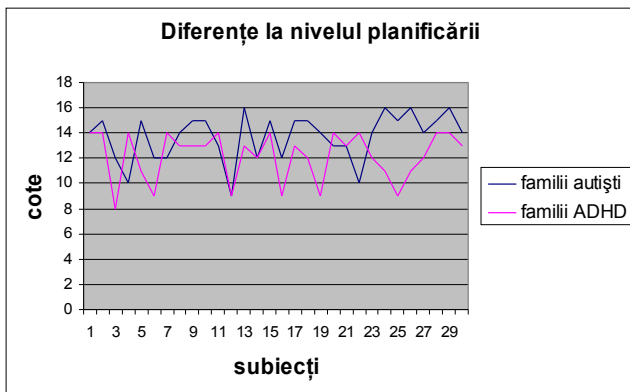
Grafic 6. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul coping-ului activ (scala 1 COPE)



Tabel 7. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul planificării (scala 2 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 13.70	m = 12.17
Minim	9.00	8.00
Maxim	16.00	14.00
Abaterea standard	$\sigma = 1.88$	$\sigma = 1.95$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = 3.10 p = .003, p < .05	

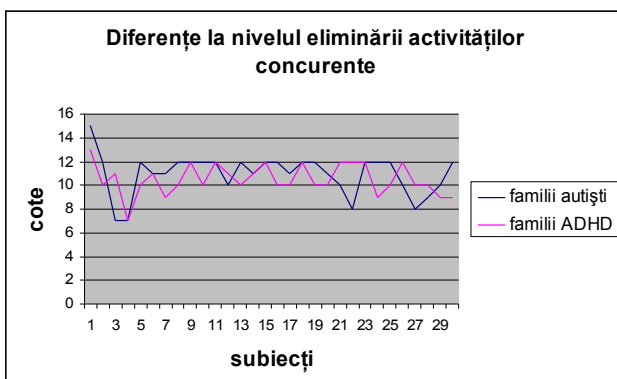
Grafic 7. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul planificării



Tabel 8. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul eliminării activităților concurente (scala 3 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 10.97	m = 10.53
Minim	7.00	7.00
Maxim	15.00	13.00
Abaterea standard	$\sigma = 1.75$	$\sigma = 1.31$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = 1.08 p = .282, p < .05	

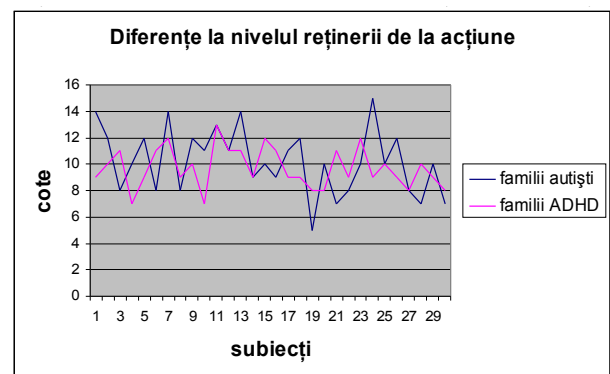
Grafic 8. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul eliminării activităților concurente



Tabel 9. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul reținerii de la acțiune (scala 4 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 10.23	m = 9.70
Minim	5.00	7.00
Maxim	15.00	13.00
Abaterea standard	$\sigma = 2.47$	$\sigma = 1.53$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = 1.00 p = .320, p < .05	

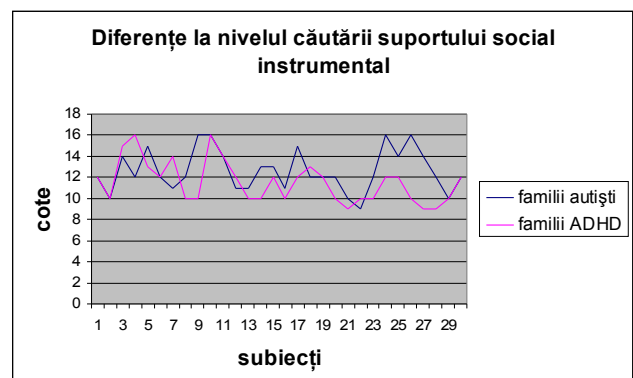
Grafic 9. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul reținerii de la acțiune



Tabel 10. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul căutării suportului social instrumental (scala 5 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 12.63	m = 11.53
Minim	9.00	9.00
Maxim	16.00	16.00
Abaterea standard	$\sigma = 1.97$	$\sigma = 2.00$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = 2.14 p = .036, p < .05	

Grafic 10. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul căutării suportului social instrumental



Așa cum rezultă din prelucrarea statistică a datelor privind coping-ul activ (*scala1*), testul t al lui Student are valoare semnificativă: $t(58)=4.24$, $p = .000$, $p < .05$, ceea ce presupune stabilirea unor diferențe între cele două eșantioane, părinții copiilor autiști utilizând mai frecvent coping-ul active. Acesta presupune procesul activ de înlăturare a stresorului sau de ameliorare a efectelor sale. Coping-ul activ include inițierea directă a acțiunii.

Studiul comparativ dintre cele două eșantioane la nivelul planificării permite stabilirea unor diferențe semnificative, valoarea testului t al lui Student fiind $t(58)=3.10$, $p = .003$, $p < .05$. Astfel, familiile ce au un copil autist înregistrează cote mai crescute la nivelul planificării decât familiile ce au un copil hiperkinetic. Planificarea presupune modalitatea găsită pentru a face față stresorului. Ea implică găsirea strategiilor optime de acțiune și pașii care urmează a fi făcuți pentru rezolvarea problemei. Planificarea este un mecanism de coping activ, focusat pe problemă.

La nivelul *eliminării activităților concurente*, prelucrarea statistică nu permite stabilirea unor diferențe semnificative, valoarea testului t fiind nesemnificativă: $t(58)=1.08$, $p = .282$, $p < .05$. Putem spune, prin urmare că între părinții copiilor autiști și cei ai copiilor hiperkinetici nu există diferențe în ceea ce privește eliminarea activităților concurente, aceasta presupunând evitarea de a fi distrași de alte evenimente, de a "fugi" din fața stresorului.

După cum se observă și din reprezentările grafice, la nivelul *reținerii de la acțiune* și al *căutării suportului social instrumental* nu se poate vorbi de existența unor diferențe semnificative între cele două eșantioane, valorile testelor t fiind în cazul primei dimensiuni $t(58)= 1.00$, $p = .320$, $p < .05$, iar la cea de-a doua $t(58)= 2.14$, $p = .036$, $p < .05$. Prin urmare, nu există diferențe semnificative între părinții copiilor autiști și cei ai copiilor hiperactivi nici în ceea ce privește așteptarea momentului oportun pentru a acționa (reținerea

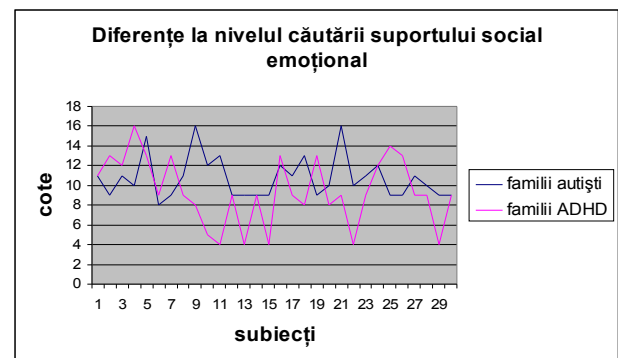
de la acțiune), nici în căutarea sprijinului, a sfaturilor, a informațiilor (căutării suportului social instrumental).

