



UNIVERSITATEA „ALEXANDRU IOAN CUZA“ din IAȘI

ȘCOALA DOCTORALĂ DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI

**PERCEPȚIILE ȘI AȘTEPTĂRILE
MAMELOR CARE AU COPII CU
DIFICULTĂȚI DE ÎNVĂȚARE CU PRIVIRE
LA TERAPIA CREATIV-EXPRESIVĂ**

Rezumatul tezei de doctorat

Coordonator științific:

Conf. Univ. Dr. Ovidiu Gavrilovici

Student-doctorand:

Gal-Baruch Abramovski

Iași, 2020

Cuprins

1. Introducere.....	4
2. Design-ul cercetării	5
2.1 Design-ul convergent paralel	5
2.2 Cadrul conceptual.....	6
3. Studiul 1 – percepții și așteptări cu privire la terapie	7
Metoda de cercetare	7
Participanții	8
Metoda de cercetare	8
3.2 Analiza datelor	9
3.3 Rezultate.....	9
3.3.1 Factori care influențează percepțiile mamelor cu privire la terapie	9
3.3.2 Rolul unic al terapiei creativ-expresive în cadrul școlii	10
3.3.3 Percepțiile mamelor cu privire la implicarea lor în terapie	10
3.3.4 Percepțiile satisfacției cu privire la terapia în școală.....	10
3.5 Discuție – Temele principale.....	10
4. Studiul 2 - Așteptările cu privire la terapie.....	16
Metoda de cercetare	17
Participanții	18
Instrumentele de cercetare.....	18
4.1 Testarea ipotezelor	18
4.2 Discuție – Temele principale.....	19
5. Studiul 3 – Satisfacția cu privire la terapie.....	20
Metoda de cercetare	22
Participanții	22
5.1 Testarea ipotezelor	22
5.2 Discuție – Temele principale.....	23
6. Discuție generală	27
Contribuția teoretică.....	27
Contribuția în domeniul terapiei creativ-expresive	28
Contribuția în domeniul terapeutic în școală.....	28
Contribuția universală	28

Sugestii pentru continuarea cercetării	29
Recomandări aplicate	30
Bibliografie relevantă	31

1. Introducere

Această teză de doctorat se alătură literaturii de specialitate, în creștere în ultimii ani, pe tema terapiei, importanței și înțelegerii implicării parentale în procesele terapeutice ale copiilor lor. În ultimele decade, terapeuții creativ-expresivi au început să fie integrați în școlile de educație specială. Terapia prin mijloace creativ-expresive este unul dintre instrumentele terapeutice care poate contribui la creșterea adaptării academice, emoționale și sociale a adolescenților cu dificultăți de învățare. Scopul cercetării de față este analiza percepțiilor și așteptărilor mamelor care au adolescenți cu dificultăți de învățare și care învață în școli de educație specială cu privire la terapia și terapeuții creativ-expresivi. Cercetarea abordează o metodologie mixtă și include trei studii principale: Studiul 1 – calitativ, care explorează așteptările, percepțiile și experiențele subiective ale mamelor legate de terapia și terapeutul din școală, făcând trimitere la o serie de probleme și aspecte terapeutice; Studiul 2 – cantitativ, care explorează măsura în care nivelurile de eficacitate parentală și stres parental afectează așteptările mamelor legate de terapia și terapeutul din școală; Studiul 3 – cantitativ, care explorează măsura în care nivelurile de eficacitate parentală și stres parental afectează satisfacția cu privire la terapie (două dimensiuni ale satisfacției maternale privind terapia sunt analizate). Pe lângă acestea, a fost investigată și asocierea satisfacției cu durata terapiei și vârsta copilului.

Rezultatele primului studiu scot la iveală patru teme principale: percepțiile și așteptările mamelor legate de terapia emoțională în general, percepțiile și așteptările mamelor legate de terapia prin mijloace creativ-expresive în școală, implicarea mamelor în procesul terapeutic și satisfacția cu privire la terapie. În Studiul 2 – s-a identificat o asociere pozitivă între așteptările mamelor legate de terapie și terapeut și nivelurile de eficacitate parentală și stres parental. Studiul 3 dezvăluie, pe de o parte, faptul că satisfacția cu privire la terapie în general – atitudini orientate spre a cere ajutor, este asociată pozitiv cu auto-eficacitatea mamelor și negativ cu nivelul de stres, în timp ce evaluarea evoluției terapiei nu este asociată cu cele două măsuri psihologice. Pe de altă parte, durata terapiei se asociază pozitiv cu evaluarea evoluției terapiei, dar nu și cu satisfacția legată de terapie în general (atitudini orientate spre a cere ajutor). Rezultatele cercetării au implicații teoretice pentru înțelegerea fenomenului legat de percepțiile și așteptările mamelor cu privire la terapie și

terapeut. Mai mult decât atât, studiul face posibilă extinderea observației către două dimensiuni psihologice importante: eficacitatea parentală și stresul parental, care pot afecta percepțiile și așteptările cu privire la terapie, cât și asocierea cu satisfacția mamelor legată de terapie. De asemenea, studiul reprezintă o contribuție în domeniul terapiei creativ-expresive în general, și în asigurarea terapiei creativ-expresive în școli în special. Procesele detectate în studiul de față ar putea avea implicații universale și ar putea fi folosite în multe terapii psihologice și paramedicale care întrebunțează diverse abordări terapeutice, cât și într-o multitudine de probleme și dizabilități.

2. Design-ul cercetării

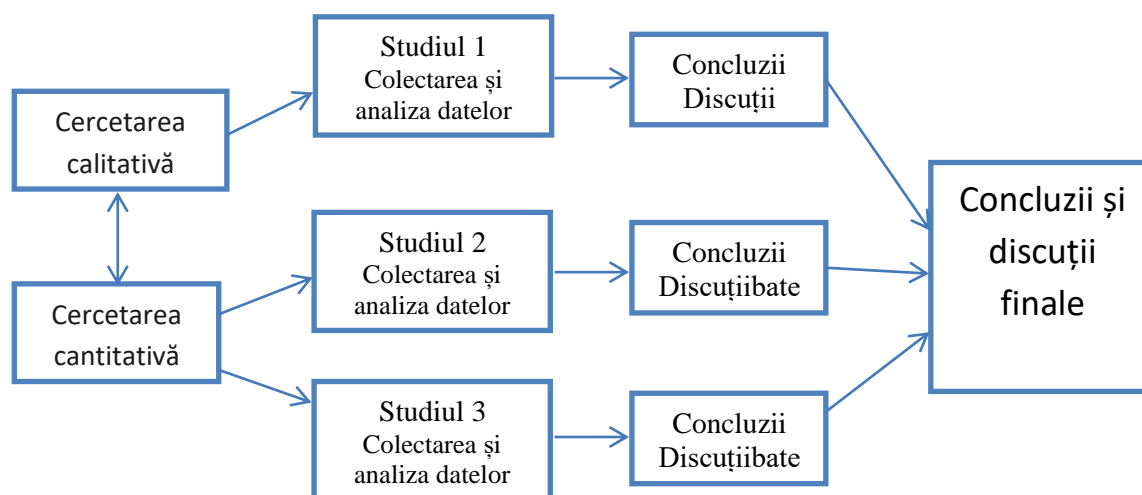
Cercetarea de față prezintă o abordare metodologică mixtă. În acest design, întrebările de cercetare fac referire la o combinație de metode de cercetare calitative și cantitative și, de aceea, colectarea datelor și analiza lor se bazează atât pe cercetare calitativă, cât și cantitativă. Creswell & Hirose (2019) subliniază că există o nevoie constantă de a combina datele din cercetarea calitativă, care au un efect direct asupra cercetării cantitative, și invers. Combinarea metodelor este o provocare pentru design-ul cercetării. Există diferite motive care stau la baza combinării metodelor de cercetare calitative cu cele cantitative. Unul dintre motive este legat de faptul că această combinație a metodelor de cercetare facilitează un punct de convergență important între raționamentul deductiv al cercetării cantitative și raționamentul inductiv al cercetării calitative, permițând, astfel, o perspectivă amplă cu două dimensiuni asupra teoriei și datelor din domeniu (Coolican, 2014; Creswell, 2014; Creswell & Hirose, 2019).

2.1 Design-ul convergent paralel

Pentru a avea imaginea completă a percepțiilor și așteptărilor mamelor cu privire la terapia școlară și terapeutul creativ-expresiv, prezentul studiu a fost realizat într-un design convergent paralel. În cercetarea de față, studiul calitativ și studiul cantitativ sunt realizate simultan pentru o bună înțelegere a provocărilor cercetării și pentru a răspunde întrebărilor cercetării în mod corespunzător. Folosirea acestei metode de cercetare are ca scop identificarea punctelor forte și punctelor slabe a fiecărei metode de cercetare pentru a scoate la iveală datele diferite, dar

complementare, pe aceeași temă. Analiza datelor s-a realizat independent pentru fiecare studiu în parte, atât în cazul studiului calitativ, cât și în cazul studiilor cantitative. În procesul de cercetare au fost realizate design-uri de cercetare independente care, împreună, răspund problemelor generale ale cercetării (Creswell & Clark, 2017). Procesul de cercetare este ilustrat în figura de mai jos (Figura 1).