Toate cele 5 strategii de coping analizate mai sus sunt incluse în coping-ul activ, cu focusare pe problemă. În continuare vor fi interpretate rezultatele obținute pe scalele de coping pasiv (focusare pe emoție) și disfuncțional.

Tabel 11. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul căutării suportului social emoțional (scala 6 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 10.73	m = 9.40
Minim	8.00	4.00
Maxim	16.00	16.00
Abaterea standard	$\sigma = 2.13$	$\sigma = 3.38$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	$t(58) = 1.82$ $p = .073$, $p < .05$	

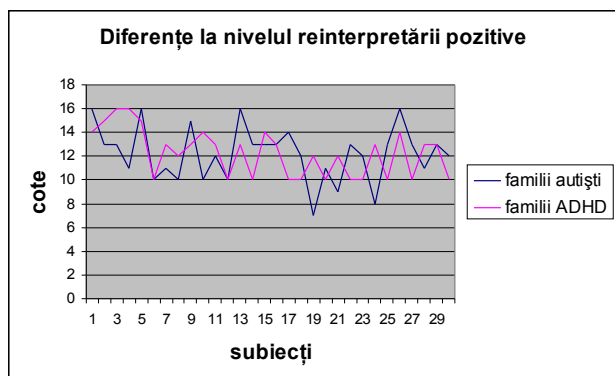
Grafic 11. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul căutării suportului social emoțional



Tabel 12. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul reinterpretării pozitive (scala 7 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 12.20	m = 12.27
Minim	7.00	10.00
Maxim	16.00	16.00
Abaterea standard	$\sigma = 2.31$	$\sigma = 2.00$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	$t(58) = -.12$ $p = .905$, $p < .05$	

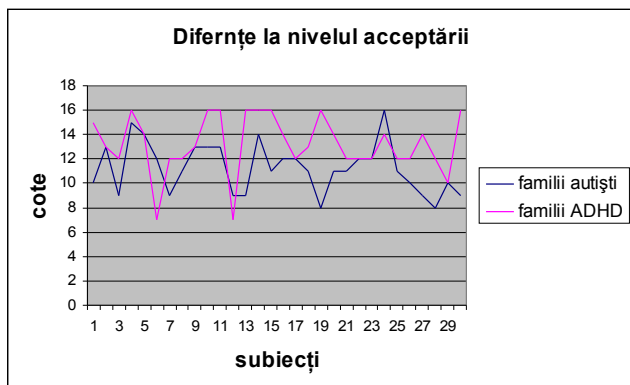
Grafic 12. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul reinterpretării pozitive



Tabel 13. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul acceptării (scala 8 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 11.23	m = 13.20
Minim	8.00	7.00
Maxim	16.00	16.00
Abaterea standard	$\sigma = 2.06$	$\sigma = 2.43$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = -3.38 p = .001, p < .05	

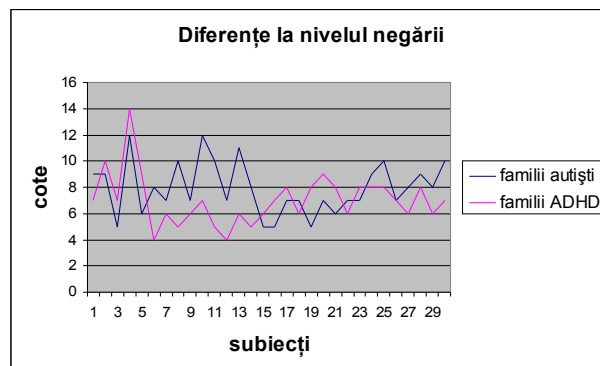
Grafic 13. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul acceptării



Tabel 14. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul negării (scala 9 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 7.93	m = 7.03
Minim	5.00	4.00
Maxim	12.00	14.00
Abaterea standard	$\sigma = 1.98$	$\sigma = 1.96$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = 1.77 p = .082, p < .05	

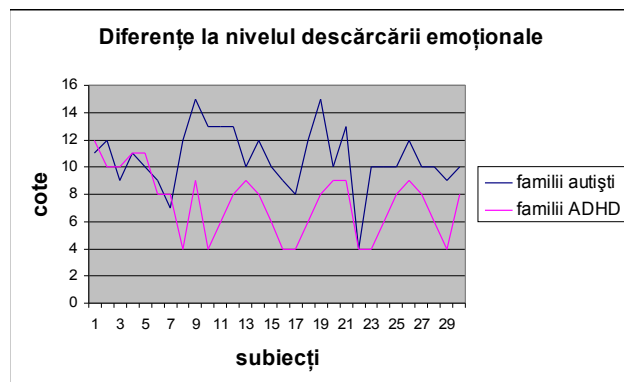
Grafic 14. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul negării



Tabel 15. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul descărcării emoționale (scala 10 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 10.63	m = 7.37
Minim	4.00	4.00
Maxim	15.00	12.00
Abaterea standard	$\sigma = 1.98$	$\sigma = 1.96$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = 5.42 p = .000, p < .05	

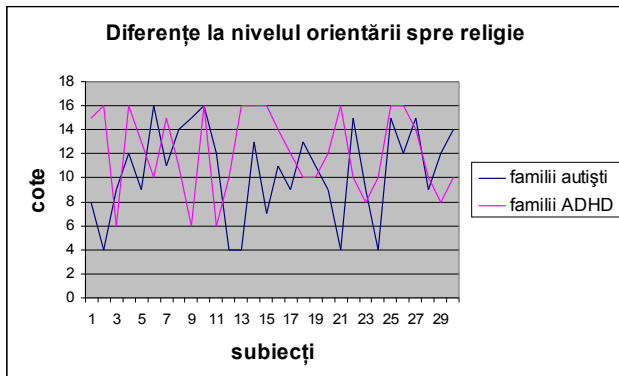
Grafic 15. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul descărcării emoționale



Tabel 16. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul orientării spre religie (scala 11 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 10.53	m = 12.13
Minim	4.00	6.00
Maxim	16.00	16.00
Abaterea standard	$\sigma = 3.86$	$\sigma = 3.44$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = -1.69 p = .095, p < .05	

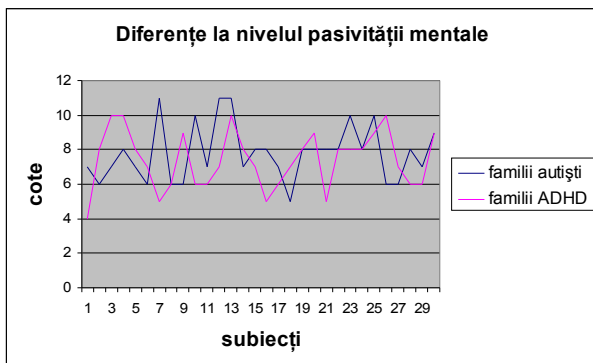
Grafic 16. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul orientării spre religie



Tabel 17. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul pasivității mentale (scala 12 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 7.80	m = 7.40
Minim	5.00	4.00
Maxim	11.00	10.00
Abaterea standard	$\sigma = 1.65$	$\sigma = 1.67$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = .93 p = .355, p < .05	

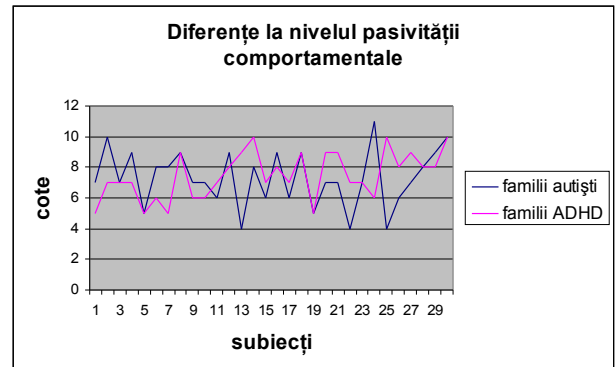
Grafic 17. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul pasivității mentale



Tabel 18. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul pasivității comportamentale (scala 13 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 7.30	m = 7.47
Minim	4.00	5.00
Maxim	11.00	10.00
Abaterea standard	$\sigma = 1.84$	$\sigma = 1.55$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = -.38 p = .706, p < .05	

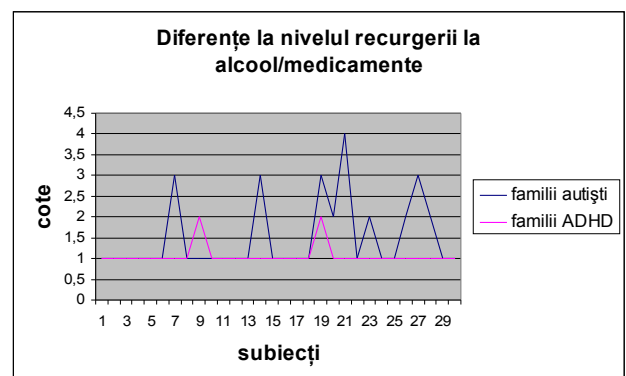
Grafic 18. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul pasivității comportamentale



Tabel 19. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul recurgerii la alcool/medicamente (scala 14 COPE)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 1.50	m = 1.07
Minim	1.00	1.00
Maxim	4.00	2.00
Abaterea standard	$\sigma = .86$	$\sigma = .25$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = 2.64 p = .011, p < .05	

Grafic 19. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul recurgerii la alcool/medicamente



Studiul comparativ între cele două eșantioane la nivelul căutării suportului social emoțional nu permite stabilirea unor diferențe semnificative statistic, valoarea testului t al lui Student fiind nesemnificativă: $t(58) = 1.82$, $p = .073$, $p < .05$. Nu putem susține existența unor diferențe între părinții copiilor autiști și cei ai copiilor cu ADHD la nivelul căutării suportului moral, compasiunii și înțelegerii.

Așa cum reiese din tabelul și graficul 12, la nivelul reinterpretării pozitive nu pot fi

pute în evidență diferențe semnificative între cele două eșantioane. Valoarea testului t este ne semnificativă: $t(58) = -.12$, $p = .905$, $p < .05$, neputând vorbi astfel, de diferențe la nivelul tendinței de a privi aspectele pozitive chiar și într-o situație mai puțin dezirabilă. Atât în cadrul familiilor ce au un copil autist, cât și în cazul celor cu un copil hiperactiv reducerea distresului prin reinterpretarea lui este similară.

La nivelul *acceptării*, între cele două eșantioane se pot stabili diferențe semnificative, testul t având valoare semnificativă: $t(58) = -3.38$, $p = .001$, $p < .05$. În cadrul familiilor copiilor cu ADHD se înregistrează cote mai crescute la nivelul acceptării decât în rândul celor ce au un copil autist. Astfel, primii acceptă realitatea ca pe ceva dat, ce nu poate fi schimbat, raportându-se în mod pasiv la stresor.

În ceea ce privește *negarea și orientarea spre religie* ca strategii de coping, studiul comparativ nu permite stabilirea unor diferențe semnificative între cele două eșantioane, testele t având următoarele valori: $t(58) = 1.77$, $p = .082$, $p < .05$ și, respectiv $t(58) = -1.69$, $p = .095$, $p < .05$.

La nivelul *descărcării emoționale*, se constată o diferență semnificativă între părinții copiilor autiști și cei ai copiilor hiperkinetici, valoarea testului t al lui Student fiind semnificativă statistic: $t(58) = 5.42$, $p = .000$, $p < .05$. Astfel, părinții copiilor autiști folosesc mai frecvent descărcarea emoțională ca strategie de coping decât părinții copiilor hiperkinetici, exprimându-și afectele și emoțiile negative în confruntarea cu stresorul. Un astfel de mecanism poate fi uneori funcțional, de exemplu, atunci când persoana trece printr-un travaliu al doliului în cazul pierderii unei ființe dragi pentru a ajunge să depășească această fază. Însă, dacă focusarea pe aceste emoții durează o perioadă mai lungă, există riscul „blocării”, rămânerii în această etapă, fără a ajunge la adaptare. Aceste rezultate pot fi explicate și prin stresul crescut întâlnit în cazul familiilor copiilor autiști. Acest mecanism de coping este considerat de autorii chestionarului ca fiind maladaptativ, disfuncțional.

La nivelul pasivității mentale și pasivității comportamentale nu pot fi stabilite diferențe

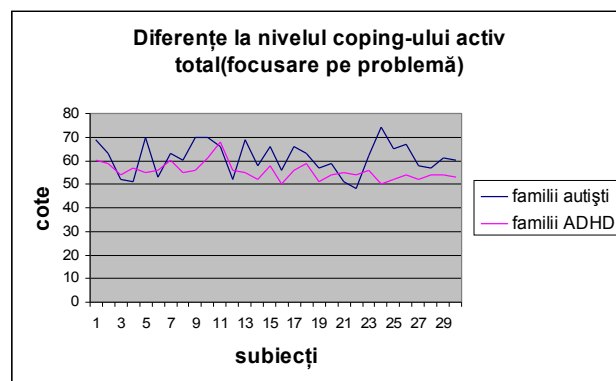
semnificative între cele două eșantioane, testele t având următoarele valori ne semnificative statistic: $t(58) = .93$, $p = .355$, $p < .05$; $t(58) = -.38$, $p = .706$, $p < .05$. În privința recurgerii la alcool/medicamente studiul comparativ permite stabilirea unor diferențe semnificative statistic între cele două eșantioane: $t(58) = 2.64$, $p = .011$, $p < .05$. În acest sens putem vorbi de folosirea mai frecventă în cadrul familiilor copiilor autiști a coping-ului prin recurgerea la alcool/medicamente decât în cadrul familiilor copiilor hiperkinetici.

În continuare vom analiza diferențele la nivelul coping-ului activ total (coping-ul activ, planificarea, eliminarea activităților concurente, reținerea de la acțiune, căutarea suportului social instrumental), coping-ului pasiv total (căutarea suportului social emoțional, reinterpretarea pozitivă, acceptarea, negarea, orientarea spre religie) și coping-ului disfuncțional (descărcarea emoțională, pasivitatea mentală, pasivitate comportamentală, recurgerea la alcool-medicamente).

Tabel 20. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul coping-ului activ total (focusare pe problemă)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 61.20	m = 55.53
Minim	48.00	50.00
Maxim	74.00	68.00
Abaterea standard	$\sigma = 6.84$	$\sigma = 3.71$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	$t(58) = 3.99$ $p = .000$, $p < .05$	

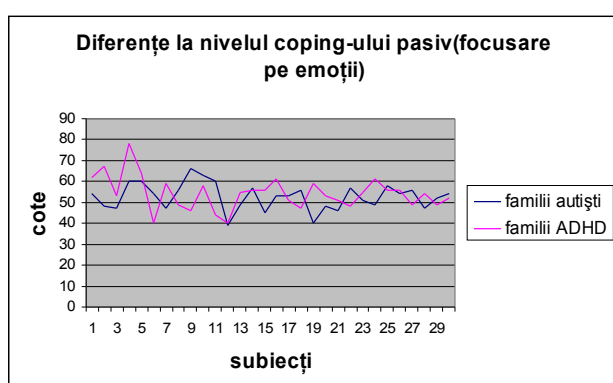
Grafic 20. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul coping-ului activ total (focusare pe problemă)



Tabel 21. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul coping-ului pasiv(focusare pe emoții)