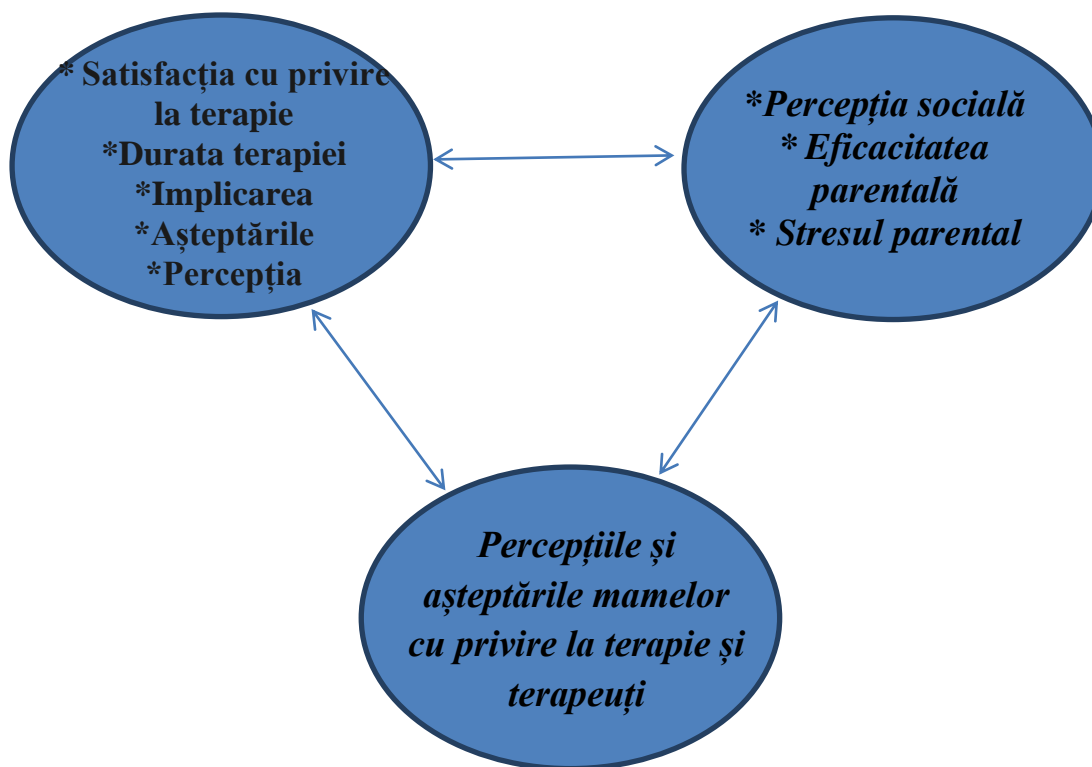
Figura 1. Design-ul convergent paralel



2.2 Cadrul conceptual

Cercetarea de față studiază percepțiile și așteptările mamelor cu privire la terapia prin mijloace creativ-expresive și terapeuții creativ-expresivi în școli de educație specială pentru copii cu dificultăți de învățare. Cercetarea face referire la trei teorii psihologice (percepție socială, stres parental și eficacitate parentală), cât și la câteva concepte cheie din domeniul terapeutic (satisfacția cu privire la terapie, așteptările, percepțiile, durata terapiei și implicarea în terapie). Toate acestea definesc cadrul general de cercetare. Figura 2 ilustrează cadrul conceptual al cercetării.

Figura 2. Cadrul conceptual al cercetării



3. Studiul 1 – percepții și așteptări cu privire la terapie

Studiul 1 examinează percepțiile și așteptările mamelor care au copii cu dificultăți de învățare, cu privire la terapia prin mijloace creativ-expresive și terapeuții copiilor lor.

Metoda de cercetare

În primul studiu, ne-am concentrat asupra dimensiunii calitative care abordează problema experiențelor subiective. Studiul calitativ reprezintă o încercare de a înțelege subiectul cercetării din perspectiva participanților. Scopul este de a le înțelege gândurile și perspectivele lor asupra vieții. Premisele cercetării calitative au condus la un studiu care implementează tehnici de ascultare activă, discurs și prezența în mediul natural studiat (Denzin & Lincoln, 2011; Shkedi, 2003).

Obiectivul principal al acestui studiu este înțelegerea și recunoașterea așteptărilor și percepțiilor mamelor cu privire la terapia expresiv-creativă oferită copiilor lor în școală. Dorința de a înțelege și de a deveni familiar cu experiența personală a mamelor în contextul unic al întâlnirii dintre educație și terapie a dus la alegerea paradigmei calitative. Studiul de față a folosit o teorie fundamentată (grounded theory) cu scopul facilitării procesului de identificare și integrare a temelor și categoriilor din datele culese, care au ajutat la înțelegerea datelor și dezvoltarea unor noi teorii (Sabar Ben-Yehoshua, 2016). Teoriile fundamentate ajută la conceptualizarea modelelor sociale care izvorăsc din cercetare și care pot fi afiliate unei perioade de timp, unui loc și unei populații anume (Denzin, 1983).

Scopul folosirii unei teorii fundamentate este facilitarea implementării sale de zi cu zi. Implementarea practică a teoriei are patru mari caracteristici. Prima caracteristică a terapiei se axează pe nevoia sa de a se potrivi cu zona folosită. A doua caracteristică se axează pe nevoia ca teoria să fie înțeleasă ușor de oamenii de rând implicați în domeniul studiat. A treia caracteristică subliniază implementarea teoriei în multe situații cotidiene diferite mai degrabă decât într-o situație anume. Ultima caracteristică se referă la flexibilitatea care trebuie să dea utilizatorilor un control parțial asupra procesului și structurii într-o serie de situații cotidiene, schimbându-se în timp (Glaser & Strauss, 2017).

Participanții

Participanții sunt optsprezece mame vorbitoare de ebraică care au copii între 14 și 18 ani (în clasele a IX-a – a XII-a), ale căror copii cu dificultăți de învățare au studiat într-un cadru educațional special într-o școală mare din nordul Israelului central și au beneficiat de terapie prin mijloace creativ-expresive timp de cel puțin un an.

Metoda de cercetare

Studiul de față întrebuințează interviurile de profunzime semi-structurate: Interviu de profunzime este sursa principală de cunoaștere a studiului (Glaser & Strauss, 2017). Scopul interviului este de a înțelege experiența oamenilor și înțelesul pe care aceștia îl atribuie experienței lor (Shkedi, 2003). Interviu facilitează accesul la contextul cultural al comportamentului uman și oferă un mod de a înțelege acest

comportament (Knox & Burkard, 2009). Interviuurile în profunzime semi-structurate sunt caracterizate printr-o structură flexibilă și dinamică, iar cursul interviului și natura sa depind de încrederea și contactul care se formează între intervievator și interviuat, cât și de interacțiunea care are loc de-a lungul interviului (Schwartz & Jacobs, 1979). Ghidul interviului s-a bazat pe teme legate de funcționarea parentală și percepția și așteptările părinților cu adolescenți care beneficiază de terapie prin mijloace creativ-expresive într-o școală de educație specială. Temele principale care au fost incluse în interviurile de profunzime semi-structurate sunt: percepțiile, prejudecățile, implicarea, relația cu terapeutul, parametrii care determină succesul terapiei, stabilirea obiectivelor terapeutice, îndrumarea și altele. Ghidul interviului a fost construit pe baza literaturii de specialitate pe tema percepțiilor și așteptărilor parentale cu privire la terapia și terapeuții prin mijloace creativ-expresive.

3.2 Analiza datelor

Interviuurile au fost analizate pe baza principiilor teoriei fundamentate cu scopul de a identifica și defini ideile, temele și categoriile principale (Carmaz, 2006). Procesul de analiză a datelor s-a bazat pe trei etape, cf. Strauss & Corbin (1990).

3.3 Rezultate

Rezultatele fac referire la patru teme principale. Prima temă este legată de factorii care influențează percepțiile mamelor cu privire la terapia prin mijloace creativ-expresive. A doua temă se axează pe unicitatea terapiei prin mijloace creativ-expresive în școală. A treia temă prezintă percepțiile mamelor asupra implicării lor în terapia creativ-expresivă, iar a patra temă dezbate percepțiile satisfacției cu privire la terapia creativ-expresivă oferită de școală.

3.3.1 Factori care influențează percepțiile mamelor cu privire la terapie

Percepțiile mamelor cu privire la terapie prezintă numeroase aspecte legate de percepțiile lor despre propriile dificultăți, cât și percepțiile lor despre dificultățile copiilor lor. Acestea sunt însoțite de factori care afectează acceptarea și recunoașterea dificultăților pe care le au copiii lor și transferul către educația specială. Factorii care influențează percepțiile mamelor cu privire la terapie se bazează pe experiența personală a mamelor din experiențele trăite în terapia emoțională a copilului și pe

cunoașterea naturii terapiei. De asemenea, a fost examinat și impactul întâlnirii dintre mamă și terapeutul din școală.

3.3.2 Rolul unic al terapiei creativ-expresive în cadrul școlii

A doua temă descrie rolul unic al terapiei creativ-expresive în cadrul școlii de educație specială, așa cum reiese din interviuri. Prima parte a temei analizează așteptările mamelor cu privire la terapia prin mijloace creativ-expresive și terapeutul din școală. A doua parte se axează pe rolul unic al recomandărilor de a urma terapie în cadrul școlii, cât și pe percepția părinților asupra locului unde se desfășoară terapia și semnificația terapiei și terapeutului în cadrul școlar. De asemenea, s-au analizat percepțiile mamelor cu privire la diferențele dintre terapia emoțională la școală și terapia emoțională în mediul privat în cadrul comunității.

3.3.3 Percepțiile mamelor cu privire la implicarea lor în terapie

Tema de față prezintă percepțiile mamelor cu privire la implicarea lor în terapia copilului din mai multe perspective, de exemplu, prima întâlnire cu terapeutul, stabilirea obiectivelor terapiei, semnificația sprijinului parental și îndrumarea. De asemenea, sunt prezentate aspecte legate de percepțiile mamelor cu privire la implicarea lor în contextul unor conflicte cu terapeutul, cât și percepțiile mamelor atunci când copiii lor se opun terapiei. În aceeași măsură, percepțiile mamelor și implicarea lor sunt clasificate în trei stiluri de implicare diferite.

3.3.4 Percepțiile satisfacției cu privire la terapia în școală

Cea de-a patra și ultima temă abordează probleme de evaluare / măsurare și satisfacție cu privire la terapia prin mijloace creativ-expresive în cadrul școlii. Plecând de la premisa că terapia în cadrul școlii are trăsături unice, ar fi necesară evaluarea percepțiilor mamelor cu privire la satisfacția față de terapia oferită în școală.

3.5 Discuție – Temele principale

Dificultatea mamelor de a accepta dizabilitatea propriului copil poate fi pusă pe seama mai multor factori: perspectivele anterioare asupra vieții ale mamelor, percepțiile celor care sunt diferiți în societate, percepțiile legate de acceptarea celorlalți, percepțiile legate de acceptarea dizabilității propriului copil (Yedidya & Reiter, 2002). Un alt punct de vedere psihologic subliniază un element suplimentar –

structura personalității unice a fiecărui părinte și importanța acesteia. Structura personalității, care diferă de la părinte la părinte, se bazează pe relația cu proprii părinți, amintirile din copilărie și experiențele din trecut.