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 52.63	m = 54.30
Minim	39.00	40.00
Maxim	66.00	78.00
Abaterea standard	$\sigma = 6.36$	$\sigma = 7.94$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = -.89 p = .373, p < .05	

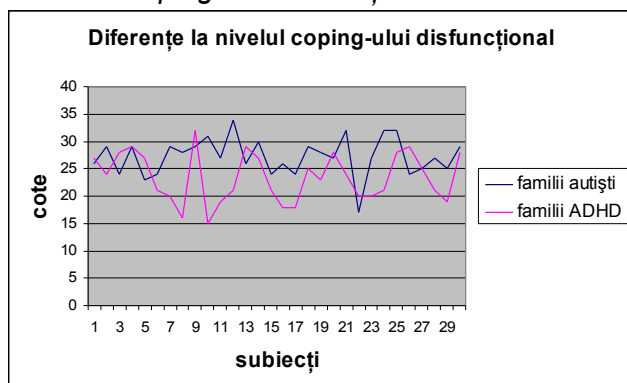
Grafic 21. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul coping-ului pasiv(focusare pe emoții)



Tabel 22. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul coping-ului disfuncțional

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 27.23	m = 23.43
Minim	17.00	15.00
Maxim	34.00	32.00
Abaterea standard	$\sigma = 6.36$	$\sigma = 7.94$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	t(58) = 3.67 p = .001, p < .05	

Grafic 22. Diferențe între cele două eșantioane la nivelul coping-ului disfuncțional



Din studiul comparativ la nivelul *coping-ului activ total* rezultă existența unor diferențe

semnificative statistic între cele două eșantioane, valoarea testului t al lui Student fiind semnificativă: $t(58) = 3.99$, $p = .000$, $p < .05$. Aceste rezultate evidențiază faptul că părinții ce au un copil autist au tendința de a recurge mai frecvent la mecanisme de coping de tip activ decât părinții copiilor cu hiperkinezie și deficit de atenție. Explicația poate fi oferită atât de factori situaționali, de mediu, cât și de factori structurali, de personalitate. Toți participanții din lotul familiilor ce au un copil cu tulburare din spectru autist sunt beneficiari ai Casei Faenza – Centru comunitar pentru copii autiști, fiind implicați direct în procesul de recuperare și asistare specializată a copilului. Participarea la grupurile educaționale și de suport, menținerea legăturii cu specialiștii influențează modalitatea de raportare la propriul copil și, implicit, felul în care familia face față problemelor ridicate de acesta. Astfel, părintele își poate mobiliza resursele în vederea diminuării sau înlăturării stresorului, în momentul în care găsește suportul informațional și emoțional de care are nevoie.

O altă explicație posibilă este legată de nivelul crescut al stresului. În general se vorbește despre efectele negative pe care distresul le are asupra individului. Există însă și unele aspecte pozitive ce au fost subliniate de studii precum cele realizate de Park, Cohen & Murch, 1996; Tedeschi, Park, & Colhoun, 1998 (schimbări ale filosofiei de viață, întărirea relațiilor cu cei apropiați, renunțarea la comportamente adictive, dezvoltarea spirituală etc.). Prin urmare, distresul (menținut sub o anumită limită – pe care, din păcate, studiul de față nu o poate măsura) poate acționa ca agent stimulator în găsirea soluțiilor și implicarea activă în procesul de coping.

De asemenea, locus-ul intern de control, ca factor structural, contribuie la alegerea strategiilor active de coping, focusate pe problemă, în timp ce locus-ul extern conduce spre adoptarea mecanismelor pasive de coping, focusate pe emoție. Așa cum reiese din studiul ipotezei nr.3, părinții copiilor autiști au predominant un locus intern al controlului, spre deosebire de cei ai copiilor cu ADHD ce sunt externi.

Valoarea testului t la nivelul *coping-ului pasiv total* nu permite stabilirea unor diferențe semnificative între cele două eșantioane, aceasta fiind ne semnificativă statistic: $t(58) = -.89$, $p = .373$, $p < .05$. Putem afirma astfel că, părinții copiilor autiști și cei ai copiilor cu ADHD folosesc în egală măsură mecanisme pasive de coping, neexistând diferențe la acest nivel. Coping-ul este un proces complex și este puțin probabil ca o persoană să răspundă stresorilor din mediu într-un singur fel (focusat doar pe emoție sau doar pe problemă). În general, oamenii folosesc ambele tipuri de strategii, pasive și active, în funcție de situație, putând însă predomina unul dintre ele. Este și cazul lotului familiilor copiilor autiști în care se observă existența atât a mecanismelor active de coping, cât și a celor pasive.

La nivelul *coping-ului disfuncțional*, se constată diferențe semnificative între cele două eșantioane: valoarea testului t al lui Student este semnificativă statistic - $t(58) = 3.67$, $p = .001$, $p < .05$. Acest lucru presupune utilizarea mai frecventă a mecanismelor de coping disfuncționale, maladaptative în rândul familiilor ce au un copil cu tulburare din spectru autist decât în cadrul familiilor ce au un copil hiperkinetic. Scalele de coping disfuncțional la care s-au obținut diferențe sunt *descărcarea emoțională și recurgerea la alcool/medicamente*. Aparent paradoxal, coexistența mecanismelor active de coping cu cele maladaptative, nu presupune excluderea reciprocă, ci mai degrabă, prezența unei mișcări ciclice, a unei dinamici în procesul de adaptare la condiția copilului și a schimbărilor apărute în cadrul familiei. Părintele se poate implica activ pentru a face față frustrării de a avea un copil cu handicap, însă având în vedere condiția "life long" a autismului și timpul îndelungat petrecut cu copilul (mai ales mama), familia centrându-și resursele și atenția spre acesta, pot interveni perioade de suprasolicitare, de burn-out parental. De aici și existența mecanismelor maladaptative de coping.

În concluzie, ipoteza privind diferențele la nivelul mecanismelor de coping între cele două eșantioane se confirmă, părinții copiilor autiști utilizând mai frecvent

mecanisme active de coping, în timp ce părinții copiilor cu ADHD folosesc mai des mecanisme pasive de coping. Explicațiile sunt oferite atât de factori situaționali, de mediu, cât și de factori structurali, de personalitate.

Ipoteza nr. 3:

La nivelul locus-ului de control există diferențe între părinții copiilor autiști și cei ai copiilor hiperactivi, aceștia din urmă având o externalitate mai accentuată decât primii.

METODA: proba de măsurare a locus-ului de control, studiu comparativ.

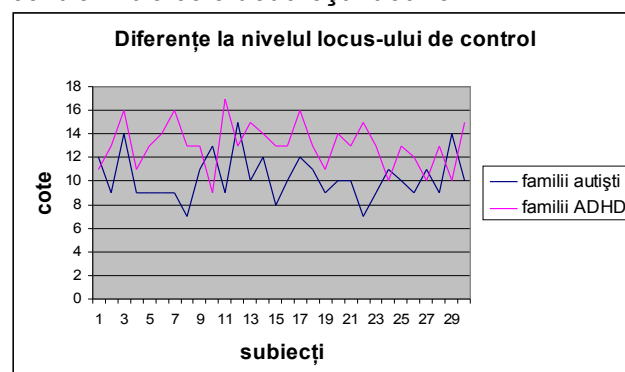
Instrumentul este elaborat pe baza teoriei lui Rotter (1966). Numărul de itemi: 29 de itemi, dintre care 23 vizează direct LOC, iar 6 itemi au fost incluși de autor pentru a face mai ambiguu scopul testului.

Posibilități de răspuns: fiecare item conține două afirmații, una referindu-se la internalitate, cealaltă la externalitate. Subiectului i se cere să indice care dintre cele două afirmații exprimă mai bine convingerea sa.