Întrucât percepțiile și atitudinile se bazează pe experiențele de succes, pe poveștile de viață și experiențele proprii ale părinților, toate acestea se proiectează asupra copiilor lor și formează așteptările părinților legate de proprii lor copii și procesul terapeutic (White et al., 2017). Până acum, foarte puține studii s-au concentrat asupra suferinței părinților, presupunând că sursa dificultății provine de la părinți, afectând, astfel, copilul și familia extinsă (Lawrence et al., 2015).

Lipsa cunoașterii în ceea ce privește esența terapiei creativ-expresive s-ar putea proiecta, din reacția mamelor, în două dimensiuni psihologice: auto-eficacitatea parentală și nivelul de stres al părinților. În ceea ce privește auto-eficacitatea parentală (Bandura, 1989; Bandura et al., 2011), se poate formula ipoteza că un părinte cu o auto-eficacitate parentală scăzută ar putea renunța la tratament și la implicare. Mai mult decât atât, acești părinți vor avea o atitudine pasivă și vor observa procesul din afară. Acești părinți vor căuta puține informații despre terapia copiilor lor, nu-și vor manifesta interesul față de procesul și evoluția terapeutică și rezultatele sale. În consecință, acești părinți se așteaptă ca terapeutul să fie cel care le “repară” copilul, cu o implicare parentală minimă din partea lor. Pe de altă parte, părinții cu o auto-eficacitate parentală crescută vor fi curioși în ceea ce privește terapia, vor întreba ce fel de terapie oferă școala și care sunt terapeuții care lucrează la școală. Acești părinți vor face investigații amănunțite în domeniul terapeutic pe toate nivelurile și vor fi curioși și dornici să cunoască mai multe detalii și să înțeleagă mai bine fundamentele terapiei emoționale. Astfel, acești părinți vor fi mai implicați în terapia copiilor lor.

Combinarea lucrului emoțional, pedagogic și educațional este o noutate pentru majoritatea părinților. Se pare că părinții nu înțeleg foarte bine care este rolul terapiei și al terapeutului în școală. Literatura de specialitate se axează, de obicei, pe înțelegerea dificultăților părinților, în special atunci când se întâlnesc cu elemente educaționale (Ishai-Karin, 2004). Literatura de specialitate descrie complexitatea terapeuților din școli, care își desfășoară activitatea în spațiul dintre tineri, sistemul educațional și părinți (Snir & Regev, 2018; Plotnik, 2013). De aceea, sistemul școlar

și, în special, terapeutul trebuie să medieze pentru părinți complexitatea care există în contextul relației terapeutic-educaționale și să acorde mai mult interes procesului terapeutic oferit copilului. Acest lucru va duce și la o implicare mai mare a părinților în terapia copiilor lor.

Recomandarea unui terț de a urma tratament se asociază cu dialogul intern complex al părinților atunci când aceștia resimt suferința copilului lor. „Meseria” de a fi părinte este un stadiu de dezvoltare uman, în perspectivă sistemică, care solicită procese semnificative din partea oamenilor. Întâlnirea cu un profesor privat sau cu un element care recomandă tratamentul poate “arunca” părintele într-o experiență cu răni narcisiste. Cu toate acestea, atunci când părinții sunt conștienți de dizabilitatea copilului lor și solicită o recomandare pentru tratament, dau dovadă de implicare în proces și, în consecință, pot să coopereze mai bine cu terapeutul.

Un alt aspect psihologic se referă la consimțământul părinților cu privire la inițiativa școlii de a încadra copilul în terapie sau negarea acesteia. Terapia în cadrul sistemului educațional permite părintelui să recomande copilul pentru terapie, dar o sursă de dificultate frecventă este blocarea din partea părinților. Se presupune că acest lucru se explică printr-un mecanism de apărare al părinților pentru a evita întâlnirea cu părțile dureroase din viața lor, lăsând această sarcină pe seama terapeutului. Faptul că terapia este oferită la școală, fără implicare parentală pe diferite niveluri, împiedică întâlnirea părinților cu experiențe dureroase din copilăria lor. Mai mult decât atât, lipsa implicării părinților îi împiedică să trăiască evenimente de viață în care s-au simțit abuzivi, abuzați, dezamăgiți sau dezamăgitori. Orientarea terapeutică a școlilor afectează copilul și se concentrează pe dificultățile copilului, fără a face referire la blocarea din partea părinților, care, uneori, ar putea avea efecte asupra comportamentului copilului.

Avantajele terapiei din sistemul școlar se manifestă prin capacitatea de a facilita munca multi-profesională sistemică care combină toate elementele terapeutice și educaționale. Îndrumarea parentală prin școală reduce, adesea, sentimentele de vină ale părinților cu privire la abilitățile sau calitățile lor părintești (sentimente care, uneori, sunt mai puternice în cazul îndrumării într-un cadru individual). Sprijinul și îndrumarea din cadrul școlii cresc șansele cooperării parentale. Un alt avantaj evident în rezultatele cercetării se referă la relația școală – casă. Atunci când se oferă sprijin

și îndrumare în cadrul școlii, părinții își pot face o imagine completă despre copil și pot pune întrebări în cazul unor decalaje emoționale funcționale care se manifestă acasă sau la școală. În aceeași măsură, părinții pot informa școala despre evenimente care se petrec acasă.

Refuzul copiilor de a urma terapie are adesea legătură cu incapacitatea primară mai veche a părinților de a face față conflictelor și confruntărilor, care se manifestă adesea prin situații dificile între părinte și copil (Berman & Caspi-Yavin, 1991). Acest lucru ține de insistența părinților în situații jenante și frustrante. În astfel de situații, întrebarea este în ce măsură părintele se poate lupta cu mânia, păreri conflictuale, agresiune ș.a. Capacitatea părintelui de a face față conflictele legate de terapie și refuzul terapiei se asociază cu expunerea părintelui la terapia copilului. Un părinte care cunoaște mai puțin avantajele și importanța terapiei poate participa la procesul de terapie și, astfel, se poate alătura rezistenței manifestate de copil.

Rezultatele cercetării arată trei stiluri de implicare ale mamelor în terapie. Primul stil este **observarea și activarea implicării**. Implicarea acestor mame se caracterizează prin două stiluri principale de atașament (Holmes, 2014). Primul stil este atașamentul sigur: Părinții cu un stil de atașament sigur, care au încredere în lume, manifestă mai puține îngrijorări și temeri, se simt în siguranță în relația cu copilul lor, cât și în ceea ce privește relația dintre terapeut și copil. Părinții cu un stil de atașament sigur se vor simți în siguranță lăsându-și copilul să beneficieze de terapie, fără teama că emoțiile terapiei vor afecta baza parentală sau că acestea le vor amenința existența. Al doilea stil de atașament prin care se poate discerne observarea și activarea implicării este atașamentul nesigur, cu accent pe evitarea parentală. Acest stil este vizibil prin evitarea părinților de a se întâlni cu propria lor suferință și cu propriile dificultăți atunci când copilul are nevoie de terapie emoțională. Pentru a evita întâlnirea cu aceste dificultăți și cu durerea proprie, acești părinți pot lua multe măsuri, atât în mod conștient, cât și inconștient, pentru a evita sentimentele negative și dezamăgitoare. Astfel, rolul terapeutului este foarte important în aceste etape ale terapiei cu scopul de a menține interesul părinților și de a-i lăsa în mod constant să simtă o serie de emoții parentale, atât pozitive, cât și negative (Winnicott, 1977).

În ceea ce privește al doilea stil, mamele cu **implicare inițiatoare**, două modele principale de atașament pot fi remarcate: Primul este modelul atașamentului

sigur, unde mama păstrează o legătură permanentă cu terapeutul. Ea crede în terapie și în terapeut, inițiază și este implicată în terapie, astfel încât terapia va avea succes. Al doilea model de atașament este modelul atașamentului nesigur anxios/rezistent. În acest model de atașament părintele ia legătura și comunică cu terapeutul, dar dintr-o poziție care solicită o informare constantă despre terapie. Acest lucru ar putea îngreuna trimiterea copilului să beneficieze de terapie și cu greu i-ar putea permite să aibă o relație cu o altă persoană importantă. Părintelui îi este greu să trăiască sentimente de dificultate și incertitudine, să nu știe ce se întâmplă în timpul terapiei copilului și să nu știe care este relația dintre copilul lui și terapeut. Părintelui îi este greu să accepte o relație personală și apropiată între copilul lui și o altă persoană; acest lucru poate părea amenințător părintelui, care ar putea duce la concluzia că inițierea implicării cu un stil de atașament nesigur/anxios poate face rău relației terapeutice.

Al treilea stil se referă la mamele cu **implicare pasiv-agresivă**. Acest model de atașament se bazează în principal pe atașament nesigur ambivalent/rezistent. Este clar că în acest stil de implicare mama recrează modelele de atașament din propria sa copilărie. Acest model de atașament se manifestă, de pe o parte, prin răspunsul pasiv al părintelui, care simte că nu face parte din procesul terapiei ce îi provoacă răni narcisiste, și întărirea poziției victimei. În consecință, părintele nu face parte din terapie și nu ia legătura cu terapeutul. Un alt răspuns la capătul celălalt al balanței este răspunsul agresiv – părintele percepe că terapeutul îl exclude din terapia copilului, fapt care generează furie și agresiune față de terapeut.

Când terapeutul întâlnește un model de implicare pasiv-agresiv, acest lucru poate afecta terapeutul și terapia în două moduri. Mai întâi, poate duce la afectarea ego-ului, auto-eficacității și independenței terapeutului în terapie. În această etapă, terapeutul va dezvolta antagonism față de părinte și, în mod inconștient, față de client. De aceea, intervențiile lor pot fi superficiale și terapia nu va avansa. O a doua atitudine pe care o poate adopta terapeutul este identificarea cu clientul. În această etapă, terapeutul va lua locul părintelui și va juca rolul de „iluzie a salvării” (*rescue fantasy*). Desigur, aceste două răspunsuri ale terapeutului dăunează grav relației dintre client, terapeut și părinte.