Tabel 23. Diferențe la nivelul locus-ului de control între cele două eșantioane

Eșantion	Familii autiști	Familii ADHD
Media	m = 10.27	m = 13.07
Minim	7.00	9.00
Maxim	15.00	17.00
Abaterea standard	$\sigma = 1.96$	$\sigma = 1.98$
Număr subiecți	30	30
Testul Student	$t(58) = -5.49$ $p = .000$, $p < .05$	

Graficul 23. Diferențe la nivelul locus-ului de control între cele două eșantioane



Studiul comparativ între cele două

eșantioane la nivelul locus-ului de control permite stabilirea unor diferențe semnificative statistic, valoarea testului t al lui Student fiind $t(58) = -5.49, p = .000, p < .05$. Astfel, rezultatele obținute relevă cote de externalitate mai mari la părinții copiilor cu ADHD decât la cei ai copiilor cu autism.

Felul în care cineva percepe că are sau nu control asupra evenimentelor pe care le trăiește, că poate sau nu influența cursul lor face referință la orientarea locus-ului de control: intern sau extern. Persoanele cu o orientare internă a locus-ului de control tind să își assume responsabilitatea pentru acțiunile proprii și se privesc pe ei ca deținând controlul asupra comportamentului propriu și a experiențelor pe care le trăiesc. Cei cu o orientare externă a locus-ului de control tind să atribuie succesul și eșecul unor influențe exterioare.

Părinții copiilor cu tulburări de dezvoltare ce au un locus intern consideră, în general, că dețin controlul asupra problemelor cu care se confruntă și asupra evenimentelor din viața copilului propriu. Ei își asumă strategii active de a face față stresului și conflictelor familiale ce pot apărea pe parcurs, adoptând astfel, mecanisme mult mai adaptative decât cei cu un locus extern.

Studiile efectuate pe părinții copiilor hiperkinetici aduc în discuție simptomatologia ADHD și în rândul acestora și, totodată, externalitatea locus-ului de control. Astfel, prin structură, părinții copiilor cu ADHD tind să fie mai impulsivi, să atribuie o cauzalitate externă comportamentului copilului și, astfel, și implicarea lor în demersul terapeutic este limitat. Cu cât părintele percepe comportamentul copilului ca fiind datorat unor cauze externe, ce nu pot fi controlate nici de el, nici de copil, cu atât mai puține sunt șansele ca el să încerce o abordare educațională care să reducă simptomatologia ADHD.

Prelucrarea statistică pune în evidență, de asemenea, existența unui locus intern la părinții copiilor autiști. Locus-ul intern se află în strânsă relație cu performanța și cu perseverența în activitățile complexe. O explicație posibilă pentru rezultatele obținute de părinții copiilor

autiști la nivelul atribuirii cauzalității stresorului poate fi apariția frecventă a sentimentelor de autoînvinovărire în rândul acestora și, astfel, "lupta" de a face orice pentru recuperarea copilului, pentru găsirea unei soluții. De foarte multe ori părinții copiilor autiști se află într-o "goană după specialiști" ce poate avea la bază o motivație inconștientă de diminuare a acestui sentiment de vinovăție. Faptul că etiologia tulburărilor pervazive nu este una certă, existând încă diverse teorii explicative, lasă loc și mai mult de interpretări din partea părinților, accentuând sentimentul de vină al părinților ("poate am făcut eu ceva greșit în timpul sarcinii", "nu trebuia să-l las la bunici în primul an de viață", "poate ar fi trebuit să petrec mai mult timp cu copilul și să nu mă fi dus la serviciu").

O altă explicație pentru rezultatele obținute privind locus-ul controlului poate fi pusă în legătură cu particularitățile copilului, simptomatologia lui per se. un copil hiperkinetic este impulsiv, provocator, încearcă să atragă atenția celor din jur prin diverse comportamente opoziționiste. Un astfel de copil poate fi cu greu ignorat, agitându-i și pe cei din jur, părinții având tendința de a răspunde comportamentului provocator, fie întărindu-l, fie pedepsindu-l. Acest lucru nu se întâmplă însă, în cazul copiilor autiști, aceștia prezentând un deficit de comunicare, de relaționare socială, de contact cu părinții. Comportamentul lor este preponderent unul de evitare, de retragere socială. Un părinte care se izbește mereu de tăcerea propriului copil, de lipsa lui de comunicare, va reuși cu greu să se mențină într-un bun contact cu copilul și va avea, inevitabil, tendința de a se retrage și el, de a "tăcea" împreună cu copilul. Astfel, comportamentul copilului fiind de natură internă, focusată pe senzațiile și trăirile proprii, poate fi un factor ce influențează internalizarea la nivelul părintelui, în timp ce în cazul copiilor cu ADHD lucrurile stau exact invers, copilul având o cotă crescută de externalitate.

Nu trebuie să uităm însă că locus-ul controlului este o dimensiune a personalității, ce are o anumită stabilitate dincolo de influența factorilor situaționali.

Prin urmare, ipoteza privind locusul de control intern în cazul părinților copiilor autiști și extern în cazul părinților ce au un copil hiperkinetic se confirmă, explicația fiind susținută atât de factori de personalitate, cât și de factori de mediu, situaționali.

Ipoteza nr. 4:

Există diferențe între percepția parentală a mamei și cea a tatălui, atât în cadrul familiilor ce au un copil autist, cât și în cadrul celor cu un copil hiperactiv.

METODA: pentru evidențierea diferențelor de percepție parentală între mamă și tată s-a folosit proba CBCL pentru grupa de vârstă 1,5-5 ani. CBCL 1½-5 este o revizuire a CBCL 2-3 (Achenbach, 1992) și a fost realizată pentru a fi completată de părinți sau alte persoane apropiate care văd copilul în context familial.

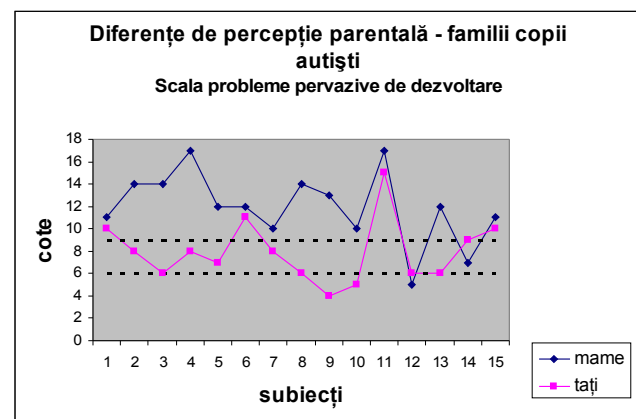
Respondentul este rugat să evalueze cei 99 de itemi care măsoară probleme în cazul copilului cu 0 pentru *nu este adevărat*, cu 1 *întrucâtva sau uneori adevărat* și cu 2 *foarte adevărat sau adesea adevărat*, luând în considerare comportamentul copilului din ultimele două luni. În cazul mai multor itemi respondenții sunt rugați să facă descrieri ale problemei. Mai mult, itemul 100 cere acestora să descrie alte probleme care nu au fost cuprinse în itemii anteriori.

Din această probă s-a luat în calcul doar scala probleme pervazive de dezvoltare, pentru familiile copiilor cu autism, respectiv probleme de hiperactivitate și deficit de atenție, pentru familiile copiilor cu ADHD (cotarea bazată pe criteriile DSM-IV). **Scale bazate pe DSM:** *Probleme afective* (itemi evaluați drept consistenți cu distimia și tulburarea depresivă majoră), *Anxietate* (itemi evaluați drept consistenți cu anxietatea generalizată, anxietatea de separare și fobia specifică), *Probleme pervazive de dezvoltare* (itemi evaluați drept consistenți cu autismul și tulburarea Asperger), *Probleme de deficit de atenție /hiperactivitate* (itemi evaluați drept consistenți cu ambele tipuri ale ADHD) și *Probleme de opoziționism provocator*.