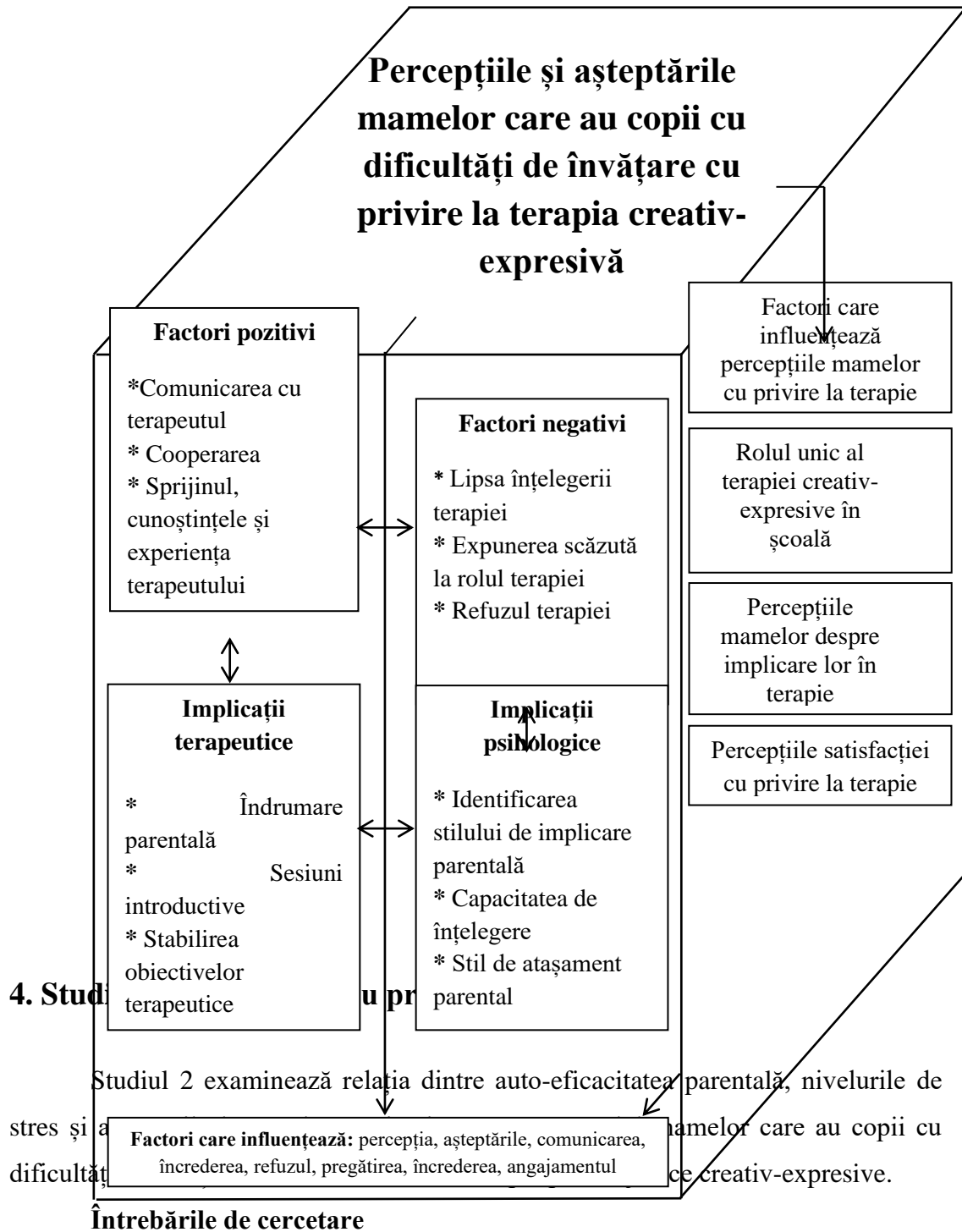
Rezultatele cercetării facilitează observarea măsurilor care evaluează satisfacția mamelor în ceea ce privește terapia din școală în două sfere: Prima face referire la satisfacția privind terapia și schimbarea clientului (adolescentului), iar a doua sferă se referă la satisfacția părintelui și a lumii sale interioare.

Rezultatele cercetării referitoare la măsurile de satisfacție care se axează pe schimbările manifestate la copil. Schimbările, care pot fi pozitive și negative, se petrec în lumea interioară a copilului (o schimbare a încrederii de sine a copilului, scădere sau creștere a anxietății etc.). De asemenea, mamele și-au exprimat satisfacția cu privire la mediul înconjurător, comportament, dimensiunea pedagogică, disponibilitatea pentru învățare, numărul scăzut de absențe, numărul scăzut de confruntări, îmbunătățirea în ceea ce privește greutățile sociale.

O altă dimensiune a satisfacției mamelor cu privire la terapie o constituie satisfacția legată de o schimbare în experiența lor maternală în urma terapiei urmată de copil. Terapia urmată de copil duce la o schimbare în lumea interioară a mamei și în percepția ei asupra copilului. Mama este mai puțin critică și, ca atare, bunăstarea ei personală și emoțională cresc. În plus, se remarcă faptul că existența terapiei emoționale în școli ușurează sarcina mamelor dintr-o perspectivă fizic-organizațională (scutind-o de nevoia de a duce copilul la terapie după școală), cât și dintr-o perspectivă financiară, sprijinind bunăstarea ei financiară și a familiei.

Un alt aspect psihologic care a dus la satisfacția maternală crescută cu privire la terapie este natura terapiei oferită în școală, care se conectează mai puțin la datele din lumea interioară a părinților. Datorită existenței terapiei într-un cadru public și diferitelor dificultăți și limitări (primele sesiuni, întâlniri succesive, îndrumare părintească permanentă), terapia se orientează mai puțin înspre detalii legate direct de părinte. Mai mult decât atât, terapia se ocupă mai puțin cu conflictele intra-familiale. Detaliile despre părinte și familie nu sunt scopul declarat al terapiei. Scopul declarat al terapiei în școală este să-i ofere elevului disponibilitatea pentru învățare, tratându-i problemele emoționale. Satisfacția mamei cu privire la terapie are legătură cu angajamentul redus al terapiei în școală în ceea ce privește relația părinte-copil care exclude părintele, lucru care nu s-ar fi întâmplat dacă părintele ar fi dus copilul la o clinică privată.

Figura 2: Modelul conceptual al percepțiilor și așteptărilor

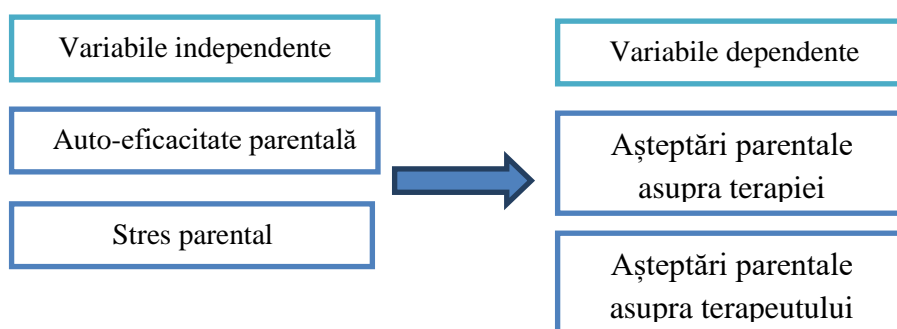


1. Care este relația dintre auto-eficacitatea mamelor care au copii cu dificultăți de învățare, care beneficiază de terapie prin mijloace creativ-expressive, și așteptările lor cu privire la terapie și terapeut?
2. Care este relația dintre nivelurile de stres al mamelor care au copii cu dificultăți de învățare, care beneficiază de terapie prin mijloace creativ-expressive, și așteptările lor cu privire la terapie și terapeut?

Ipotezele de cercetare

1. Nivelurile de auto-eficacitate ale participanților vor fi corelate pozitiv cu așteptările lor cu privire la terapie și terapeut, astfel că niveluri mai mari de auto-eficacitate vor fi asociate cu niveluri mai mari ale așteptărilor.
2. Nivelurile de stres al participanților vor fi corelate negativ cu așteptările lor legate de terapie și terapeut, astfel că niveluri mai mari de stres vor fi asociate cu niveluri mai mici ale așteptărilor.

Figura 3: Variabilele cercetării



Metoda de cercetare

Metoda de cercetare cantitativă este o metodă corelațională și a fost întrebuințată în încercarea de a examina relația dintre părinte și terapeut, așteptările părinților cu privire la terapie și terapeut și auto-eficacitatea percepută de părinți, care are un impact considerabil în relația părinte-terapeut. De asemenea, a fost analizată asociația dintre nivelurile de stres parental și așteptările cu privire la terapie și terapeut.

Participanții

Participanții sunt cincizeci și patru de mame vorbitoare de ebraică, care au copii între 14 și 18 ani (în clasele a IX-a – a XII-a) cu dificultăți de învățare, și care au beneficiat de terapie prin mijloace expresive timp de cel puțin un an. Studiul a fost realizat în două școli mari de educație specială, una în partea de nord a Israelului central, iar cealaltă în nordul Israelului.

Instrumentele de cercetare

- Chestionar privind cadrul socio-demografic
- Indicele de stres parental/Short Form - SF/PSI (Abidin, 1995)
- Scala de auto-eficacitate parentală intervenție timpurie (Guimond, Wilcox & Lamorey, 2008)
- Așteptările cu privire la consiliere (Tinsley, 1982)
- Chestionar privind așteptările (Ingber & Dromi, 2009, 2010)

4.1 Testarea ipotezelor

Prima ipoteză, conform căreia nivelurile de auto-eficacitate a participanților ar fi pozitiv corelate cu așteptările lor cu privire la terapie și terapeut, astfel încât nivelurile mai ridicate de auto-eficacitate ar fi asociate cu niveluri mai ridicate ale așteptărilor, a fost confirmată. Auto-eficacitatea a fost corelată pozitiv și moderat cu ‘așteptările generale’ ($r_{(52)} = .54, p < .01$), ‘așteptările cu privire la terapie’ ($r_{(52)} = .55, p < .01$), ‘așteptările cu privire la terapeut’ ($r_{(52)} = .48, p < .01$) și ‘așteptările cu privire la relația cu terapeutul’ ($r_{(52)} = .50, p < .01$). Cu cât auto-eficacitatea participanților este mai mare, cu atât sunt mai mari așteptările lor în general, așteptările cu privire la terapie, așteptările cu privire la terapeut și așteptările cu privire la relația cu terapeutul.