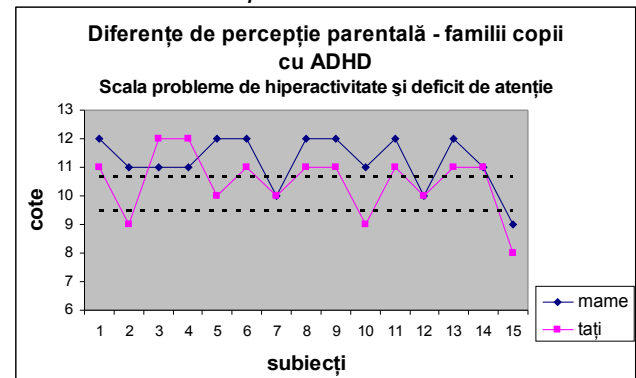
Analiza datelor s-a realizat pe fiecare

familie în parte, interpretându-se ca diferență de percepție parentală existența unei cote în sfera normalului și alta în cea a patologicului (de exemplu, mama obține o cotă în sfera patologicului, iar tata în sfera normalului sau invers) în cadrul aceleiași familii.

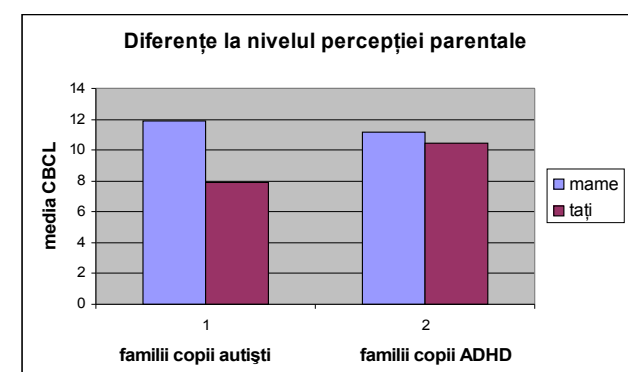
Graficul 24. Diferențe de percepție parentală în cadrul familiilor copiilor autiști



Graficul 25. Diferențe de percepție parentală în cadrul familiilor copiilor cu ADHD



Graficul 26. Diferențe la nivelul percepției parentale între cele două eșantioane



Așa cum se observă și din graficul nr. 24, există diferențe de percepție parentală

În cadrul familiilor copiilor autiști, la 9 dintre cele 15 familii, tații având cote predominant în sfera normalului, iar mamele în cea a patologicului. Astfel, în 60% dintre familiile ce au un copil autist se înregistrează diferențe între percepția mamei și cea a tatălui privind simptomatologia copilului.

Graficul nr. 25 pune în evidență diferențele de percepție parentală în cadrul familiilor ce au un copil cu ADHD. Așa cum se observă, aceste diferențe există la 3 dintre cele 15 familii. Într-un procent de 20% dintre familiile copiilor hiperkinetici există diferențe între percepția mamei și cea a tatălui privind simptomatologia copilului.

Prin urmare, putem afirma, conștienți de limitele metodologice, că în cadrul familiilor ce au un copil autist diferențele de percepție parentală sunt mult mai prezente decât în cadrul celor cu un copil hiperkinetic. Acest lucru poate fi explicat pe de-o parte de impactul pe care diagnosticul îl are asupra părinților, tulburarea pervazivă de dezvoltare fiind, în general, percepută de părinți ca având implicații mult mai negative decât tulburarea hiperactivă cu deficit de atenție. Pe de alta parte, caracteristicile copilului, simptomatologia per se, presupune abordări diferite din partea părintelui. În cazul copiilor autiști, în general, dacă familia dorește acest lucru, Serviciul de expertiză complexă din cadrul Direcției Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului îi încadrează în gradul I de handicap, mama urmând să rămână acasă pentru îngrijirea copilului, devenind asistentul personal al acestuia. Tatăl, în majoritatea cazurilor, continuă să meargă la serviciu, uneori folosind locul de muncă pentru a "scapa" de responsabilitatea educației și îngrijirii copilului. Iar așa cum putem vedea din analiza ipotezei nr.2, legată de strategiile de coping, părinții copiilor autiști înregistrează cote mai scăzute la scala acceptării. Un diagnostic de tulburare pervazivă de dezvoltare este mai greu de acceptat decât unul de tulburare hiperactivă.

Dat fiind faptul că în studiul de față, mamele copiilor autiști sunt cele care rămân cu copilul acasă, petrecând multe ore pe zi cu acesta, tind să aibă o percepție mai acurată legată de caracteristicile și simptomatologia copilului. Tot mama este cea care ține

legătura cu specialiștii, mult mai des decât tatăl. Neavând obligații profesionale, ea are mai mult timp liber pentru a duce copilul la diferite servicii de recuperare sau pentru a participa la grupurile de suport/educaționale. De asemenea, mamele participante în acest studiu sunt mai frecvent clienți ai serviciilor de consiliere psihologică decât tații.

Din observațiile realizate de-a lungul a 4 ani de experiență cu copiii autiști și familiile acestora și din discuțiile avute cu părinții, reiese faptul că tatăl are tendința de a lăsa în responsabilitatea mamei tot ce ține de educația și îngrijirea copilului, simțindu-se adesea "depășit" de situația de a avea un copil cu tulburare din spectrul autist. Rolul pe care și-l autoatribuie este, în general, de a asigura resursele financiare și materiale pentru buna dezvoltare a copilului. Există tendința din partea acestora de a nega oarecum simptomatologia copilului prin oferirea unor explicații alternative: "E mai timid doar. Așa am fost și eu când eram mic", "Mulți copii încep să vorbească mai târziu" sau de a "normaliza" comportamentul copilului: "Se joacă"(atunci când este vorba de stereotipii sau fixații).

Pe de-o parte mecanismele de apărare, pe de alta timpul limitat pe care tatăl îl petrece cu propriul copil("Eu sunt musafir la mine acasă", "Nu-mi cunosc propriul copil", "Sunt tată numai în weekend") conduc spre o interacțiune sărăcită(să nu uităm perioada uneori îndelungată pentru stabilirea unui contact calitativ cu copilul autist). Iar această interacțiune deficitară poate fi uneori factor determinant în percepția parentală.

În cazul familiilor ce au un copil cu ADHD se observă similitudini mult mai mari între percepția tatălui și cea a mamei asupra simptomatologiei copilului. Explicațiile pot fi oferite prin opoziție cu cele expuse anterior în cazul familiilor ce au un copil autist. De asemenea, având în vedere vârsta mică a copiilor cu ADHD aleși pentru acest studiu(maxim 5 ani), simptomatologia este încă greu observabilă de către părinți, chiar dacă ei percep anumite comportamente legate de impulsivitate, inatenție, hiperactivitate, agresivitate. Acestea sunt privite ca fiind tranzitorii în dezvoltarea copilului sau chiar "normale". E posibil ca în cazul acestor

familiei să nu existe o reală conștientizare a sindromului ca atare, ci mai degrabă perceperea unor dificultăți pe care copilul le are. În general, simptomatologia devine mai evidentă și ridică probleme mai mari părinților odată cu începerea școlii.

Prin urmare, ipoteza nr. 4 ce prevede existența unor diferențe între percepția parentală a mamei și cea a tatălui, atât în cadrul familiilor ce au un copil autist, cât și în cadrul celor cu un copil hiperactiv se confirmă parțial, aceste diferențe de percepție parentală evidențiindu-se doar în cazul familiilor ce au un copil cu tulburare din spectru autist.