A doua ipoteză, conform căreia nivelurile de stres al participanților ar fi corelate negativ cu așteptările lor cu privire la terapie și terapeut, astfel încât nivelurile mai ridicate de stres ar fi asociate cu niveluri mai scăzute ale așteptărilor, a fost confirmată. Nivelurile de stres general au fost corelate moderat și negativ cu ‘așteptările generale’ ($r_{(52)} = -.54, p < .01$), ‘așteptările cu privire la terapie’ ($r_{(52)} = -.50, p < .01$), ‘așteptările cu privire la terapeut’ ($r_{(52)} = -.53, p < .01$) și ‘așteptările cu privire la relația cu terapeutul’ ($r_{(52)} = -.48, p < .01$). Cu cât nivelurile de stres general

al participanților sunt mai mari, cu atât sunt mai mici așteptările lor în general, așteptările cu privire la terapie, așteptările cu privire la terapeut și așteptările cu privire la relația cu terapeutul. Rezultate similare s-au obținut pentru fiecare dintre cele trei dimensiuni ale nivelurilor de stres ('suferința părinților', 'interacțiune disfuncțională cu copilul' și 'copil dificil').

4.2 Discuție – Temele principale

Experiența eficacității parentale crește odată cu întâlnirea părintelui cu terapeutul din școală. Experiențele prezente și trecute ale părintelui au un impact major asupra eficacității parentale. Experiențele pozitive din trecut legate de succese personale cresc atât auto-eficacitatea parentală, cât și așteptările cu privire la terapie și terapeut (Sutton & Hughes, 2005; Hoffman, 1984). De aceea, în întâlnirea dintre terapeut și părinte, este foarte important ca terapeutul să-i ofere părintelui suficient spațiu și să-i transmită putere pentru a face față copilului cu dificultăți de învățare și cu dificultăți acasă. Este mai simplu pentru sistemul educațional în general și terapeutul creativ-expresiv în special să coopereze cu părinții cu o eficacitate parentală crescută. De asemenea, promovarea eficacității parentale ajută la creșterea așteptărilor din partea mamelor cu privire la terapie și, astfel, la implicarea lor în procesul terapeutic.

Studiul de față a scos la iveală un paradox. Tocmai acele mame care aveau nevoie de tratament, asistență sau sprijin în gestionarea relației cu copilul au avut cele mai mici așteptări cu privire la terapie și contactul cu terapeutul. Mamele cu niveluri crescute de stres adesea se simt paralizate și abordează o atitudine de evitare a suferinței. În fapt, cele care au nevoie de ajutor și asistență cel mai mult sunt împiedicate să le primească. Acest lucru poate fi perceput prin starea psihologică de neajutorare învățată (Maier & Seligman, 1976). Mamele care se confruntă o perioadă lungă de timp cu dificultăți severe ale copilului lor (comportamental, emoțional, academic etc.) cred cu greu în capacitatea de îmbunătățire a situației. În consecință, apar simptome de depresie, pasivitate și altele. Neajutorarea învățată se proiectează și asupra terapiei și terapeutului, iar mama este incapabilă să se auto-motiveze pentru a lua parte la procesul terapeutic.

În ceea ce privește perioada îndelungată de confruntare a părinților cu niveluri mari de stres, literatura de specialitate definește părintele ca fiind într-o “stare de penitență”. S-a demonstrat că părinții care se confruntă cu niveluri mari de stres au resurse fizice și psihologice reduse. Ca atare, nivelurile lor de depresie și anxietate cresc, ducând la o scădere a capacității lor de a face față situației (Kaufman, 2007; Overholser & Fisher, 2009; Selye, 1946). Astfel, se poate formula ipoteza conform căreia așteptările mamelor cu privire la terapia oferită copilului lor sau așteptările cu privire la terapeut se reduc semnificativ.

În lucrul terapeutic și educațional din școală, în momente de criză și rutină, pot fi identificate mame cu niveluri mari de stres, care se confruntă cu experiențe de neputință, paralizie, frustrare și dezamăgire care le afectează pe ele și pe copilul lor (elevul), cât și calitatea vieții și a sistemului familial în general. Mamele care traversează o astfel de stare poate fi adesea elementul care îngreunează sistemul educațional. În plus, mamele cu niveluri mari de stres au un nivel foarte mare de disperare, o atitudine epuizată și evită căutarea ajutorului. Cu toate acestea, studiile arată că acceptarea elementelor terapeutice și sprijinul social afectează nivelurile de stres parental (Esdaile & Greenwood, 2003; Scorgie, Wilgosh & McDonald, 1998) și ajută la reducerea lor. De asemenea, literatura de specialitate arată că, în condiții normale, mamele care caută, de obicei, sprijin și consiliere din partea profesioniștilor pentru a face față nivelurilor de stres (Ingber & Dormi, 2009).

5. Studiul 3 – Satisfacția cu privire la terapie

Studiul 3 a investigat relația dintre auto-eficacitatea parentală, nivelurile de stres, durata terapiei, vârsta copilului, pe de o parte, și satisfacția cu privire la terapie a mamelor care au copii cu dificultăți de învățare și care beneficiază de terapie creativ-expresivă, pe de altă parte.

Întrebările de cercetare

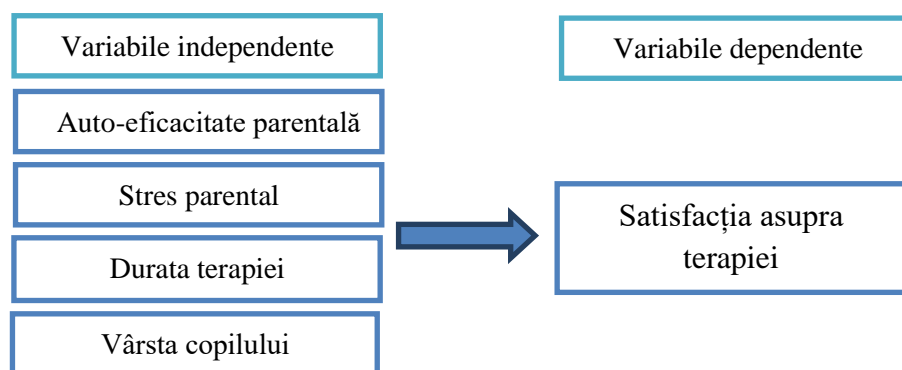
1. Care este relația dintre auto-eficacitatea mamelor care au copii cu dificultăți de învățare și care beneficiază de terapie creativ-expresivă și satisfacția lor cu privire la terapie?
2. Care este relația dintre nivelurile de stres al mamelor care au copii cu dificultăți de învățare și care beneficiază de terapie creativ-expresivă și satisfacția lor cu privire la terapie?

3. Care este relația dintre durata terapiei și satisfacția cu privire la terapie?
4. Care este relația dintre vârsta copilului și satisfacția cu privire la terapie?

Ipotezele de cercetare

1. Nivelurile de auto-eficacitate ale participanților vor fi pozitiv corelate cu satisfacția lor cu privire la terapie astfel că: (1a) nivelurile mai ridicate de auto-eficacitate vor fi asociate cu niveluri mai ridicate ale ‘evaluării evoluției’ (Satisfacția 1) și (1b) nivelurile mai ridicate de auto-eficacitate vor fi asociate cu niveluri mai ridicate de ‘atitudini orientate spre a cere ajutor’ (Satisfacția 2).
2. Nivelurile de stres al participanților vor fi corelate negativ cu satisfacția lor cu privire la terapie, astfel că (2a) nivelurile mai ridicate de stres vor fi asociate cu niveluri mai scăzute ale ‘evaluării evoluției’ (Satisfacția 1) și (2b) nivelurile mai ridicate de stres vor fi asociate cu niveluri mai scăzute de ‘atitudini orientate spre a cere ajutor’ (Satisfacția 2).
3. Satisfacția cu privire la terapie va fi pozitiv corelată cu durata terapiei, astfel că (3a) o durată mai lungă a terapiei va fi asociată cu niveluri mai ridicate ale ‘evaluării evoluției’ (Satisfacția 1) și (3b) o durată mai lungă a terapiei va fi asociată cu niveluri mai ridicate ale ‘atitudinii orientate spre a cere ajutor’ (Satisfacția 2).
4. Satisfacția cu privire la terapie va fi negativ corelată cu vârsta copilului, astfel că (4a) copiii mai mari ca vârstă vor fi asociați cu niveluri mai scăzute ale ‘evaluării evoluției’ (Satisfacția 1) și (4b) o durată mai lungă a terapiei va fi asociată cu niveluri mai ridicate ale ‘atitudinii orientate spre a cere ajutor’ (Satisfacția 2).

Fig. 4. Variabilele cercetării



Instrumentele cercetării

- Chestionar privind cadrul socio-demografic
- Indicele de stres parental/Short Form - SF/PSI (Abidin, 1995)
- Scala de auto-eficacitate parentală intervenție timpurie (Guimond, Wilcox & Lamorey, 2008)
- Chestionarul cu privire la satisfacția și evaluarea progresului (Kopelman-Rubin et al., 2011, 2012)
- Atitudini orientate spre solicitarea ajutorului profesional psihologic (Fischer & Farina, 1995)

Metoda de cercetare

Cercetarea a fost efectuată folosind un design cantitativ într-o abordare corelațională, care investighează fenomenele după cum au loc în mod natural, fără implicarea cercetătorului. Studiul a examinat corelația dintre nivelurile de eficacitate parentală, nivelurile de stres parental și satisfacția cu privire la terapie prin două măsuri principale ale satisfacției. Mai mult decât atât, instrumentul cantitativ a analizat corelația dintre satisfacție, durata terapiei și vârsta copilului.