Ipoteza nr. 5:

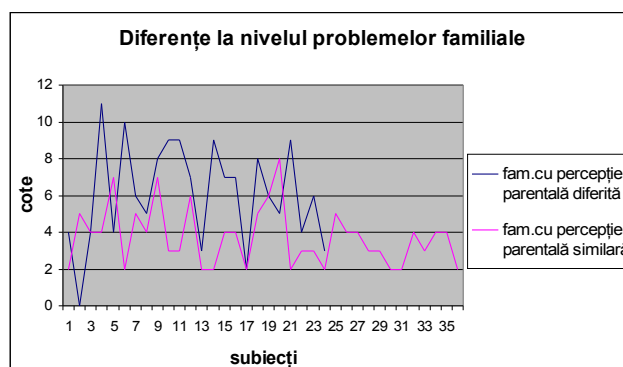
Există diferențe semnificative la nivelul problemelor familiale în funcție de percepția parentală, acestea fiind mai frecvent întâlnite în familiile în care percepția mamei diferă de cea a tatălui.

METODA: Pentru studiul acestei ipoteze s-au utilizat cotele obținute de subiecții din ambele eșantioane la scala probleme familiale, din Chestionarul de resurse și stres (QRS-F). Din eșantionul familiilor în care există diferențe între percepția parentală a mamei și cea a tatălui (stabilită cu ajutorul CBCL) au făcut parte 9 familii ce au un copil autist și 3 familii al căror copil este diagnosticat cu ADHD (în total 24 subiecți). Eșantionul familiilor în care percepția parentală a mamei este similară cu cea a tatălui a fost alcătuit din 6 familii ce au un copil autist și 12 familii ce au un copil hiperkinetic (36 subiecți).

Table 27. Diferențe la nivelul problemelor familiale în funcție de percepția parentală

Eșantion	Fam. cu percepție parentală diferită	Fam. cu percepție parentală similară
Media	M = 6.08	M = 3.75
Minim	0	2
Maxim	11	8
Abaterea standard	$\Sigma = 2.76$	$\Sigma = 1.61$
Număr subiecți	24	36
Testul Student	T(58) = 3.73 P = .001, P < .05	

Grafic 27. Diferențe la nivelul problemelor familiale în funcție de percepția parentală



Studiul comparativ între cele două eșantioane permite stabilirea unor diferențe semnificative, valoarea testului t fiind semnificativă statistic: $t(58) = 3.73$, $p = .001$, $p < .05$. Astfel, putem afirma că familiile în care percepția mamei diferă de cea a tatălui tind să perceapă un grad mai crescut al problemelor familiale decât cele în care cei doi părinți au percepții similare.

Așa cum se observă și din graficele 24 și 25 ale ipotezei 4, mama este, în general, cea care are o percepție concordantă cu diagnosticul copilului, atât în cazul autismului, cât și al ADHD. Astfel, mama percepe simptomatologia copilului mai frecvent decât tatăl, ceea ce poate duce la diverse disensiuni în cadrul cuplului parental. Se întâmplă deseori ca tatăl să refuze să se implice în procesul terapeutic al copilului din motive variate: fie susține că "e normal copilul, nu are nimic", fie învinovățește mama pentru condiția copilului sau o responsabilizează doar pe ea pentru creșterea lui. Sunt frecvent întâlnite cazurile în care, după apariția unui copil cu handicap (și cu atât mai mult autist), cuplul ajunge să se despartă sau chiar să divorțeze.

De asemenea, diferența de percepție asupra simptomatologiei copilului, poate conduce spre neînțelegeri privind abordările educaționale, părinții ajungând la certuri "din cauza copilului". Atunci când unul din părinți are un stil exagerat autoritar, iar celălalt unul hiperprotectiv, inevitabil se creează conflicte care, repetate în timp, afectează funcționarea familială și comunicarea dintre cei doi soți.

Diferențe de percepție parentală pot exista și în cadrul familiilor ce au copii fără tulburări psihiatrice, însă implicațiile

la nivelul problemelor familiale sunt mult reduse deoarece și nivelul stresului datorat caracteristicilor copilului și interacțiunii cu acesta este scăzut.

În concluzie, ipoteza care susține existența unor diferențe la nivelul problemelor familiale în funcție de percepția parentală, acestea fiind mai frecvent întâlnite în familiile în care percepția mamei diferă de cea a tatălui se confirmă.

Aplicabilitatea studiului

Deși s-ar fi putut desprinde o sumedenie de informații relevante despre funcționarea familială printr-o cercetare efectuată pe un singur eșantion, studiul comparativ oferă oportunitatea de a examina până la ce punct aceasta este diferită în cadrul familiilor copiilor cu tulburare din spectru autist față de funcționarea familială în cazul altor tulburări. Prin evidențierea similarităților și diferențelor, studiul comparativ poate da o lumină nouă înțelegerii felului în care unicitatea caracteristicilor autismului afectează familia și a modalității în care familia afectează manifestările simptomelor autiste. Pentru aceasta a fost necesară alegerea unui lot comparativ care să fie cât mai asemănător din perspectiva problematicii familiale implicate de simptomatologia copilului.

A identifica nivelul stresului parental și conștientizarea riscului apariției burn-out-ului este primul pas în prevenția funcționării familiale maladaptative, iar nevoia serviciilor sociale comunitare, precum și celor de gen respite este cu atât mai mult evidențiată, cunoscându-se deficitul major al societății noastre în acest sector.

De asemenea, prin controlul variabilei vârsta copilului, putem sublinia importanța intervenției timpurii care nu este posibilă la nivelul maxim de eficiență decât cu implicarea directă a familiei în abilitarea copilului.

Înțelegerea unor aspecte ale personalității (locus de control) și a interacțiunii dintre acestea și factorii stresori din mediu oferă posibilitatea învățării unor strategii de coping adaptative, prin intermediul grupurilor de

suport sau a consilierii psihologice orientate în acest sens.

Limitele studiului și direcții noi de cercetare

Una din limitele acestui studiu o constituie lipsa unui lot de control format din familii ce au copii fără tulburări psihiatrice. Astfel, diferențele de percepție parentală ar fi putut fi scoase în evidență într-un mod mai acurat. De asemenea, fiind un studiu cross-sectional nu au putut fi surprinse dimensiunile investigate într-o fază preexistentă. Pentru aceasta ar fi fost necesară o examinare repetată a subiecților printr-un studiu longitudinal.

Severitatea simptomatologiei copilului nu a fost controlată în cercetarea de față, ci s-a ținut cont doar de vârsta copilului. Caracteristicile lui însă, sunt o variabilă importantă în evidențierea funcționării familiale.

Numărul limitat de subiecți participanți la studiu, precum și lipsa unor probe psihologice validate pe populația românească (Chestionarul de resurse și stres QRS-F) fac posibilă generalizarea rezultatelor doar la nivelul eșantioanelor studiate.

De asemenea, întrucât cercetarea de față nu poate determina rolul atitudinilor sociale în generarea și menținerea stresului familial, cercetări viitoare care să facă acest lucru ar merita încurajate, rezultatele putând fi utile în elaborarea programelor educaționale și a serviciilor de intervenție.

Concluzii

Ideea studiului de față s-a născut ca o necesitate de aprofundare a înțelegerii familiei copilului cu tulburare din spectru autist, deoarece abordarea individuală a copilului, desprinsă de contextul familial, riscă de cele mai multe ori să devină asemănătoare cu munca Meșterului Manole. Autismul nu se „vindecă”. Nu există un medicament miraculos care să-l facă să dispară pur și simplu. Simptomatologia poate fi, însă ameliorată printr-o intervenție cât mai timpurie și prin implicarea directă și indirectă a părinților în procesul terapeutic.