Participanții

Participanții sunt cincizeci și patru mame vorbitoare de ebraică cu copii între 14 și 18 ani (în clasele a IX-a – a-XII-a), care prezintă dificultăți de învățare și au beneficiat de terapie prin mijloace expresive timp de cel puțin un an. Studiul a fost realizat în două școli mari de educație specială, una în partea de nord a Israelului central, iar cealaltă în nordul Israelului.

5.1 Testarea ipotezelor

Prima ipoteză, conform căreia nivelurile ridicate de auto-eficacitate a participanților ar fi asociate cu niveluri mari ale așteptărilor lor cu privire la terapie (măsurate prin ‘Satisfacția 1’ & ‘Satisfacția 2’), a fost confirmată doar parțial de rezultate. A rezultat o corelație pozitivă mediu spre mare între auto-eficacitate și atitudinile orientate spre a cere ajutor (‘Satisfacția 2’; $r_{(52)} = .60, p < .01$) și nu s-a identificat nicio corelație între auto-eficacitate și evaluarea evoluției (‘Satisfacția 1’; $r_{(52)} = .25, p > .05$).

A doua ipoteză, conform căreia nivelurile mari de stres al participanților ar fi asociate cu niveluri scăzute ale satisfacției cu privire la terapie (măsurate prin ‘Satisfacția 1’ & ‘Satisfacția 2’), a fost confirmată doar parțial de rezultate. A rezultat o corelație negativă mediu spre mare între indicele de stres parental general și atitudinile orientate spre a cere ajutor (‘Satisfacția 2’; $r_{(52)} = -.51, p < .01$) și nu s-a identificat nicio corelație semnificativă între indicele de stres parental general și evaluarea evoluției (‘Satisfacția 1’; $r_{(52)} = -.22, p > .05$).

A treia ipoteză, conform căreia satisfacția participanților cu privire la terapie (măsurată prin ‘Satisfacția 1’ & ‘Satisfacția 2’) ar fi pozitiv corelată cu durata terapiei, a fost confirmată doar parțial de rezultate. Durata terapiei a fost pozitiv asociată cu evaluarea evoluției (‘Satisfacția 1’; $r_{(52)} = .33, p < .05$), evoluția interpersonală ($r_{(52)} = .41, p < .05$) și evoluția emoțională (ambele dimensiuni ale ‘Satisfacției 1’).

A patra ipoteză, conform căreia satisfacția participanților cu privire la terapie (măsurată prin ‘Satisfacția 1’ & ‘Satisfacția 2’) ar fi pozitiv corelată cu vârsta copilului, nu a fost confirmată. Vârsta copilului nu a fost asociată cu atitudinile orientate spre a cere ajutor (‘Satisfacția 2’) sau cu evaluarea evoluției în general (‘Satisfacția 1’) și dimensiunile ei. Tabelul 49 prezintă toate corelațiile dintre vârsta copilului și ‘Satisfacția 1’ și dimensiunile sale și ‘Satisfacția 2’ din indicele terapiei.

5.2 Discuție – Temele principale

O modalitate posibilă de interpretare a rezultatelor o reprezintă înțelegerea că eficacitatea parentală crescută este asociată cu așteptările ridicate cu privire la terapie. Mamele cu o eficacitate parentală crescută dezvoltă așteptări mari cu privire la terapie. Acest lucru creează o dinamică care motivează fundamental experiențele de succes și satisfacție cu privire la terapie. Atunci când părinții au eficacitate parentală crescută, experiența lor subiectivă facilitează succesul terapiei și crește satisfacția asupra procesului și rezultatele terapiei cu copilul lor. Este posibil să observăm rezultatele produse în contextul efectului Pygmalion (Jussim, 1986), atunci când eficacitatea parentală crescută se asociază cu așteptările ridicate cu privire la terapie și prevede succesul terapiei. Eficacitatea parentală crescută, pe lângă percepția terapiei ca fiind benefică, pozitivă și

permițând comunicarea reciprocă între terapeut și părinte, adesea influențează satisfacția părintelui cu privire la terapie (Hart et al., 2007). În ceea ce privește relația terapeutică a mamelor cu terapeutul, se poate formula ipoteza că eficacitatea parentală ridicată se proiectează inconștient asupra terapeutului, ceea ce îi conferă terapeutului o capacitate potențială mai mare de a reuși, față de mamele cu eficacitate parentală scăzută.

Lipsa corelării, în cadrul studiului, între eficacitatea parentală și măsurile satisfacției cu privire la evoluția terapeutică a copilului se explică prin realitatea internă și externă a mamei (Casement, 2013). Experiențele subiective ale mamei din lumea ei interioară, experiențele anterioare pozitive contribuie la nivelul de satisfacție cu privire la terapie. Mai mult decât atât, percepția mamei că terapia emoțională poate reuși și o poate ajuta și pe ea îi dă mamei capacitatea de a influența și controla succesul terapiei. Pe de altă parte, într-o realitate exterioară în care mama trebuie să evalueze evoluția terapeutică a copilului, influența ei este una foarte mică. Mama nu este capabilă să influențeze în mod direct răspunsurile și credința copilului și, ca atare, nici procesul terapeutic. Eficacitatea parentală poate avea un impact direct și personal asupra părintelui, dar nu și asupra copilului. Dificultățile adevărate ale copilului cu dificultăți de învățare reduc semnificativ satisfacția mamei cu privire la terapie, lucru pe care nu îl poate controla. Un alt aspect legat de lipsa corelării dintre satisfacție (Satisfacția 1) și auto-eficacitate se referă la comunicarea părintelui și relația acestuia cu terapeutul copilului.

În ceea ce privește rezultatele cercetării pe tema chestionarului legat de Satisfacția 2, a fost stabilită o corelație negativă mediu spre mare între indicii de stres parental general și atitudinile orientate spre a cere ajutor. Literatura de specialitate indică greutăți care izvorăsc din dificultatea de a fi părinte, inclusiv consecințele și cererile care aduc multe schimbări în echilibrul sistemului familial (Anthony et al., 2005). Cu cât nivelurile de stres sunt mai mari, cu atât încrederea în terapie este mai mică. Stresul slăbește toate sistemele fizice și nu permite oamenilor să-și folosească resursele interne. Stresul afectează părintele și îl face mai vulnerabil. Niveluri de stres crescute duc la o continuă stare de eșecuri. Capacitatea de a menține o perspectivă optimistă scade considerabil, ducând la o gândire negativă. Când aceste greutăți se adaugă dificultăților copilului și declinului funcțional al copilului într-o

serie de aspecte, nivelul de stres crește și, în consecință, satisfacția cu privire la terapie poate să scadă considerabil și ea.

Nu a fost stabilită nicio corelație semnificativă între indicele de stres parental general și evaluarea evoluției (Satisfacția 1). Întrucât mama nu are capacitatea directă de a influența evoluția terapiei și nici reacția copilului în urma terapiei, nivelurile de stres nu au legătură cu evoluția terapeutică și, ca atare, cu rezultatele satisfacției cu privire la terapie. Rezultatele diferite legate de măsurile de satisfacție se explică prin conceptul “locul controlului”. Locul controlului denotă măsura în care oamenii simt că influențează/ controlează rezultatele comportamentului lor (Phares, 1976). Rezultatele cercetării privind chestionarul legat de Satisfacția 2 indică activarea unui loc al controlului atunci când nivelurile de stres se asociază cu încrederea în terapie și rezultatele ei. Mama simte și acționează ca și cum înțelege și crede că are control asupra lumii ei interioare și că are acces la o varietate de instrumente emoționale, cognitive și comportamentale. În consecință, satisfacția ei cu privire la terapie este mai mare. Pe de altă parte, în ceea ce privește rezultatele privind chestionarul legat de Satisfacția 1 care măsoară satisfacția cu privire la evoluția terapiei copilului, capacitatea mamei de a influența diverse funcții comportamentale, emoționale și psihice ale copilului este mai mică. Capacitatea limitată a mamei de a afecta evoluția terapiei reprezintă un loc de control extern.

Acest rezultat este inovator întrucât, până acum, corelația dintre durata terapiei și satisfacția mamelor în privința rezultatelor terapiei prin mijloace expresiv-creative în sistemul educațional și în special în școlile de educație specială nu a fost explorată. Ministerul Educației din Israel definește terapia în școlile de educație specială ca fiind terapie pe termen scurt pentru un an (Ministerul Educației, 2003). Practic, terapia prin mijloace expresiv-creative în școlile de educație specială poate continua timp de mulți ani pe baza recomandărilor școlii sau recomandărilor în urma terapiei și, desigur, dorința copilului de a continua terapia. Ca atare, adolescenților li se oferă opțiunea de a urma terapie pe termen lung timp de mulți ani. Nu a fost identificată nicio referință în literatura de specialitate la satisfacția mamelor cu privire la terapia pe termen scurt sau pe termen lung. Cât despre referințele din literatura de specialitate cu privire la diferențele dintre terapia pe termen scurt și cea pe termen lung, terapia pe termen lung este considerată a fi mai eficientă decât terapia pe termen scurt. Cu toate acestea, majoritatea măsurilor indică faptul că influența și diferențele

între cele două tipuri de terapie sunt relativ mici (Horn et al., 2015; Lorentzen, Strauss & Altmann, 2018).

În ceea ce privește rezultatele exprimate prin chestionarul legat de Satisfacția 2 care au fost confirmate parțial, se poate formula ipoteza că atitudinea maternă orientată către satisfacția cu privire la terapie și căutarea terapiei se leagă de faptul că atitudinea interioară a mamelor asupra terapiei nu s-a modificat. Încrederea în terapie și în rezultatele sale arată credința mamei în general. Percepțiile mamelor cu privire la terapie au fost nuanțate timp de mulți ani la rând. Se poate concluziona că aceste concepții stabile nu s-au schimbat ca urmare a dizabilității copilului sau a experiențelor lor anterioare. De aceea, durata terapiei de care beneficiază copilul nu le-a afectat atitudinea și concepțiile legate de satisfacția cu privire la terapia copilului lor.

Rezultatele cercetării care fac referire la satisfacția mamelor cu privire la terapie de lungă durată se pot remarca prin modelul ecologic (Bronfenbrenner, 1979). Conform acestui model, clientul se dezvoltă și crește într-un mediu format din sisteme interconectate. Îmbunătățirea lumii interioare a copilului își va pune amprenta asupra lumii sale exterioare și funcționării sale, ceea ce va influența climatul emoțional al părinților și familiei. Desigur, în cercuri mai largi, se va resimți un efect și asupra sistemului educațional și ambiant. De aceea, în ceea ce privește chestionarul legat de Satisfacția 1, durata de terapie a copilului, și anume expunerea la terapie pe termen lung, creează o schimbare în lumea interioară a copilului, ceea ce duce la o schimbare exterioară (comportamentală, academică, socială) care se proiectează și afectează starea de bine a părintelui și lumea sa interioară. Toate acestea afectează familia copilului, sistemul școlar și mediul ambiant și, prin urmare, crește satisfacția mamelor.

Rezultatele cercetării nu arată nicio corelație între vârsta copilului și satisfacția cu privire la terapie a mamelor. Se poate considera că vârsta în sine nu influențează și nu are legătură cu calitatea terapiei și nici cu satisfacția cu privire la terapie a mamelor. Întrucât clienții sunt adolescenți, care trec prin schimbări individuale psihologice, doi adolescenți care au aceeași vârstă ar putea avea grade diferite de maturitate și disponibilitate de a intra într-un proces terapeutic pe care să-l urmeze. Evident, factorul care afectează satisfacția parentală nu este vârsta

cronologică; cu toate acestea, maturitatea emoțională a copilului ar putea afecta succesul terapiei și, în consecință, ar putea crește satisfacția mamelor cu privire la terapie. Acest rezultat are implicații încurajatoare, întrucât șansa ca terapia să aibă succes și satisfacția mamelor să crească nu depind de vârsta copilului. De aceea, se poate concluziona că clientul poate beneficia de terapie chiar și atunci când o începe la o vârstă mai mare, iar părintele se va putea bucura de schimbare chiar și atunci. Cu alte cuvinte, nu există o vârstă anume pentru a începe terapia. Dintre toți factorii și rezultatele cercetării, acest rezultat trebuie evidențiat și adus în atenția personalului terapeutic-educational care lucrează cu copii ce beneficiază de terapie în școli.

6. Discuție generală

Terapia prin mijloace expresiv-creative este un instrument terapeutic care poate fi folosit pentru a sprijini adolescenții care au dificultăți de învățare să se adapteze mai bine mediului academic și social din școală. Succesul terapiei este influențat de o serie de factori. Unul dintre aceștia este atitudinea mamelor cu privire la terapie și terapeut. Datele actuale ne arată că nu există multe studii privind aceste atitudini. Astfel, scopul studiului de față a fost examinarea percepțiilor și așteptărilor mamelor cu privire la terapie și terapeut, cât și eficacitatea parentală, nivelul de stres parental și satisfacția cu privire la terapie.

Contribuția teoretică

Contribuția teoretică a studiului este evidentă întrucât clarifică trei procese importante din viața mamelor cu privire la terapia oferită adolescenților cu dificultăți de învățare. Primul proces se referă la percepțiile și așteptările mamelor legate de implicarea lor în terapia copiilor lor (Bachar et al., 1990) în școală, cât și la relația și comunicarea lor cu terapeutul (Siklos & Kerns, 2006). Al doilea proces se raportează la dimensiunea cognitivă – eficacitatea parentală percepută (Bandura, 1989), permițând o generalizare extinsă pornind de la rezultatele studiilor anterioare care au demonstrat importanța auto-eficacității ca fiind un factor care influențează succesul terapiei. Dimensiunea inovatoare a cercetării de față pe această temă este demonstrarea faptului că procesul influențabil de eficacitate parentală are loc și la mamele de adolescenți. Al treilea proces se referă la o variabilă psihologică – nivelul de stres al mamelor (Lazarus, 1990). Cercetarea a scos la iveală un rezultat interesant, dezvăluind că niveluri mari de stres reduc așteptările cu privire la terapie și terapeut.

În lumina faptului că mamele adolescenților cu dificultăți de învățare prezintă niveluri mari de stres, acest rezultat are o semnificație specială atât în teorie, cât și în practică, după cum se va detalia mai departe, în recomandările aplicate ale cercetării. Al treilea proces a înfățișat importanța satisfacției mamelor cu privire la terapie în general și cu privire la procesul terapeutic prin care trec copiii lor în special, cele două dimensiuni fiind investigate în contextul factorilor eficacitate și stres.

Contribuția în domeniul terapiei creativ-expresive

Contribuția în domeniul terapiei creativ-expresive este semnificativă și se distinge pe mai multe dimensiuni. Studiul prezintă percepțiile mamelor și așteptările lor cu privire la mai multe aspecte legate de domeniul terapiei creativ-expresive. Apoi, studiul explorează impactul componentelor psihologice legate de percepțiile mamelor cu privire la terapia creativ-expresivă. Nu în ultimul rând, satisfacția mamelor cu privire la terapia creativ-expresivă a fost măsurată pentru prima oară din mai multe perspective ale terapiei.

Contribuția în domeniul terapeutic în școală

Terapeuții creativ-expresivi au fost și sunt, în continuare, integrați în școli în ultimele decenii. Studiul de față este primul care se axează pe punctul de vedere exprimat de mame cu privire la atitudinea și percepția lor asupra terapiei și terapeutului, cât și pe legătura dintre limbajul terapiei și limbajul educațional. Prezentul studiu se adresează în primul rând școlilor care oferă terapie prin mijloace creativ-expresive, dar și managementului Ministerului Educației, și redă o imagine amplă a percepției mamelor cu privire la terapia din școli. Această perspectivă îi va ajuta să efectueze o serie de modificări și adaptări, așa cum sunt prezentate mai jos în recomandările aplicate ale studiului.

Contribuția universală

Studiul de față poate avea implicații universale legate de implicarea mamelor în terapia oferită copiilor lor adolescenți. Procesele identificate în studiu și descrise mai sus pot avea loc, de asemenea, în numeroase terapii psihologice și paramedicale care folosesc abordări terapeutice variate, cât și într-o serie de dificultăți și dizabilități. Opțiunea de a generaliza rezultatele în cazul altor metode terapeutice, cât și în cazul altor dificultăți, este posibilă deoarece experiența maternală are un caracter universal, iar dimensiunile eficacității parentale și stresului parental au, de asemenea,

implicații umane comune unei multitudini de situații. De aceea, rezultatele prezentului studiu pot sprijini munca cu părinții care înțeleg complexitatea situației și identifică modalități corespunzătoare de a face față situației.

Limitările cercetării

Populația țintă a inclus mame care au adolescenți cu dificultăți de învățare, și nu tați. Se presupune că ar exista diferențe în ceea ce privește atitudinile, intențiile, așteptările și percepțiile mamelor față de cele ale taților cu privire la terapie și terapeuți. În mod evident este o diferență între mame și tați din perspectiva diferitelor procese psihologice, cum ar fi nivelurile de eficacitate, stres și altele. Populația țintă a inclus mame din grupul țintă majoritar. Mamele din alte grupuri socio-culturale din societatea din Israel, cum ar fi grupuri de ultra-ortodocși, arabi și emigranți nou veniți, nu au făcut parte din studiu. Populația țintă s-a axat pe percepțiile și așteptările mamelor care au adolescenți cu dificultăți și care învață într-un cadru de educație specială. Percepțiile și așteptările mamelor cu adolescenți care beneficiază de educație specială și care au alte dificultăți, cum ar fi emoționale, cognitive, de comunicare ș.a., de asemenea nu au făcut parte din studiu. Datele au fost colectate doar de la mame. Vocea adolescenților sau a terapiștilor nu a fost auzită cu privire la satisfacția legată de terapie și relația dintre terapeut și părinte. Percepțiile și așteptările mamelor cu privire la terapie și terapeut nu au fost investigate în cazul mamelor care au copii care nu beneficiază de terapie în cadrul școlii. De asemenea, nu au fost colectate date din partea mamelor ai căror copii se află în primul an de terapie.

Sugestii pentru continuarea cercetării

Propunem continuarea cercetării prin examinarea întrebărilor de cercetare în mai multe școli de educație specială, cu referire la dificultățile comportamentale ale copiilor, dificultățile emoționale și mentale, de comunicare etc. În plus, studiul poate fi extins pentru a include clienți mai tineri. Ar fi recomandată analiza percepțiilor și atitudinilor părinților al căror copil a fost diagnosticat, dar nu urmează terapia oferită în școală. O direcție necesară de continuare a cercetării este examinarea așteptărilor și percepțiilor părinților pe timpul dezvoltării copilului lor pentru a identifica eventualele modificări, încă din pruncie până în perioada adolescenței. Ar fi, de asemenea, utilă o comparație între mame și tați cu privire la eficacitatea parentală și nivelurile de stres care afectează atitudinea față de terapie și terapeut. O altă

propunere este ca întrebările de cercetare să fie analizate de către părinți care provin din medii socio-culturale diferite, cum ar fi ultra-ortodocșii, arabii și emigranții nou veniți. Ar fi important, de asemenea, să comparăm percepțiile părinților cu privire la rezultatele terapiei oferite în școală cu cele oferite în cadrul altor instituții publice (spitale, servicii sociale etc.). Mai mult decât atât, ar fi important să comparăm rezultatele terapiei oferite în școală cu cele oferite în practica privată. Recomandăm compararea așteptărilor terapeuților din școală cu privire la relația și comunicarea cu părinții cu terapia oferită în alte instituții. În egală măsură, ar fi important să comparăm diferențele și impactul terapiei pe termen scurt cu cele pe termen lung în cadrul școlii. Ar fi necesar să analizăm satisfacția clienților în ceea ce privește terapia și terapeutul, atât în rândul adolescenților, cât și a copiilor de vârste mai mici. O viitoare pistă poate fi dezvoltarea unui instrument de cercetare care să măsoare satisfacția cu privire la terapia prin mijloace expresiv-creative în rândul adolescenților care beneficiază de terapie la școală.