Obiectivul acestei lucrări a fost acela de a surprinde acele aspecte de dinamică familială ce contribuie la o mai bună adaptare la condiția de a avea un copil cu tulburare developmentală. Astfel, am putut constata existența unei tendințe a părinților ce au un copil autist de a adopta strategii active de coping, însă complexitatea proceselor intrafamiliale (pe care cercetarea de față nu o poate surprinde statistic) conduce, de asemenea și aparent paradoxal, spre recurgerea la mecanisme de coping maladaptative. Iar acest proces ciclic necesită o înțelegere atentă a factorilor situaționali (nivelul stresului), cât și a aspectelor legate de personalitate (locus al controlului).

Odată cu aflarea diagnosticului de tulburare pervazivă de dezvoltare, familia începe un travaliu al doliului ce riscă să nu se finalizeze niciodată, moartea „copilului ideal” fiind cu greu acceptată, căci prezența copilului îndeamnă la interacțiune.

Iar atunci când imaginea mamei asupra copilului este multdiferită de cea a tatălui, lucrurile se complică și mai mult. Probleme familiale, stres crescut, burn-out parental, divorț sunt doar câteva din efectele pe care percepția parentală diferită le poate avea asupra familiei.

BIBLIOGRAFIE

1. **Achenbach, M. T., Rescorla, A.** L.(2000) – *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*, University of Vermont, Burlington
2. **Ackerman, N.W.**(1958) – *The Psychodynamics of Family Life*; diagnosis and treatment of family relationships, Basic Books Inc., New York;
3. **Bauman, S.** (2004) – *Parents of children with mental retardation: coping mechanisms and support needs*. Dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Maryland;
4. **Behr, S., Murphy, D.L.** (1993) – *Research progress and promise: The role of perceptions in cognitive adaptation to disability*. Cognitive coping, families and disability, pp. 151-163, Baltimore;
5. **Christie, D., Jassi, A.** (2002) – ‘Oh No He Doesn’t!’, ‘Oh Yes He Does!’: Comparing Parent and Teacher Perceptions in Tourette’s Syndrome. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 7(4);
6. **Cicchetti, D., Cohen, D.J.** (2006) – *Developmental Psychopathology*, John Wiley & Sons, Inc., New Jersey;
7. **Collett, B., Gimpel, G.** (2004) – Maternal and child attributions in ADHD versus non-ADHD populations. *Journal of Attention Disorders*, vol. 7(187);
8. **Folstein, S.E., Santangelo, S.L.** (1999) - *Predictors of Cognitive Test Patterns in Autism Families*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 40(7), pp. 1117-1128, Cambridge University Press;
9. **Gilliam, H., James, G.D.** (nd.) - *Measuring Stress in Humans: A Practical Guide for the Field*, Cambridge University Press;
10. **Gupta, A., Singhal, N.** (2004) – *Positive perception in parents of children with disabilities*. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, vol. 15(1);
11. **Higgins, D.J., Bailey, S., Pearce, J.** (2005) - *Factors associated with functioning style and coping strategies of families with a child with an autism spectrum disorder*. *Autism*, The National Autistic Society, vol. 9(2), 125–137;
12. **Hinton, C., Wolpert, M.** (1998) – *Why is ADHD such a Compelling Story?* *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 3(315);
13. **Iluț, P.** (2005) – *Sociopsihologia și antropologia familiei*, Editura Polirom, București;
14. **Jones, J., Passey, J.** (2005) – *Family Adaptation, Coping and Resources: Parents Of Children With Developmental Disabilities and Behaviour Problems*. *Journal of developmental disabilities*, vol. 11(1), Ontario;
15. **Kaplan, B.J., Crawford, S.G., Fisher, G.** (1998) – *Family dysfunction is more strongly associated with ADHD than with general school problems*. *Journal of Attention Disorders*, vol. 2(4), pp. 209-216;
16. **Kendall, J., Shelton, K.** (2003) – A

Typology of Management Styles in Families with Children with ADHD. Journal of Family Nursing, vol. 9(3), 257-280

17. **Kendall, J., Leo, M., Perrin, N., Hatton, D.** (2005) - *Modeling ADHD Child and Family Relationships.* Western Journal of Nursing Research, vol. 27(4);

18. **Kendall, J.** (1998) – *Outlasting Disruption: The Process of Reinvestment in Families with ADHD Children.* Qualitative Health Research, vol. 8;

19. **Kenny, D.T., Carlson, J.G., McGuigan, F.J. & Sheppard, J.L.** (2000) – *Psychological foundations of stress and coping: A developmental perspective în Stress and health: Research and clinical applications*, vol.4, pp.73-104, Amsterdam;

20. **Kepley, H., Ostrander, R.** (2007) – *Family Characteristics of Anxious ADHD Children: Preliminary Results.* Journal of Attention Disorders, vol. 10;

21. **Korkeila, J.** (2000) – *Measuring aspects of mental health,* Stakes, Helsinki

22. **Macsinga, I.** (2000) – *Psihologia diferențială a personalității,* Timișoara;

23. **Mandleco, B., Olsen, S., Dyches, T.** (2003) – *The Relationship between Family and Sibling Functioning in Families Raising a Child with a Disability.* Journal of Family Nursing, vol. 9;

24. **Miles, J., Takahashi, N., Haber, A.** (2003) – *Autism Families with a High Incidence of Alcoholism.* Journal of Autism and Developmental Disorders, vol. 33(4);

25. **Mircea, T.** (2004) - *Tratat de psihopatologie și sănătate mentală a copilului și adolescentului,* Editura Artpress, Timișoara;

26. **Mitchell, M.** (2006) – *Parents' stress and coping with their children's attention deficit hyperactivity disorder.* Dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School of the University of Maryland;

27. **Petroman, P.** (1997) – *Sfânta noastră familie; elemente de psihologia familiei,* Editura Eurobit, Timișoara;

28. **Rogers, H., Cann, W., Cameron, D.** (2003) – *Evaluation of the Family Intervention Service for children presenting*

with characteristics associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, vol. 2, iss.3;

29. **Sava, F.** (2004) – *Analiza datelor în cercetarea psihologică.* Metode statistice complementare, Editura ASCR, Cluj-Napoca;

30. **Scaffer, R.H.** (2005) - *Introducere în psihologia copilului,* Editura ASCR, Cluj-Napoca;

31. **Seltzer, M., Krauss, M., Orsmond, G.** (2001) – *Families of Adolescents and Adults with Autism: Uncharted Territory.* International review of research in mental retardation, vol. 23;

32. **Seltzer, M., Abbeduto, L., Krauss, M.** (2004) – *Comparison Groups in Autism Family Research: Down Syndrome, Fragile X Syndrome, and Schizophrenia.* Journal of Autism and Developmental Disorders, vol. 34(1);

33. **Sivberg, B.** (2002) – *Coping strategies and parental attitudes. A Comparison of Parents with Children with Autistic Spectrum Disorders and Parents with non-autistic Children.* International Journal of Circumpolar Health, vol.61;

34. **Starr, E., Foy, J.** (2006) – *How Are Schools Doing? Parental Perceptions of Children with Autism Spectrum Disorders, Down Syndrome and Learning Disabilities: A Comparative Analysis.* Education and Training in Developmental Disabilities, vol. 41(4), 315–332, Windsor;

35. **Veltman, M., Thompson, R.** (2005) – *A Paternally Inherited Duplication in the Prader-Willi/Angelman Syndrome Critical Region: A Case and Family Study.* Journal of Autism and Developmental Disorders, vol.35(1);

36. **Weiss, J., Sullivan, A., Diamond, T.** (2003) – *Parent stress and adaptive functioning of individuals with developmental disabilities.* Journal of developmental disabilities, vol. 10(1), Ontario;