Recomandări aplicate

În cazul transferului elevului pe perioada liceului, sunt recomandate întâlniri cu terapeutul școlii pentru a identifica dificultățile parentale și așteptările cu privire la terapie și terapeut. În plus, sistemul educațional / terapeutic trebuie să sprijine tranziția și să folosească părintele ca mediator în experiența de viață a copilului. Părinților trebuie să li se explice pe larg atât în cadrul unor întâlniri, cât și în scris, ce înseamnă terapia prin mijloace creativ-expresive și cu ce îi poate ajuta atât pe ei, cât și pe copii. De asemenea, pe cât posibil, părinții trebuie să fie informați despre pregătirea terapeuților și experiența lor profesională anterioară. Sesiuni de consiliere parentală ar trebui organizate în mod regulat de către școală (pe lângă întâlnirile inițiale și întâlnirile anuale), nu în timpul alocat terapiei copilului, mai întâi sub formă de sesiuni-pilot, și apoi sub formă de consiliere oferită regulat acelor părinți care sunt interesați în mod frecvent. Mai mult decât atât, dacă este necesar, terapeutul trebuie să aibă posibilitatea de a oferi sesiuni inițiale /de consiliere seara (în schimbul unei taxe). În stabilirea obiectivelor terapeutice, inițial în prezența terapeutului, un profesor ar trebui să fie inclus în terapie pentru a forma imaginea de ansamblu a obiectivelor educaționale și emoționale variate din toate punctele de vedere.

Cu ajutorul personalului educațional, este necesar ca părinții să fie încurajați să se implice în procesul terapeutic al copiilor lor și în relația cu terapeutul.

De asemenea, recomandăm continuarea creșterii înțelegerii așteptărilor și percepțiilor parentale cu privire la terapia în școli (așteptări, satisfacție, legătură și comunicare). În egală măsură, recomandăm creșterea cooperării în triunghiul părinte-terapeut-copil. Procesul de pregătire a terapeuților trebuie să includă expunerea și înțelegerea sistemului educațional. Școala ar trebui să organizeze și să inițieze ateliere de lucru cu părinții pentru îmbunătățirea și creșterea condițiilor necesare pentru un tratament reușit. Scopul atelierelor este coordonarea așteptărilor părinților, creșterea eficacității parentale și reducerea nivelurilor de stres, toate acestea pentru a promova resursele interne de auto-încurajare și a prinde încredere în terapie și rolul terapeutului. Feedback-ul din partea adolescenților (clienților) cu privire la terapie și relația cu terapeutul este necesar. Acest tip de feedback va permite organelor terapeutice din școală să ia măsurile necesare la nevoie și să folosească o serie de intervenții terapeutice diferite.

Bibliografie relevantă

- Abidin, R. R. (1995). Parenting stress index manual (3rd Ed). Odessa, FL:
Psychological Assessment Resource.
- Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., &

- Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 14(2), 133-154.
- Bachar, E., Eisenberg, J., & Tadmor, A. (1990). Parenting as an opportunity to correct mental deficits. *Sihot*, 4(2), 114-116. [Hebrew]
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175-1184.
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Regalia, C., & Scabini, E. (2011). Impact of family efficacy beliefs on quality of family functioning and satisfaction with family life. *Applied Psychology*, 60, 421-448.
- Berman, E. & Caspi-Yavin, Y. (1991). *Introduction to psychology* (Unit 10: Personality theories). Tel Aviv: Open University. [in Hebrew]
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard university press.
- Casement, P. (2013). *On learning from the patient*. Routledge.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory*. London: Sage.
- Coolican, H. (2014). *Research methods and statistics in psychology* (6th Ed.). London; New York: Psychology Press.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th Ed.). Los Angeles, California: Sage publications.
- Creswell, J. W., & Hirose, M. (2019). Mixed methods and survey research in family medicine and community health. *Family Medicine and Community Health*, 7(2).
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.) (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Edlund, M. J., Young, A. S., Kung, F. Y., Sherbourne, C. D., & Wells, K. B. (2003). Does satisfaction reflect the technical quality of mental health care?. *Health Services Research*, 38(2), 631-645.
- Esdaille, S. A., & Greenwood, K. M. (2003). A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent-child interaction outcomes. *Occupational Therapy International*, 10(2), 115-126.
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: a shortened form and considerations for research. *J. Coll. Stud. Dev.* 36, 368-373.
- Hart, C. N., Kelleher, K. J., Drotar, D., & Scholle, S. H. (2007). Parent-provider communication and parental satisfaction with care of children with psychosocial problems. *Patient education and counseling*, 68(2), 179-185
- Hoffman, M. B. (1984). The parents' experience with the child's therapist. In R. S. Cohen, B. J. Cohler, & S. H. Weissman (Eds.), *Parenthood: A Psychodynamic Perspective* (pp. 164-172). New York: Guilford Press.
- Holmes, J. (2014). *John Bowlby and attachment theory*. Routledge.
- Horn, E. K., Bartak, A., Meerman, A. M., Rossum, B. V., Ziegler, U. M., Thunnissen, M., ... & Stijnen, T. (2015). Effectiveness of psychotherapy in personality disorders not otherwise specified: a comparison of different treatment modalities. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(5), 426-442
- Ingber, S., Al-Yagon, M., & Dromi, E. (2010). Mothers' involvement in early intervention for children with hearing loss: The role of maternal characteristics and context-based perceptions. *Journal of Early Intervention*, 32(5), 351-369.
- Ingber, S., & Dromi, E. (2009). Demographics affecting parental expectations from early deaf intervention. *Deafness and Education International*, 11(2), 83-111.
- Ishai-Karin, N. (2004) Exposed in the turret – therapists' views of parents. [Hebrew] <http://www.hebpsy.net/community.asp?id=37&article=341>
- Ingber, S., & Dromi, E. (2009). Demographics affecting parental expectations from early deaf intervention. *Deafness and Education International*, 11(2), 83-111.
- Kaufman, J. A. (2007). An Adlerian Perspective on Guided Visual Imagery for Stress and Coping. *Journal of Individual Psychology*, 63(2).
- Jussim, L. (1986). Self-fulfilling prophecies: A theoretical and integrative review. *Psychological review*, 93(4), 429.
- Kopelman-Rubin, D., Brunstein Klomek, A., Al-Yagon, M., Mufson, L., Apter, A., & Mikulincer, M. (2011, October). *Psychological intervention for adolescents diagnosed with learning disorders-I Can Succeed (ICS) treatment model, feasibility and acceptability*. Poster presented at the 58th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Toronto, Canada.
- Kopelman-Rubin, D., Brunstein Klomek, A., Al-Yagon, M., Mufson, L., Apter, A., & Mikulincer, M. (2012). Psychological intervention for adolescents diagnosed with learning disorders-I Can Succeed (ICS) treatment model, feasibility and acceptability. *International Journal for Research in Learning Disabilities*, 1(1), 37-54
- Garland, A. F., Aarons, G. A., Hawley, K. M., & Hough, R. L. (2003). Relationship of youth

- satisfaction with mental health services and changes in symptoms and functioning. *Psychiatric Services*, 54(11), 1544-1546.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2017). *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative Research*. London and New-York: Routledge.
- Guimond, A. B., Wilcox, M. J., & Lamorey, S. G. (2008). The early intervention parenting self-efficacy scale (EIPSES) scale construction and initial psychometric evidence. *Journal of Early Intervention*, 30(4), 295-320.
- Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., Boterhoven de Haan, K., Sawyer, M., Ainley, J., & Zubrick, S. R. (2015). The mental health of children and adolescents: report on the second Australian child and adolescent survey of mental health and wellbeing
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry*, 1, pp. 3-13.
- Lew, S., Yang, A. H., & Harklau, L. (2018). Qualitative methodology. In *The Palgrave Handbook of Applied Linguistics Research Methodology* (pp. 79-101). Palgrave.
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: theory and evidence. *Journal of experimental psychology: general*, 105(1), 3.
- Mertens, D. M. (2014). *Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Sage publications.
- Lorentzen, S., Strauss, B., & Altmann, U. (2018). Process-outcome relationships in short-and long-term psychodynamic group psychotherapy: Results from a randomized clinical trial. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 22(2), 93.
- Ministry of Education (2003). *Director General Regulations*, 4/B, Matching ways of examining students with learning disabilities, external and internal. Jerusalem: Ministry of Education. [Hebrew]
- Overholser, J. C., & Fisher, L. B. (2009). Contemporary perspectives on stress management: Medication, meditation or mitigation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(3), 147-155.
- Phares, E. J. (1976). *Locus of control in personality* (Vol. 174). Morristown, NJ: General Learning Press.
- Scorgie, K., Wilgosh, L., & McDonald, L. (1998). Stress and coping in families of children with disabilities: An examination of recent literature. *Developmental Disabilities Bulletin*, 26, 22-42.
- Selye, H. (1946). The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *The journal of clinical endocrinology*, 6(2), 117-230.
- Shkedi, A. (2003). *Words of meaning: Qualitative research-theory and practice*. Tel-Aviv: Tel-Aviv University, Ramot. [Hebrew]
- Siklos, S., & Kerns, K. A. (2006). Assessing need for social support in parents of children with autism and Down syndrome. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(7), 921-933.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage.
- Sutton, A., & Hughes, L. (2005). The psychotherapy of parenthood: Towards a formulation and valuation of concurrent work with parents. *Journal of Child Psychotherapy*, 31(2), 169-188.
- Tinsley, H. E. A. (1982). *Expectations about counseling*. Unpublished test manual, Southern Illinois University, Carbondale Department of Psychology.
- White, M. M., Clough, B. A., & Casey, L. M. (2017). What do help-seeking measures assess? Building a conceptualization framework for help-seeking intentions through a systematic review of measure content. *Clinical psychology review*.
- Winnicott, D.W. (1977). *The Piggle: An account of the psychoanalytic treatment of a little girl*. London: Hogarth [reprinted, London: Penguin, 1991].
- Yedidya, G., & Reiter, S. (2002). Ways of coping characterizing parents of LD and Non-LD adolescents and the adolescents' explanatory-style. *Sugyot Behinuch Meyuhad Uveshikum*, 17(1), 75-88. [Hebrew]